

Cuidado transcultural y estrategias familiares ante la dependencia: el fenómeno de los cuidadores extranjeros

RESUMEN

Introducción: cuando un cuidador procede de un país diferente al de la persona cuidada se presenta una contraposición de culturas y prácticas sociales. El concepto de cuidado transcultural de Leininger hace eco de la diversidad cultural que supone esta contraposición y recomienda incorporarla en la práctica profesional, desarrollando cuidados que ella define como *culturalmente competentes*. **Objetivo:** conocer qué tipo de estrategias desarrollan los cuidadores extranjeros a la hora de cuidar personas de diferente origen y cómo estas se integran en el contexto social, cultural e institucional de la sociedad receptora. **Materiales y métodos:** método cualitativo, a través de entrevistas en profundidad a cuidadoras inmigrantes en la provincia de Huelva, así como a personal especializado en los cuidados de pacientes en situación de dependencia. **Resultados:** descripción de prácticas socioculturales que los cuidadores elaboran según su cultura y cómo intervienen en el ejercicio de los cuidados en la sociedad receptora. **Conclusiones:** los cuidadores extranjeros desarrollan en ocasiones estrategias afines a sus propias creencias priorizándolas sobre las de la persona cuidada o las de la sociedad receptora, lo que genera choques culturales. Se sugiere que los profesionales de enfermería deben identificarlas para poder intervenir, utilizando la formación y competencia cultural como herramientas para el cambio.

PALABRAS CLAVE

Cuidadores extranjeros, dependencia, competencia cultural, inmigración, cuidados transculturales. (Fuente: DeCS, Bireme).

DOI: 10.5294/aqui.2014.14.4.6

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

García-Navarro BE, Gualda E. Cuidado transcultural y estrategias familiares ante la dependencia: el fenómeno de los cuidadores extranjeros. Aquichan. 2014; 14 (4): 509-522. DOI: 10.5294/aqui.2014.14.4.6

1 Enfermera, Profesora Asociada, Departamento Enfermería, Universidad de Huelva. Unidad de Sueño, Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez, Huelva (España). esperanza.garcia@denf.uhu.es

2 Doctora en Sociología. Profesora Titular, Departamento de Sociología y Trabajo Social, Universidad de Huelva (España). estrella@uhu.es

Recibido: 7 de septiembre de 2013
Enviado a pares: 22 de octubre de 2013
Aceptado por pares: 12 de enero de 2014
Aprobado: 10 de abril de 2014

Transcultural Care and Family Strategies to Deal with Dependency: The Phenomenon of Foreign Caregivers

ABSTRACT

Introduction: When a caregiver comes from a country other than that of the person being cared for there is a clash of cultures and social practices. Leininger's concept of transcultural care echoes the cultural diversity this contrast or opposition involves and recommends incorporating it into professional practice by developing what she defines as *culturally competent care*. **Purpose:** The purpose of this study was to know what type of strategies foreign caregivers develop when caring for people of different origin and how these strategies are integrated into the social, cultural and institutional context of the recipient society. **Study Materials and Methods:** A qualitative approach was used, based on in-depth interviews with immigrant caregivers in the province of Huelva and with personnel specialized in dependent patient care. **Results:** The study provides a description of the socio-cultural practices caregivers develop, according to their culture, and how those practices intervene in the exercise of care in the recipient society. **Conclusions:** Foreign caregivers sometimes develop strategies akin to their own beliefs, giving them priority over those of the care recipient or the recipient society. This can cause cultural clashes. Nursing professionals must identify these clashes so as to be able to intervene, using training and cultural competency as tools for change.

KEY WORDS

Foreign caregivers, dependency, cultural competency, immigration, transcultural care. (Source: DeCS, Bireme).

Cuidado transcultural e estratégias familiares ante a dependência: o fenômeno dos cuidadores estrangeiros

RESUMO

Introdução: quando um cuidador vem de um país diferente ao da pessoa cuidada, apresenta-se uma contraposição de culturas e práticas sociais. O conceito de cuidado transcultural de Leininger reitera a diversidade cultural que essa contraposição supõe e recomenda incorporá-la na prática profissional desenvolvendo cuidados que ela define como *culturalmente competentes*. **Objetivo:** conhecer que tipo de estratégias desenvolvem os cuidadores estrangeiros na hora de cuidar de pessoas de diferente origem e como estas se integram no contexto social, cultural e institucional da sociedade receptora. **Materiais e métodos:** método qualitativo, por meio de entrevistas em profundidade a cuidadores imigrantes em Huelva (Espanha), assim como a pessoal especializado nos cuidados de pacientes em situação de dependência. **Resultados:** descrição de práticas socioculturais que os cuidadores elaboram segundo sua cultura e como intervêm no exercício dos cuidados na sociedade receptora. **Conclusões:** os cuidadores estrangeiros desenvolvem em ocasiões estratégias afins a suas próprias crenças e priorizam-nas sobre as da pessoa cuidada ou as da sociedade receptora, o que gera choques culturais. Sugere-se que os profissionais de enfermagem as identifiquem para poder intervir utilizando a formação e competência cultural como ferramentas para a mudança.

PALAVRAS-CHAVE

Cuidadores estrangeiros, dependência, competência cultural, imigração, cuidados transculturais. (Fonte: DeCS, Bireme).

Introducción

En el presente artículo se describen los resultados de un estudio en marcha sobre los cuidadores inmigrantes y sus estrategias de cuidado en áreas claves, de Huelva y provincia (sur de España), donde se brinda atención a pacientes en situación de dependencia en diferentes ámbitos de especialización: atención especializada en hospitales y atención de la unidad familiar en el hogar. Una vez se caracteriza el área de estudio y se explican los objetivos, y el método y las técnicas empleadas, se describen algunas de las estrategias que las cuidadoras están desarrollando, y cómo estas tienen que ver con sus propias percepciones y experiencias de partida, y se integran en el contexto social, cultural e institucional de los cuidados a personas dependientes de la sociedad receptora. También nos aproximamos a las perspectivas que algunos profesionales tienen al respecto.

Este trabajo ha permitido identificar algunas diferencias y *chocques culturales* que se producen en el desarrollo de los cuidados. Usamos el término choque cultural en este trabajo para describir la ansiedad y los sentimientos (de sorpresa, desorientación, confusión, etc.) causados en un individuo por el contacto con un medio social totalmente distinto, como les ocurre en ocasiones a las cuidadoras extranjeras. La apreciación de diferencias culturales ha generado algunas situaciones que van más allá de lo que significa “cuidar”, lo que ha incidido en la salud del paciente y en cómo se gestionan las tareas que se realizan en el proceso de cuidado de los mayores dependientes. La pertinencia de este estudio radica en que describe realidades sociales y sanitarias cada vez más frecuentes en los hogares y en centros públicos sanitarios en España, y particularmente en la provincia de Huelva, sobre las que prioritariamente debería intervenir. Este trabajo sugiere pistas para mejorar la calidad de la atención que las cuidadoras extranjeras prestan a los dependientes, a partir de los conocimientos y aprendizajes generados en esta investigación. Estas van unidas a una mejor comprensión del sistema de creencias, valores y prácticas culturales que tienen los sujetos de estudio, además de la identificación de su influencia sobre la acción de cuidar.

Estado de la cuestión

Sistemas de provisión de cuidados. El domicilio como protagonista

Los cuidados informales van en aumento en nuestro país y, más concretamente, en la región andaluza (1); es más, su papel

resulta esencial, por un lado, porque completan las carencias que las redes institucionales ofrecen para la provisión de cuidados, y, por otro, porque las políticas sociales de los países desarrollados tienden a plantear “el envejecimiento en casa” como su objetivo prioritario, debiendo a su vez potenciar el sistema informal de cuidados (2-4).

El interés por estudiar la repercusión de los cuidados de larga duración en los cuidadores y en las redes de apoyo informal es bastante reciente en la mayoría de los países. Los estudios pioneros sobre la atención informal aparecieron en países anglosajones, centrándose en la problemática del núcleo familiar que los alberga y direccionándolos a las denominadas “crisis del Estado de Bienestar” (5). Los estudios revisados (6-10) muestran diferentes enfoques, algunos se centran en las redes de atención al cuidador, además de describir los programas de intervención hacia el mismo (6). Esta es una revisión sistemática que analiza la situación actual de los cuidados en nuestro país (España) y reflexiona sobre el futuro de los mismos, debido a los cambios profundos que se están produciendo en las formas de vida de la familia. También se hace hincapié en las repercusiones físicas, psicológicas y sociales que tiene el hecho de cuidar para el cuidador principal, y en el proceso de atención a la familia que deberían desarrollar los sanitarios, concretamente los profesionales de enfermería. Las familias siguen protagonizando el cuidado de la dependencia, dejando en un segundo plano las instituciones.

Un estudio realizado en Madrid (7) demostró que solo uno de cada 20 pacientes diagnosticados en situación de dependencia se encontraba en una residencia, al igual que otro estudio (8) elaborado 15 años después. En los estudios revisados (6-10) se confirma que la prestación de servicios sociales a estas familias es prácticamente inexistente. Las fuentes de apoyo al cuidado en el domicilio, externas al núcleo familiar, normalmente son de origen privado (9); otro de los estudios (10) afirma, tras una simulación de diferentes escenarios demográficos, que el envejecimiento de los cuidadores, más que el de los dependientes, provoca que la diferencia en la preferencia de atención domiciliaria respecto al salario del cuidador aumente de seis a quince puntos porcentuales, de ahí la necesidad de búsqueda de una figura que sea proveedor de cuidados, que acepte un salario mínimo, generándose así el nicho laboral de la cuidadora extranjera (10).

El protagonismo de la mujer como cuidadora: cuidadores extranjeros. Cuidados transculturales

El hecho de cuidar a una persona dependiente implica suplir aquellas necesidades que dicha persona no puede satisfacer por ella misma debido a su falta de independencia o autonomía (11). El cuidado se transmite de generación en generación, como práctica social y como herencia cultural. Se enseña a través de la cultura, de las prácticas sociales y se aprende a través de la experiencia personal. Al mismo tiempo, los cuidados no se producen en el vacío sino que tienen lugar en el contexto de sistemas y estructuras sanitarias y sociales que los terminan de configurar; una realidad aún latente es que el trabajo de cuidados, formales o informales, se sigue perfilando en femenino. Mayoritariamente, son las mujeres las que continúan haciéndose cargo de la tarea del cuidado, relegando su autocuidado a un segundo plano, con la consiguiente repercusión que esto tiene para su salud física y psíquica, así como para sus proyectos personales, lo que plantea un gran reto para alcanzar una igualdad efectiva (12). Esta difícil complementariedad familiar, genera estrategias domésticas para poder conciliar las necesidades personales con las obligaciones morales de los cuidadores, estrategias basadas en el mercado del cuidado, contratando para ello a los cuidadores extranjeros. Cuando una cuidadora procede de otro país se ponen en contraposición las culturas y prácticas sociales del origen y el destino a la hora de cuidar. El concepto de *cuidado transcultural* (13) hace eco de la diversidad cultural que supone esta contraposición y recomienda incorporarla en su práctica profesional desarrollando cuidados que ella define como *culturalmente competentes*. Otras teóricas, como la doctora Campinha-Bacote (14), incorporan otras dimensiones como los prejuicios, desarrollando aproximaciones que argumentan que antes de cuidar se debe crear una sensibilidad intercultural.

En el ámbito de los estudios de género e inmigración, las migraciones femeninas son percibidas como fuerza de trabajo idónea para realizar las tareas vinculadas a la reproducción social, puesto que estas labores suelen ser actividades socialmente poco valoradas, escasamente cualificadas, asumidas como algo inherente a la condición femenina y, a menudo, realizadas desde la economía informal. En este sector, la mujer inmigrante se ha introducido en España sin apenas competencia con las nacionales (especialmente como “cuidadoras” en el servicio doméstico interno). Sin embargo, la competencia sí existe entre los

mismos inmigrantes, produciendo un proceso de etnoestratificación sustentado en las preferencias de las familias empleadoras (15). Algunos autores (10, 15, 16) argumentan que el perfil de las mujeres inmigrantes que se dedican al cuidado de personas en situación de dependencia varía en relación con el patrón descrito de cuidadoras formales, y esto se debe a las circunstancias personales que suelen rodear el contexto laboral y personal de este colectivo (16).

Contexto nacional

Hay varios fenómenos que acompañan la situación real de la dependencia en nuestro país y, más concretamente, en la provincia objeto de estudio, Huelva. El primero de ellos es la transformación de los núcleos familiares de nuestra provincia, donde además de la disminución de la natalidad, la mujer se incorpora al trabajo. Asimismo, las dificultades económicas en los hogares, la inversión en tiempo y dinero que genera el cuidado de otra persona, y el hecho de que las pensiones que suelen recibir los mayores no cubren ni la mitad de los gastos que supondrían sus cuidados, son características comunes. Este mosaico de rasgos ha contribuido a que la situación del cuidado del mayor dependiente tenga hoy mucho que ver con la existencia de centros alternativos de cuidados a los mayores. Las residencias de ancianos son la principal opción, pero cargan con un pesado lastre: la escasez de la oferta ante una demanda que no hace sino aumentar; en España solo se dispone de 3,7 plazas en ellas (agrupando privadas y públicas) por cada cien personas mayores de 65 años, y la mayoría de las residencias, especialmente las de titularidad pública (son bastante más baratas), reciben al solicitante después de largas y desalentadoras listas de espera (17). Los centros de día, por otra parte, constituyen una alternativa para atender a los mayores dependientes; pero en la actualidad, solo están registrados cerca de 1.700 de estos centros para personas mayores dependientes que cuentan con unas 40.000 plazas y que acogen al usuario durante el día (normalmente desde las 8 de la mañana hasta las 7 de la tarde), de lunes a viernes (17). Estos recursos insuficientes instan a las familias andaluzas a la permanencia del paciente en su domicilio.

Este modelo de atención donde la familia, y concretamente la mujer, juega un papel tan importante en tanto cuidadora (1), tiene sin duda aspectos muy positivos para la persona demandante de cuidados, pero no podemos olvidar los efectos negativos y la sobrecarga para las cuidadoras familiares (18). Los gerontólogos

hablan de un nivel de tolerancia para el cuidado informal, por el cual se transfieren responsabilidades a los cuidadores formales (19). La necesidad de contar con terceras personas para el cuidado de los mayores origina un gasto económico familiar adicional (EP2, Enfermera Gestora de Casos, 2012). La existencia de personas de origen extranjero con posibilidades de realizar tareas de cuidado a mayores dependientes, que además pueden residir en el propio domicilio del mayor en calidad de "internas", propicia una situación nueva que oculta, en parte, la limitación de los servicios de proximidad, como se sugiere en los estudios de cuidados a la dependencia e inmigración (16-20).

Contexto andaluz

En el caso concreto de Andalucía, el Servicio Andaluz de Salud dispone de una red de servicios asistenciales integrada y organizada para garantizar la accesibilidad de la población y la equidad en la distribución de recursos. El primer nivel de atención es la atención primaria de salud, que integra la asistencia preventiva, curativa, rehabilitadora y la promoción de la salud de los ciudadanos. En el segundo nivel, de atención hospitalaria, se atiende a los pacientes que precisan de hospitalización.

Para el caso que nos ocupa, las cuidadoras, la atención a la dependencia se reestructura en la región tras la aprobación del Decreto 137/72 de Apoyo a las Familias Andaluzas, donde las cuidadoras familiares han pasado a convertirse en la población diana de la cartera de servicios del Sistema Sanitario Público Andaluz. Para ello, se ponen en marcha diferentes medidas para la mejora de los cuidados en la atención domiciliaria, incluyendo la atención de las *cuidadoras familiares*, la prevención, el tratamiento y la adaptación de problemas de movilidad relacionados con el cuidado, la adaptación de los problemas que la discapacidad crea en el entorno y la atención a los problemas sociales vinculados a problemas de salud (21, 22). Para ello se ha incorporado una nueva figura sanitaria con el fin de mejorar y ampliar la capacidad de resolución de los servicios, denominada enfermera gestora de casos (EGC), cuya máxima responsabilidad es la asistencia y formación de las cuidadoras familiares.

Objetivos

Los principales objetivos de este trabajo son describir las tareas y los cuidados que realizan las personas que atienden a los mayores dependientes, así como la experiencia y los conociemien-

tos que sobre estos tienen. Igualmente, nos interesa focalizar la atención en las estrategias que desarrollan a la hora de cuidar a personas de diferente origen, y cómo estas se integran en el contexto social, cultural e institucional de los cuidados a dependientes de la sociedad receptora. En este marco, este artículo quiere identificar algunas de las percepciones que las cuidadoras y los cuidadores extranjeros tienen sobre la salud y la enfermedad, atendiendo a algunas diferencias culturales. Se estudian estas percepciones y experiencias teniendo en cuenta el perfil sociodemográfico de los cuidadores entrevistados en nuestra área de estudio.

Materiales y métodos

En este apartado se describe el diseño metodológico y técnico desarrollado hasta el momento, que se arraiga en un enfoque de pluralismo metodológico, acompañado de la triangulación de datos e informaciones (23-25), que enfatizan la necesidad de coherencia entre los métodos de investigación y el objeto de estudio. Dada la diversidad de aspectos que queríamos observar, se han empleado diferentes estrategias y técnicas de investigación social. Para abordar el estudio sobre la realidad del cuidado a pacientes en situación de dependencia que prestan las mujeres extranjeras, se han utilizado tres tipos de aproximaciones metodológicas que dan respuesta a los distintos objetivos que se acaban de exponer.

Fuentes secundarias

Se manejan aquí, además de las fuentes bibliográficas y administrativas que permiten describir someramente el entramado organizativo del sistema sociosanitario andaluz encaminado a la atención de la dependencia, estudios e investigaciones sobre la materia e instrumentos de evaluación existentes. En este caso, contamos tanto con aproximaciones cuantitativas como cualitativas.

Fuentes primarias

Nuestras fuentes primarias de análisis son de carácter cualitativo, habiéndose centrado el grueso del trabajo de campo en la obtención de datos por la vía de la entrevista en profundidad, realizada a diferentes personas que podríamos clasificar en dos tipos³:

³ Se conservó el anonimato en las referencias a sus declaraciones o discursos a lo largo del texto.

- Profesionales del sistema (público o privado) de todas las áreas de estudio

En este subgrupo se llevaron a cabo entrevistas a personas que compondrían lo que podríamos llamar dos perfiles diferentes:

- Tres enfermeros gestores de casos de las zonas estratégicas de estudio: Huelva capital, Huelva Costa y Huelva Condado-Campiña (mujer, 42 años; varones, 39 y 46 años respectivamente).
- El gerente de una empresa que contrata a cuidadoras extranjeras para desarrollar servicios en el hospital (varón, 38 años).

- No profesionales

Se entrevistaron 16 informantes, cuidadoras y cuidadores extranjeros que dispensan atención directa a personas autóctonas dependientes. En esta fase de la investigación, todas las entrevistas desarrolladas hasta la fecha fueron realizadas a cuidadoras mujeres; no se identificaron cuidadores varones en nuestra área de estudio, fenómeno que se repite en investigaciones similares (3, 10, 16, 20, 21). El único varón entrevistado ocupaba el rol de gestor de empresa que subcontractaba a cuidadores extranjeros, como se ha especificado.

El discurso y las experiencias obtenidas tras la realización de esta primera fase de entrevistas permiten aproximarse al fenómeno de los cuidados desde la perspectiva de las personas que están día a día a cargo de la gestión de la provisión de los cuidados, tanto públicos como privados, formales e informales, cuanto desde la perspectiva de las cuidadoras que llevan a cabo los mismos.

Para la selección de las personas entrevistadas, más que atender a criterios de muestreo representativo, que tenían poco sentido para esta investigación, se abordó un muestreo teórico con el objeto de acercarnos a personas que pudieran representar socialmente espacios discursivos diferentes respecto a la atención a dependientes, y las problemáticas derivadas de posibles choques interculturales. Se intentó igualmente, conociendo por estudios previos las diferencias existentes en la provincia entre una migración más reciente y otra más consolidada, que entre los entrevistados profesionales se pudiera recoger la experiencia de enfermeros que atienden en zonas donde la migración es más

reciente, y zonas donde es más antigua (Almonte frente a Punta Umbría), sin olvidar la dualidad rural / urbano (Almonte y Punta Umbría frente a Huelva capital, por ejemplo). Todo ello bajo la idea de que podrían identificarse realidades diferentes en lugares con más o menos experiencia migratoria en los servicios sociosanitarios para la atención a mayores en situación de dependencia. Esto es, ¿la tendencia a emplear a cuidadoras inmigrantes varía según la migración sea más estable o no?, ¿la existencia de una migración más consolidada implica un aprendizaje intercultural que se traslada al ámbito de los cuidados, minimizando posibles choques interculturales?

Por otra parte, cabe indicar también que en esta fase de la investigación, dado lo anecdótico de los cuidados prestados por mujeres extranjeras en el área de la sierra de Huelva, no se realizaron entrevistas a cuidadoras allí, concentrándose todas de momento en las áreas de la costa, el condado y la capital.

Otros detalles metodológicos

Para el desarrollo del trabajo de campo, de acuerdo con el perfil de las personas que iban a ser entrevistadas y el tipo de información que se pretendía recoger, se usaron diferentes instrumentos de recogida de la información o guiones cualitativos. En ellos se contemplaba un abanico diverso de temas por discutir, tales como: aspectos ligados al perfil migratorio, laboral o familiar, sus prácticas y experiencias en el cuidado, aspectos relacionados con los choques interculturales. Para el caso de las entrevistas con profesionales, las preguntas recogidas en el guión eran algo diferentes, para reunir otras informaciones como la distribución de mujeres extranjeras en su zona, la provisión de cuidados formales en el área de estudio, la existencia de talleres de formación para cuidadoras, etc.

El trabajo de campo se desarrolló entre los años 2011 y 2012; las entrevistas se llevaron a cabo algunas veces en el lugar de trabajo de las entrevistadas, y, otras, en los domicilios de residencia. En el caso de las cuidadoras, normalmente se celebraron en el domicilio donde prestaban los cuidados, ya que vivían en régimen interno y solo descansaban los domingos, además de ser un espacio donde se encontraban más tranquilas porque no abandonaban su lugar de trabajo. Respecto a los enfermeros y otros profesionales entrevistados, las entrevistas se realizaron en un despacho cedido por la Unidad de Investigación del Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez de Huelva, por ser un lugar neutral para el entrevistado.

Resultados

Diversidad sociocultural entre las cuidadoras

Uno de los primeros factores que salta a la luz en el discurso de profesionales del estudio y de cuidadores, es la existencia de diferentes estilos de vida sociosanitarios entre personas de diversa procedencia, distintos niveles formativos y diferentes experiencias laborales previas. Así lo explicaba uno de nuestros entrevistados, gestor de una empresa que ofrece servicios de cuidados y que hace de intermediario entre las cuidadoras finalmente contratadas y las familias de las personas atendidas:

Las diferencias culturales son muchísimas, la cultura... ten en cuenta no sé si lo dices por el grado de instrucción, que eso es lo más variado, tengo enfermeras, tengo auxiliares, licenciadas en historia, tengo una abogada que trabaja conmigo, una chica que estudió odontología, un chaval que es administrador, un chaval que estudió teología, iba para cura y luego lo dejó, tengo chavales que han llegado a un nivel de instrucción de bachillerato, entonces se les nota la diferencia del nivel de instrucción... pero ninguno excepto las enfermeras están formados en cuidados (EP1. Varón de Perú, 38 años. Gestor de una empresa que contrata a cuidadoras extranjeras).

La cita anterior refleja claramente la diversidad interna existente entre las personas que proporcionan cuidados en la provincia de Huelva. Igualmente, hace palpable que las diferencias culturales no se atribuyen solo al país de origen sino también al nivel global de instrucción o formación alcanzada. El siguiente discurso es de una cuidadora con estudios universitarios en su país de origen, que nos refiere cómo influye el nivel de instrucción de ella y del paciente al que cuida en la comunicación interpersonal entre ambos y cómo esto se relaciona con la salud: "Si los pacientes tienen un nivel más alto, te entiendes mucho mejor, entienden mejor a las personas, entienden mejor lo que dice el médico y todo lo demás. La persona que tiene menos instrucción entiende un poquito menos pero se va instruyendo para mejorar" (EC1⁴. Cuidadora rumana, 42 años).

Diferentes autores (25, 26) explican que dar formación aumenta la satisfacción de los cuidadores en un 96% de los casos,

y que la consideran útil para mejorar la eficacia del cuidado en un 66%. Un ejemplo de ello es que aportan datos que definen como universitarias a un tercio de las informantes seleccionadas (informática y magisterio) en sus ámbitos de estudio, mientras que el resto tendrían estudios de bachiller y primarios, no adecuándose sus estudios al trabajo desarrollado en España. En su país, ninguna de las cuidadoras cuidaba previamente a ancianos, dedicándose a tareas administrativas, agrarias, docentes o trabajando como operarias, entre otras tareas. Cuando llegan a España no tienen la posibilidad de realizar el trabajo que hacían en sus países de origen, lo que hace que muchas mujeres inmigrantes se dediquen al cuidado de ancianos.

Percepciones relativas a los conceptos de salud y enfermedad entre las cuidadoras y los cuidadores

La literatura advierte que las nociones de salud y enfermedad varían de acuerdo con las coordenadas espacio-temporales y sociales de referencia de las personas. Cada sociedad desarrolla conocimientos, prácticas e instituciones particulares a estos efectos, o lo que Kleinman denomina como *sistema de atención a la salud* (27). Este, desde su perspectiva, engloba todos los componentes presentes en una sociedad relacionados con la salud, incluyendo los conocimientos sobre los orígenes, las causas y los tratamientos de las enfermedades, las técnicas terapéuticas, sus practicantes, los papeles, patrones y agentes en acción en este "escenario". A estos se suman las relaciones de poder y las instituciones dedicadas a la manutención o restauración del "estado de salud". Este sistema es amparado por esquemas de símbolos que se expresan a través de las prácticas, interacciones e instituciones; todos coinciden con la cultura general del grupo, que a su vez, sirve para definir, clasificar y explicar los fenómenos percibidos y catalogados como "enfermedad" (28).

Esta idea se ve reflejada en el discurso emergente de las entrevistas realizadas. Diversas ideas aportadas por las informantes vinculan salud a la ausencia de enfermedad (y, por tanto, de tratamientos), mientras que otras aluden a nociones psicosociales y emocionales, cuando van más allá de los aspectos físicos. También encontramos que algunas cuidadoras se refieren a las vertientes física, mental y social de la salud. En este sentido, "tener salud" puede ser tanto no estar enfermo, como no estar triste, e incluso contar con apoyos de otras personas (traducido en términos de cariño, etc.), o simplemente sentirse entendida, com-

4 EC = Entrevista a cuidadora.

prendida e incluso, en algunos casos, la idea de la salud se asocia a una dimensión más social, unida al disfrute del ocio y tiempo libre. Esta multiplicidad de significados atribuidos se aprecia en los discursos que siguen, a modo de ejemplo:

Salud, como su nombre lo indica, es... está la persona bien tanto interna como externamente, ¿no?, o sea en cuanto, también a lo ambiental todo, todo, o sea integral. Para mí, más que todo influye mucho el cariño. [...] Porque una persona puede estar enferma y siempre y cuando se le brinda cariño, [...] como que aminoran la enfermedad. Claro, porque la persona además se siente útil, así tengan la enfermedad que tengan, se sienten queridas (EC2. Cuidadora ecuatoriana, 34 años).

Para mí una persona con Salud es aquella que no le duele nada, que tiene el corazón sano, la cabeza, que no toma pastillas. También que no esté triste (EC1. Cuidadora rumana, 42 años).

Una persona vive mejor si no está triste. No es bueno que piense mucho en su enfermedad (EC4. Cuidadora marroquí, 38 años).

¿La salud? ¿Qué es la salud? ¿Cómo es de importante? ¿Lo importante?... yo no sé, me parece tener a una persona que cuide a las personas mayores, es muy importante porque cuando hay una persona un poquito mayor y sola, eso no está bien (EC5. Cuidadora boliviana, 35 años).

¿Salud? Salud, si la persona físicamente está buena eso y no hace falta médico. Yo eso no lo sé qué es salud... No puedo... La salud es lo primero... No puedo. ¿Qué importante? Pues no sé qué contestar. Es muy importante entender persona a otra, ¿sabe? Querer a ella, es muy importante" (EC6. Cuidadora rusa, 32 años).

En las anteriores definiciones, transcritas literalmente, se observan las similitudes de las percepciones de las informantes a pesar de que procedan de países tan distintos como Rumania, Ecuador, Marruecos, Bolivia y Rusia, con diferentes marcos culturales de referencia. No obstante, a pesar de las similitudes, la noción de salud es construida individualmente, en la medida en que cada persona desarrolla un concepto distinto en función de su biografía y de su cultura, así como de su relación con el sistema de salud y otros factores, como sugieren las citas anteriores. Un estudio revisado (29) de corte cualitativo, desarrollado con familias, que explora las necesidades de salud de la población de Chile, concluye que el concepto de salud surge de tres tipos de experiencias: la percepción de carencia económica, la enfermedad y

la relación con su entorno social y familiar. En este último caso, la salud personal y la salud social están relacionadas. Así, cuando en un hogar alguien se enferma, mantiene un nivel de discapacidad o necesita ingreso hospitalario, no solo se enferma el paciente, sino que el problema se extiende a la familia, ya que esta modifica su concepto de salud por la propia experiencia que está viviendo. En el caso de las cuidadoras extranjeras, la definición de salud, como se expresó en las citas anteriores, está asociada a la ausencia de enfermedad, aunque también aparecen los conceptos de cariño, soledad, sentirte cuidado o entendido por alguien; para ellas, la salud tiene que ver en gran medida con el hecho de estar bien emocionalmente. La elaboración de su discurso en algunos casos propone al estado emocional como eje principal de su salud. La importancia de estar bien emocionalmente es un factor subrayado en la literatura existente sobre la salud de los inmigrantes (26, 30-32), cuando se alude al *Síndrome de Ulises* o al *Estrés de traslado postraumático*, cuya causa viene determinada por el *duelo migratorio* que lleva asociado un coste de salud mental, no solo por la añoranza de los suyos, sino por lo que conlleva el estar en otro país, en soledad, sin los suyos, con otro idioma, con la falta de integración. Por eso, puede resultar normal encontrar en las cuidadoras una definición de salud que se acerque a estar bien emocionalmente, a la ausencia de problemas mentales. Se trata de un síndrome exclusivo de las cuidadoras formales de origen extranjero, inherente al proceso de emigrar.

Según refiere una de las entrevistadas de origen rumano, en su país el sistema sanitario es parecido al nuestro, existen buenos hospitales, buenos profesionales, el gran problema es la falta de recursos para acceder a ellos. Por eso, en su definición de salud señala que la salud tiene que ver con el dinero. Los recursos que un país destina a la salud, y los resultados de estos pueden medirse mediante diversos indicadores (índices y valores numéricos). Describir el nivel de salud de una población significa medir todos los aspectos que aporten información sobre cómo se distribuye el proceso salud-enfermedad entre sus habitantes. Existe una gran cantidad de indicadores; los más utilizados son aquellos que muestran falta de salud de una población, como la mortalidad y morbilidad. Según el informe de Estadísticas Sanitarias Mundiales del año 2009, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Rumania tiene una tasa de mortalidad infantil por neumonía del 25 %, siendo la de Ucrania del 19 % y la de España del 1 %, citando otros ejemplos que pueden servir de referencia. Estos datos reflejan que, aunque tienen los materiales para definir el bacilo que provoca la neumonía, no existen los recursos necesarios para tratarla.

Percepciones, experiencias y choques culturales en el proceso de “cuidar”

El cuidado tiene una dimensión cultural muy importante inherente a la persona que lo presta. La dimensión simbólica de la percepción que se tiene sobre cuidar incluye los conocimientos, las percepciones y cogniciones utilizadas para definir, clasificar, percibir y explicar la enfermedad o los procesos que ella conlleva. En todas las sociedades hay marcos culturales que definen conceptos sobre lo que es el cuidado (28, 33, 34). Dada la diversidad existente entre las personas que prestan cuidados y los múltiples tipos de cuidados por prestar, sería muy difícil crear un recetario que relatara cómo deben prestarse los cuidados atendiendo a los orígenes diversos de los cuidadores. Otro de los factores que contribuye a esta dificultad es que pueden documentarse percepciones distintas según el país de origen de acuerdo con sus propias experiencias, relaciones, educación, etc. Algunas de las percepciones que tienden a ser similares entre nuestras entrevistadas procedentes del mismo país son las asociadas a los sistemas sanitarios y políticos de su país de origen, si bien otros factores como el nivel de instrucción, o el área concreta de procedencia, entre otros, también contribuyen a la formación de estas percepciones (13, 35).

Choques culturales entre los sistemas sanitarios y estructuras de atención: desigualdad social y económica

El sistema de atención a la salud es tanto un *sistema cultural* como un *sistema social de salud*. Definimos este último como aquel que está compuesto por las instituciones relacionadas con la salud, la organización de papeles de los profesionales de la salud que en él participan, sus reglas de interacción, así como las relaciones de poder inherentes a este. A esta dimensión del sistema de atención a la salud también se le pueden atribuir (28) profesionales de la salud no reconocidos institucionalmente, ni por el sistema biomédico, tales como curanderos, brujos, hechiceros, meso-terapeutas, padres-de-santo, pastores.

En el universo de cada grupo social, los especialistas tienen un papel específico que desempeñar frente al tratamiento de determinada enfermedad, y los pacientes tienen ciertas expectativas sobre cómo será llevado a cabo ese papel, qué enfermedades puede curar el especialista, así como una idea general acerca de los métodos terapéuticos que serán empleados (36). En este

apartado se cumple uno de los objetivos planteados en el estudio: conocer cómo cuidan y cómo se cuida en los países de origen. A continuación vamos a describir algunas prácticas que se realizan en los países de los cuidadores para aproximarnos a la comprensión de sus comportamientos en nuestro país respecto a la salud:

Sí, a la medicina, a las cosas que hay aquí que no hay en mi país, las comodidades como la Seguridad Social que existe, porque nosotros no la tenemos así para todos, sino solamente para las personas mayores y para los recién nacidos menores de un año, y las personas mayores de 65 años para arriba también la tienen. Pues esa es la diferencia en la medicina que yo veo acá que está muy bien. Y otra diferencia que yo veo es la forma como viven, que trabajan todos también y en la casa siempre la mujer, todavía nosotras estamos acostumbradas a que el hombre nos mantenga y a estar en casa... (EC7. Cuidadora colombiana, 36 años).

Lo que allá sí se practica es por ejemplo la medicina, la terapéutica, o sea con terapias por ejemplo de plantas medicinales y todo eso. Aquí, aquí casi no lo hay. [...] Sí, aquí es menos y ¿qué otras cosas? Sí, allá hay de todo. Lo que pasa es que la falta de recursos es que es lo malo. Claro por que allá todavía se piensa, no como aquí, allá todavía se tienen culturas, ¿no?, por ejemplo, los indios, nuestros indios, ellos se curan con sus poderes que ellos han adquirido (EC8. Cuidadora Perú, 34 años).

Pues las prácticas son más que nada lo que es la medicina alternativa o la medicina tradicional que son un poco el uso de hierbas, de ungüentos de animales, el uso de otro tipo de conocimientos empíricos que a veces va coordinado y de la mano en el desarrollo de la medicina. Hay una obra muy importante en cuanto a este aspecto que es la medicina tradicional y lo que es la [...] instructiva que es la medicina que se estudia en la universidad, la medicina tradicional tiene brujos, curanderos, hechiceros que cada uno tiene sus aspectos para poder curar a los usuarios de determinados pueblos, se da mucho esto en el Perú, porque allí la Seguridad Social no es como aquí en España gratuita, sino de una forma muy... este... ¿cómo te puedo explicar? De una forma costosa, o sea, que te cuesta, te cuesta una consulta, te cuesta una medicina (EP1. Varón de Perú, 38 años. Gestor de una empresa que contrata a cuidadoras extranjeras).

Hay mucha gente que cree otra forma medicina, no sé como aquí en España, pero en mi país sí. Es medicina y medicina otra. Eso ya como gente piense. Los Hospitales, los médicos... bueno, todo eso hay pero cuesta mucho ¿sabe? Cuesta dinero. ¿Entiende? Pero hay todo mismo, pero necesitas dinero, y por eso todos

estamos por todos sitios del extranjero y tenemos que emigrar, ¿sabes?, estar sano cuesta mucho dinero... (EC1. Cuidadora rumana, 42 años).

Se pone de relieve que una gran parte de las diferencias culturales en el hecho de cuidar se vincula, no solo con tradiciones, sino también con la situación socioeconómica de los países de origen, que contribuye a que se mantengan medicinas alternativas. En este sentido, cuidar y ser cuidado conecta tanto con la cultura como con la estructura social, y lo mismo ocurre con las prácticas que se desarrollan.

Desconocimiento del sistema de atención

El inmigrante económico ve alterados todos los condicionantes de su salud de forma que se convierte en una persona vulnerable desde el punto de vista sanitario. A la llegada al país de acogida debe afrontar un duro y complejo proceso en el que influyen cantidad de factores relacionados directamente con el desconocimiento, déficit o ausencia de derechos, las condiciones laborales a menudo precarias, la carencia de apoyo social o familiar, el duelo migratorio, la dificultad para acceder a recursos preventivos, el desconocimiento del sistema sanitario local. El miedo, la desconfianza y la soledad son sentimientos que con frecuencia se presentan en la población que ha inmigrado y pueden relacionarse con la dificultad que presentan para acceder y utilizar los servicios de salud en un contexto de normalidad (37).

En cierto modo, el desconocimiento mutuo es una de las causas de que el sistema de salud sea injusto. Así, no puede existir equidad cuando tanto el que presta el servicio como el que lo recibe desconoce al "otro", y no puede producirse el diálogo básico que todos sabemos imprescindible entre sanitario y enfermo (38). La información debe ser bidireccional para que se pueda llamar comunicación y es básica para que puedan proporcionarse buenos diagnósticos y buenos cuidados.

El fenómeno del desconocimiento entre los autóctonos y el inmigrante, al igual que el desconocimiento del sistema sanitario por la brecha entre recursos sanitarios del país de origen del que cuida y del país del paciente cuidado, se observa también en nuestro estudio, tal y como se describe en los siguientes fragmentos de las entrevistas realizadas:

Sí, aquí cuando una persona mayor se pone enferma y llamáis al médico viene muy pronto, no hace falta que esté enferma del corazón (EC1. Cuidadora rumana, 42 años).

En mi país tardan mucho en venir; puede pasar más de una hora, aunque llamemos para algo urgente; no vienen rápido. A veces incluso dicen cosas como "no hay gasolina para el coche" o "tenemos muchos avisos" (EC3. Cuidadora ucraniana, 38 años).

Las cuidadoras extranjeras, en general, tienen interiorizado el sistema sanitario y los cuidados que se realizan en su país de origen, por lo que tienden a reproducir elementos que son propios del funcionamiento de sus instituciones en las del país de acogida, ante el desconocimiento de su sistema y las barreras de accesibilidad al mismo.

Choques y diferencias interculturales en la prestación de cuidados y entre los sistemas sanitarios

Las personas de origen extranjero tienden a reproducir a veces en el país de llegada el sistema sanitario de origen como única estructura sanitaria interiorizada. Esto puede provocar dificultades a la hora de afrontar un problema de salud, propio o de la persona a la que se cuida, cuando se es provisora de cuidados, como ocurre de hecho en el caso de las protagonistas de nuestro estudio. Este choque o diferencias se ilustran claramente en los siguientes discursos:

España tiene uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo en cuanto a prestaciones de servicios y no lo sabemos apreciar realmente porque en verdad ese aspecto de lo que es la sanidad gratuita y aquí en España en cuanto a la atención médica a la prestación de servicios, respecto a las medicinas que tienes gratuitas para las personas mayores, que también tienes un 40 por ciento para las personas que estamos en activo, es una bendición y se sabe que aquí a España vienen muchas personas de Portugal para hacerse operaciones gratis y el tratamiento gratis para luego retornar a su país" (EP1. Varón de Perú, 38 años. Gestor de una empresa que contrata a cuidadoras extranjeras).

En el Perú no, tienes que pagar su dinero y los recursos, allí hay mucha corrupción y la economía está muy mal organizada. Es un desastre en cuanto a la atención en el campo de salud, a veces confundía la situación social de mi país con la de España, porque el de España desconocía totalmente y conocía el mío, entonces pues entraba en un dilema que no entendía uno de otro pero ya habiendo superado con los años y la experiencia pues sí, ahora sí (EP1. Varón de Perú, 38 años. Gestor de una empresa que contrata a cuidadoras extranjeras).

Diferencias lingüísticas y comunicativas: el papel del idioma y las formas de cuidar

Las barreras de comunicación originadas por el escaso o nulo conocimiento del idioma del lugar de acogida, la diferencia de códigos culturales y la carencia de competencias lingüístico-culturales dentro del sistema sanitario, constituyen dificultades importantes a las que se enfrentan las personas inmigrantes (39). En nuestra población de estudio, se identifica este fenómeno en el discurso de algunas entrevistadas:

Diferencia respecto a su país, la forma de comunicarse y relacionarse con la gente muchísima aquí el andaluz, el de Huelva, vozerón, gritan y las cosas claras y directas y entonces no es un trato más frío, más seco en cuanto a, claro, a la forma de ser de aquí pero nosotros, los iberoamericanos, somos más suaves, de hablar más tranquilo, más despacio, más cariñoso y eso muchas veces es el aspecto más importante en cuanto al cuidado de las personas mayores, que se ponen como niños y les gusta que los traten con cariño, no con cariño, sino con esa dulzura, la forma diferente de hablar y eso es el atractivo y lo que a veces gusta, y entonces, pues, el comunicarnos, no tenemos problemas más que nada por lo que es el idioma ya te he dicho (EC7. Cuidadora colombiana, de 36 años).

Como se observa en la cita, tan importante puede resultar el manejo del idioma en algunos casos, como las costumbres a la hora de comunicarse con los demás. La cita revela claramente cómo hay una clara conciencia de que una forma de ser más abierta y expresiva puede ser un valor añadido en la prestación de cuidados a mayores.

Discusión y conclusiones

Las páginas anteriores han puesto de manifiesto los vínculos que existen entre la diversidad cultural, las percepciones respecto a la salud y la enfermedad, los choques culturales y las estrategias de cuidado que se desarrollan por parte de las cuidadoras y los cuidadores extranjeros que hemos entrevistado. Enfermeras/os y otros profesionales del cuidado, desde su perspectiva, son conscientes igualmente de algunas de estas relaciones, así como las familias. Las distintas percepciones sobre la salud, y el cono-

cimiento de prácticas socioculturales en el hecho de cuidar que traen del país de origen, y que contrastan con la del país de destino migratorio, son unas de las diferencias o choques culturales observados.

Ambos elementos —percepciones y conocimiento de prácticas heredadas del origen— tienen repercusión en algunas de las filosofías y los planteamientos que despliegan al cuidar en destino, así como en las estrategias concretas que desarrollan a la hora de cuidar a personas, y de relacionarse con las familias de los enfermos y las enfermas. También parecen estar repercutiendo en cómo las cuidadoras se integran en el contexto social, cultural e institucional de los cuidados a dependientes de la sociedad receptora.

Entre otros resultados destacables se encuentran la descripción de algunas prácticas socioculturales que las cuidadoras elaboran según su cultura, y cómo intervienen en el ejercicio de los cuidados llevados a cabo en destino. Pero también se pone de relieve cómo la diversidad no es solo derivada del país o la zona de procedencia, sino de aspectos como el grado de formación, o las experiencias profesionales previas, el tipo de sistema socio-sanitario y la familia en que se ha estado, etc.

Se sugiere, por tanto, la importancia de adoptar cuidados culturalmente competentes (13), adecuando para ello aquellos que prestan a la cultura del paciente al que cuidan; valorando, aceptando y respetando la diversidad. Con la capacidad, el compromiso y la motivación para la introspección en la propia sensibilidad cultural del cuidador, y siendo conscientes de lo dinámica que es la cultura y cómo esto interviene en la relación y comunicación con el paciente (40). Adaptarse para crear espacios en la diversidad de cada una de las personas que necesitan cuidados personalizados, ya que cada individuo es único y producto de sus experiencias, valores y creencias que han sido aprendidos y transmitidos de generación en generación. Por ello, si los cuidadores desarrollan estrategias afines a sus propias creencias, sin tener en cuenta las de la persona cuidada, se generan choques culturales cuyos resultados son conductas inadecuadas que inciden en la salud del paciente, según se ha podido documentar en el trabajo de campo. No obstante, conviene insistir en la importancia que las prácticas culturales y otros condicionantes socioeconómicos tienen en los cuidados desarrollados.

Referencias

1. Gualda E, Rodríguez I. Huelva, dependencia y solidaridad en las redes familiares. Sevilla: Instituto de Estadística de Andalucía; 2008.
2. Moya P, Escribano F, Pardo I. La participación en el mercado laboral de los cuidadores informales de personas mayores en España. *Innovar: revistas de ciencias administrativas y sociales*. 2012;22(43):55-66.
3. Casado-Mejía R, Ruiz-Arias E, Solano-Parés A. El cuidado familiar prestado por mujeres inmigrantes y su repercusión en la calidad del cuidado y en la salud. *Gaceta Sanitaria*. 2012;26(6):547-553.
4. Abellán-García A, Esparza C, Díaz-Pérez J. Evolución y estructura de la población en situación de dependencia. *Cuadernos de Relaciones laborales*. 2011;29(1):43-67.
5. Flores E, Rivas E, Seguel F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería*. 2012;18(1):29-41.
6. Isla Pera P. El cuidador familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia. *Cultura de los Cuidados. Revista de enfermería y humanidades*. 2010;8(7):187-194.
7. Rogero-García J, Ahmed-Mohamed K. La satisfacción de las necesidades de las personas dependientes de 60 años y más según proveedor de cuidado: España. *Revista Española de Salud Pública*. 2013;85(6):541-553.
8. Guerra Martín MD, Zambrano Domínguez E. Relación entre los problemas de salud de los mayores dependientes y la formación de los cuidadores informales. *Enferm glob*. [online]. 2013;12(32):211-221.
9. Vilaplana Prieto C. Estimación de la dependencia en España a partir de la edad. *Revista de Economía Pública*. 2010;194:125-175.
10. Martínez Bujan R. La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migración internacional. *Cuadernos de Relaciones Laborales*. Norteamérica. 2011;29.
11. Pino P. Aplicación de la teoría de Henderson y su aproximación al cuidado avanzado en enfermería en un servicio de pediatría. *Medwave*. 2012;12(10).
12. Martín Cano MC, Seisdedos S. Ley de Dependencia: una mirada con perspectiva de género. *Documentos de Trabajo Social: Revista de Trabajo y Acción Social*. 2010;48:84-97.
13. Leininger M. *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, research & Practices*. New York: McGraw- Hill; 1995.
14. Campinha-Bacote J. Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: The role of cultural competence. *The Online Journal of Issues in Nursing*. 2011;16(2):181-184.
15. Blanco C. Mujeres y migración. *Emakunde*. 2000;(41):6-11.
16. Martínez Buján R. Bienestar y cuidados: el oficio del cariño. *Mujeres inmigrantes y mayores nativos*. Madrid: CSIC; 2010.
17. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Informe anual del Imsero. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
18. Zabalegui A, Navarro M, Cabrera E. Eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años. Una revisión sistemática. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2008;43(3):157-166.
19. Orozco M. La mirada de los cuidadores formales sobre el envejecimiento: una visión prospectiva para el sistema de formación en gerocultura. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 2011;14(1):222.
20. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad. Cuidado a la dependencia e inmigración. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006.
21. Casado-Mejía R, Ruiz-Arias E y Solano-Parés A. El cuidado informal a la dependencia desde una perspectiva de género. *Enfermería Comunitaria*. 2008;4:10-7.
22. Beltrán M. *Perspectivas sociales y conocimiento*. México: Anthropos; 2000.

23. Creswell JW. Controversies in mixed methods research. *The Sage Handbook of Qualitative Research*. 2011;4:269-284.
24. Bryman A. *Social research methods*. Oxford: Oxford University Press; 2012.
25. Murphy MW, et al. Intervention to improve social and family support for caregivers of dependent patients: ICIAS study protocol. *BMC Family Practice*. 2014;15.1:53.
26. Achotegui J. La crisis como factor agravante del síndrome de Ulises (síndrome del duelo migratorio extremo). *Temas de psicoanálisis*, 2012;3.
27. Kirmayer LJ. The cultural diversity of healing: Meaning, metaphor, and mechanism. *Heart views: the official journal of the Gulf Heart Association*. 2013;14(1):39
28. Langdon EJ, Wiik FB. Salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Revista Latina de Enfermagem*. 2010;18(3):9-18.
29. Fortuna CM, et al. Nurses and the collective care practices within the family health strategy: salud de la familia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2011;19(3):581-588.
30. Rodríguez-Álvarez E, et al. Inmigración y salud: desigualdades entre la población autóctona e inmigrante en el País Vasco. *Gaceta Sanitaria*. 2014;28(4):274-280.
31. Soriano E, Ruiz D, Higginbottom G. Health Promotion in the Moroccan Child Population in Spain: The Healthy Child Program. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2012;132:675-681.
32. Organización Mundial de la Salud. *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Ginebra: Ediciones de la OMS; 2009.
33. Ruiz López M, Moreno Preciado M. Cuidadoras inmigrantes: trabajo emocional. 2013;35:86-95.
34. Rojano Pérez R. Efectividad de una intervención grupal de educación para la salud en la mejora de conocimientos y satisfacción vital de las cuidadoras inmigrantes y autóctonas (CIA). Tesis Doctoral. Universidad Málaga; 2014.
35. Langdon EJ, Follér, ML. Anthropology of Health in Brazil: A Border Discourse. *Medical Anthropology*. 2012;31.1(1):4-28.
36. Rojas G, Fritsch R, Castro A, Guajardo V, Torres P, Díaz B. Trastornos mentales comunes y uso de servicios de salud en población inmigrante. *Revista Médica de Chile*. 2011;139(10):1298-1304.
37. Soler-González J, Real J, Farré J, Serna C, Cruz I, Ruiz C et al. Análisis comparativo de las serologías realizadas a los inmigrantes en la región sanitaria de Lleida. *Atención Primaria*. 2013;45(2):84-91.
38. Sandín Vázquez MM, Castelló A. *Catálogo salud inmigrantes. Recursos para facilitar la comunicación intercultural*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2010.
39. Cross Terry L, et al. Defining youth success using culturally appropriate community-based participatory research methods. *Best Practices in Mental Health*. 2011;7(1):94-114.