

Diálogo cultural en la dimensión doméstica de cuidar en cuidadores inmigrantes en España¹

Isabel Morales-Moreno²
Maravillas Giménez-Fernández²
Paloma Echevarría-Pérez²

Objetivos: conocer cómo influye el fenómeno de la inmigración en la respuesta informal de cuidados a nivel doméstico a través de la actividad como cuidador y analizar el diálogo cultural que se establece en el ámbito domiciliario de Murcia (España). **Método:** se trata de un estudio etnográfico, realizado en 26 cuidadores informales inmigrantes. Como instrumentos de recogida de información utilizamos entrevista semiestructurada y observación participante. Se aplicó análisis de contenido asistido por MAXQDA-2. **Resultados:** La cuidadora inmigrante es la principal consumidora de medicinas tradicionales, extendiendo estas prácticas de salud al grupo doméstico, favoreciendo el pluralismo asistencial, pero fomentando también su invisibilidad. Se establece un diálogo cultural en el cuidado informal, caracterizado por interculturalismo y adaptación mutua. **Conclusiones:** se identifica hibridación cultural en las cuidadoras informales inmigrantes, intercambio e integración cultural: nuevas prácticas de atención a la salud y comportamientos culturales en los sistemas informales. Existe una transformación de roles familiares del cuidado en entornos domésticos, aumentando la calidad de vida, autoatención y autocuidado. Representan una alternativa a la medicalización, potenciando la autogestión de salud.

Descriptores: Cuidadores; Medicina Tradicional; Evolución Cultural; Competencia Cultural; Autocuidado.

¹ Artículo parte de la tesis de doctorado "Análisis de la influencia de la inmigración en la configuración de los cuidados informales y sistemas de autoatención em Murcia" presentada en la Universidad Católica de Murcia, Murcia, España.

² PhD, Profesor, Facultad de Enfermería, Universidad Católica de Murcia, Murcia, España.

Introducción

Las experiencias de salud y enfermedad humanas constituyen un proceso que puede entenderse como un "continuum", donde la evolución de la persona hacia el extremo de la enfermedad implica una serie de prácticas de salud respaldadas por saberes y creencias culturales que en muchos casos sustituyen o continúan la atención sanitaria profesional, establecida según el modelo Biomédico. Hasta ese momento en que se inicia el contacto asistencial, proliferan y se desarrollan tanto los sistemas de cuidados informales como los procesos de autoatención, circunscritos al ámbito doméstico; ambos resultan imprescindibles, pero requieren cierto maridaje con los cuidados profesionales. El cuidado prestado en el hogar ha sido asumido históricamente por mujeres, con importantes connotaciones relativas al género.

En Europa, el envejecimiento demográfico, el aumento de la esperanza de vida y el número cada vez mayor de personas con enfermedades crónicas e invalidantes influyen directamente en la demanda de cuidados informales en los entornos domésticos, pero también las estructuras y formas de vida familiares han cambiado; la disponibilidad de cuidadores está gravemente amenazada por la progresiva incorporación de la mujer al mercado laboral, la movilidad de los miembros de la familia, escasa coresidencia y menor tamaño del hogar⁽¹⁾. Envejecimiento e incorporación de la mujer al mercado laboral son coetáneos a un importante fenómeno migratorio en España. La consecuencia es la evolución de los propios sistemas de cuidados informales para que sea sustentada en gran medida por mujeres inmigrantes que asumen el rol del cuidador informal familiar y reproducen un esquema tradicional de cuidado.

Los científicos sociales deben estudiar los contextos reales, las interacciones cotidianas y los procesos de mediación e integración, analizando todas las dimensiones en las que se proyecta este fenómeno social para poder comprenderlo y enfocar las posibles vías de mejora y articulación con el sector formal de cuidados. Por ello, consideramos imprescindible el abordaje de un fenómeno que influye en la dinámica familiar y en la satisfacción de la persona dependiente; se trata del diálogo cultural que se establece en el entorno natural de los cuidados informales (doméstico) entre personas con diferentes patrones culturales (persona dependiente-cuidador inmigrante), el cual presenta grandes posibilidades de enriquecimiento mutuo a la vez que favorece el conocimiento y desarrollo

de otras prácticas de salud que dinamicen el pluralismo asistencial. Actualmente, el sistema Biomédico tiene que devolver ciertas funciones a los entornos domésticos de los enfermos, las cuales había asumido con el proceso de medicalización de procesos naturales. Confluyen muchos factores de cambio, afectando a la provisión de cuidados de salud tanto por parte del sistema formal de cuidados como del informal, siendo necesario plantear y analizar nuevas alternativas para la atención a personas dependientes en un momento en el que España se orienta hacia el Modelo Social Europeo con su política de atención a la Dependencia, pero donde el Estado no asume la totalidad de la responsabilidad social para con estas personas, planteándose a su vez los límites del Estado de Bienestar. Reforzamos nuestro argumento con los de otros autores, considerando que en este nuevo contexto el Modelo Médico Hegemónico denota incapacidad de gestionar los significados culturales en la salud, y pone de manifiesto tanto su limitación como la necesidad de nuevos enfoques. La crisis biomédica refleja su inadecuación al no mantener una relación dialéctica con los saberes de los "profanos", la cual le permita mejorar la calidad del cuidado⁽²⁾.

Objetivos generales

Conocer cómo influye el fenómeno de la inmigración, especialmente sus creencias y prácticas de salud en la respuesta informal de cuidados a nivel doméstico a través de la actividad como cuidador, y analizar el diálogo cultural que se establece entre los cuidadores familiares, persona dependiente y cuidadores inmigrantes en el ámbito domiciliario.

Objetivos específicos

Estudiar la influencia y/o cambios que ejerce el fenómeno de la inmigración en las estructuras familiares y en los entornos domésticos. También conocer los sistemas de creencias y valores que determinan las distintas opciones de atención a la salud que se llevan a cabo en las sociedades actuales (autoatención, autocuidado, sistemas profesionales, sistemas alternativos, medicina tradicional etc.)

Método

Presentamos algunos resultados de una tesis doctoral de diseño etnográfico, realizada en Murcia (España) en 2010. Población de estudio: grupos

familiares de Murcia con al menos un cuidador familiar y/o un cuidador informal inmigrante. La cuantificación no fue necesaria al tratarse de una etnografía, resaltando el valor teórico de los discursos. Criterio de inclusión: que el objeto del cuidado sea un miembro de la unidad familiar que presente problemas de salud crónicos y evolutivos en el tiempo, con carácter de permanencia e inmovilidad, precisando de cuidados informales. Criterio de exclusión: que los individuos receptores del cuidado informal fuesen niños o personas no dependientes y/o no inmovilizados.

Se realizaron 48 entrevistas en profundidad. En este artículo sólo estudiaremos el subgrupo muestral de cuidadores inmigrantes formado por 26 sujetos y codificados alfanuméricamente según captación. Los países de procedencia y cuantificación de informantes en cada caso fueron: Bolivia (9), Ecuador (8), Colombia (2), Venezuela (2), Rumanía (2), Honduras (1), República Dominicana (1) y Perú (1). También se aplicó observación participante, siguiendo una matriz de estructura validada⁽³⁾. Los porteros e informantes clave fueron seleccionados por conveniencia en una comunidad evangélica ("El Rollo") y en una ONG (Cáritas-Murcia); posteriormente se aplicó la técnica muestral de la bola de nieve hasta alcanzar la saturación.

La investigación abarca 4 temas: ancianidad, inmigración, cuidados informales y diálogo cultural. En este artículo desarrollamos sólo el último, que incluye 4 categorías de análisis (que también estructuraron la entrevista): entorno doméstico de cuidados, otros sistemas de atención a la salud, diálogo cultural en los cuidados informales y encuentro intercultural en los cuidados informales con impulso del pluralismo asistencial. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas. Se aplicó análisis de contenido asistido por el software MAXQDA-2.

Resultados-Discusión

El entorno doméstico de cuidados: transformación del grupo doméstico y lugar de encuentro cultural

Encontramos tres grandes tipologías de grupos domésticos en los que identificamos la figura del cuidador inmigrante. En el primero, el cuidador inmigrante está en régimen interno y es la única persona que no pertenece al grupo familiar; en el segundo, el cuidador inmigrante y su familia nuclear están en régimen interno donde la persona dependiente es la única persona que no pertenece al grupo familiar de la cuidadora inmigrante;

por último, el tercer tipo es aquel donde la cuidadora inmigrante está en régimen externo y no convive con las personas que cuida. Encontramos relatos que resaltan la integración en el grupo doméstico. Se trata de una nueva estructura que no siendo familiar, si cumple todas las funciones de ésta, aun cuando los lazos de parentesco no se dan entre los miembros que conviven. Identificamos frecuentemente a una persona mayor dependiente que vive sola en su domicilio y es atendida por una cuidadora inmigrante que trae a su propia familia, conviviendo todos en el domicilio de la persona que cuida. En estos casos, se manifiestan grandes beneficios a nivel de cuidado y de calidad de vida (aspectos afectivos y dimensión emocional de cuidado). Observamos cómo el contacto de los niños con una persona mayor, especialmente con demencia, disminuye claramente los brotes de agresividad. La permanencia dentro de un grupo familiar tiene claras ventajas en estos procesos. A su vez, se alude a términos de parentesco para identificar los roles de cada uno (abuela, madre, hija, nieta...), aspecto que denota familismo y no sólo agrupación doméstica; éstos son unidades económico-sociales donde se comparte vivienda. Sin embargo, la familia es una institución o grupo que convive y tiene lazos de parentesco. Las nuevas estructuras que encontramos presentan características de ambos.

[...]Depende de la gente que encuentres; yo comía con ellos en la mesa, como uno más de la familia. Luego tuve un abuelo que estaba en su casa con mis hijos... como si estuviera en la misma familia [...] bueno, parecía que el que estaba interno era el abuelo. (CI-5)

Las cuidadoras inmigrantes mantienen un ideario de familia extensa que reproducen en España, sustituyendo algunos miembros de la familia en sus países de origen por las personas a las que cuidan aquí. La percepción del cuidado de las personas mayores depende de aspectos socioculturales de la sociedad de origen, que moldea los valores, ideas y representaciones de la persona sobre el cuidado; de esa forma, incluso en casos de alto grado de aculturación en cuidadores inmigrados (en otros contextos como el de EEUU), se mantiene el ideario de la reciprocidad y la lealtad en el cuidado hacia los mayores, al igual que en nuestro estudio⁽⁴⁾. Subyace un ethos de reciprocidad en el cuidado, con connotaciones más propias del cuidador familiar que de un vínculo laboral, con una implicación personal que abarca lo familiar. Se confirma el principio de reciprocidad, entendido como un hecho social total ligado a la institución familiar. Se confirma la presencia de circulación de cuidados de forma transnacional, fundamentado en una visión

multidimensional de los cuidados que trasciende los cuidados personales aplicados a una persona dependiente, tomando como unidad de análisis el conjunto de la red del cuidador⁽⁵⁾. Este nuevo modelo de grupo doméstico-familiar incorpora variantes y cambios, defendiendo el funcionalismo familiar y el modelo familista de cuidados; pero en este fenómeno subyace un importante cambio social y mercantilización invisible de los cuidados informales. Son cambios estructurales que reorganizan las instituciones familiares hacia el funcionalismo, manteniendo la relación personal y el trato humano⁽⁶⁾. La cuidadora inmigrante interna también alude a integración, pero más lentamente⁽⁷⁻⁸⁾. Se reproduce la estructura de familia nuclear, no de familia extensa, y por ello el vínculo es menor que en la tipología anterior. El tercer tipo de cuidadora (régimen externo) no habla de integración, existiendo relatos con experiencias negativas de discriminación e incluso racismo.

[...] No me he llegado a integrar en la familia porque no me han acogido. (CI-7)

El género y la posición en la estructura social debido a la inmigración modulan la situación de la cuidadora en términos de precariedad e inferioridad. Esta situación es muy frecuente en otros países de Europa en la actualidad, como Francia, Alemania, Suiza y Holanda⁽⁹⁾. Nos llegamos a cuestionar el papel de la familia de las personas dependientes al delegar la mayor parte de los roles en la cuidadora inmigrante, identificando así una verdadera sustitución de roles ligados al parentesco. No obstante, existen aún cuidadoras familiares principales.

[...] Si tú necesitas a alguien para que se quede a cuidar a tu madre porque tienes poco tiempo, y le pagas para que lo haga, por lo menos, si tienes un ratito, te acercas a verla... Yo aquí no he visto eso... Aquí contratas al cuidador para que lo haga todo y ya está. (CI-9)

En diversos estudios se han obtenido resultados positivos en cuanto a los resultados del cuidado informal cuando existe un cuidador extranjero a nivel doméstico que asiste a la persona dependiente, incluso en entornos alejados y socioculturalmente muy diferentes al nuestro, como puede ser el asiático⁽¹⁰⁾.

Otros sistemas de atención a la salud: representaciones y prácticas

Para comprender las ideas y prácticas que se articulan en torno al proceso salud/enfermedad/atención en el caso de las cuidadoras inmigrantes en nuestro entorno, es necesario conocer las características principales de los

sistemas de atención a la salud en sus países de origen, puesto que las prácticas de autoatención y autocuidado están determinadas por ellas en gran medida, y tienden a reproducirse en el nuevo entorno⁽¹¹⁾. Las prácticas de salud son de diversa índole, acudiendo muy poco al Sistema Biomédico, tanto por eficacia terapéutica como por coste. Paralelamente al desarrollo de la medicina científica, se ha ido manteniendo y desarrollando todo un corpus de creencias y prácticas en relación a la salud respaldadas por el medio social y la tradición cultural que ha marcado el tipo de prácticas de autoatención y cuidados informales de estas cuidadoras. El patrón de elección de un sistema u otro viene determinado por la naturaleza del problema de salud principalmente.

[...] Allí se utilizan los dos, lo natural y los fármacos. (CI-21)

[...] Los curanderos te indican remedios naturales, cosas de la tierra que te sanan más rápido que la medicina de un médico. Ahora si se trata de una infección o algún problema en el que hay que operar, pues un curandero no te va a sanar, pero sí hay muchas cosas. Por ejemplo, personas que tienen pequeños tumores como yo, que tengo miomas, tomo un remedio y se me ponen totalmente pequeñitos que no siento dolor ni molestias. Preparo la amelasa; la remolacha cruda picada se la echas a la amelasa y da muy buen resultado. (CI-17)

Se reproducen las claves culturales que explican los fenómenos de autoatención en América Latina. Las sociedades latinoamericanas están caracterizadas por sus crecientes niveles de pobreza, por una constante y discontinua defianciación de los servicios o las migraciones, incorporando nuevas pautas de autoatención. Este proceso posibilita que el sistema delegue en esta estructura de autoatención gran parte de sus responsabilidades sociosanitarias, incrementando la importancia del autocuidado o dejando que la autoatención asuma funcionalmente la atención sanitaria⁽¹²⁾.

[...] Sí, sí. Porque nuestro país es muy pobre y nos basamos mucho en las hierbas. Al bebé que la leche le cayó mal y su estómago está muy hinchado, le damos solmate de anís. Usamos mucho la coca también como medicamento o el tabaco también, para un dolor de oído. (CI-11)

Son mayoritariamente las mujeres de América Latina las que cogen el testigo del cuidado informal en España, y por ello recuperamos diversos planteamientos teóricos ya indicados⁽¹³⁾. Las condiciones de la atención sanitaria formal determinan la proliferación y potenciación de los fenómenos de autoatención y autocuidado desde el sector informal por parte de inmigrantes. Este aspecto puede favorecer su desarrollo, impulsando la reproducción de patrones de comportamiento cultural

en relación a la salud en España. Pero las prácticas de autoatención también se modifican, ya que el saber de los conjuntos sociales no es algo fijado culturalmente sino que se reestructura continuamente por nuevas técnicas, productos o creencias que se integran en el saber existente⁽¹²⁾. Constatamos la complementariedad, conflicto o incluso contradicción, pero coexisten y tienen coherencia interna; son pragmáticas y funcionales, reflejando una síntesis de saberes que se corresponden con diferentes modelos médicos diferenciados, como la biomedicina y la medicina tradicional. Se trata de un hecho que demuestra un diálogo cultural como exponente de intercambio cultural, mestizaje, enriquecimiento e hibridación.

[...] Pues mira, para cuando se tiene la ameba en el estómago, cogemos la cáscara de la granada la hervimos y nos tomamos el té. También un té de ajo picante y zanahorias mata los parásitos. Para dolores musculares utilizamos plantas que aquí no se encuentran. (CI-17)

[...] A veces le duele el vientre y le hago agua de orégano, de comino, y se le quita. Por ejemplo si le duele la espalda, le damos con crema de eucalipto, que lo mandamos a través de mi país, o mentol chino, y le doy una fricción de eso. (CI-4)

[...] Yo cuando mi esposo o alguno de nosotros se enferma (incluye a la persona mayor que cuida), pues yo, primeramente lo mío, y si ya eso, entonces ya medicina. Yo uso mucho las hierbas, el vinagre, el ajo... eso es lo primero, y si no funciona, pues entonces paso al médico pero siempre lo mío antes. (CI-8)

[...] En Bolivia nosotros no solemos ir al médico. Mi suegra tenía diabetes, pero no se ponía insulina sino que tomaba unas hierbas. Se hacía apio batido y una verdura que se llama choca. El resfriado allá se cura con cebolla, ajo, limón y ya está. No toman medicamentos si no están muy graves, y entonces ya van al médico. Para la gastritis hay hierbas también, una hoja que se llama Zen y Ajenco. A nosotros no nos gustan los medicamentos. Para el dolor de estómago está el Ayaten. Allá la gente suele tomar infusiones de hojas de mandarina de lima, agua de aguacate... para los riñones. Dietas como la de la luna con mucha agua y cosas así. Es que dicen que los medicamentos te curan una cosa y te estropean otra. (CI-20)

Existe un mantenimiento de las prácticas de medicina tradicional tanto con los miembros de su propia familia como con la persona mayor a la que cuidan, teniendo en cuenta la influencia de ser cuidadoras en régimen interno y cierta integración. Fuera del entorno español, los inmigrantes, especialmente personas mayores que proceden de países con gran uso de la medicina tradicional, muestran su preferencia frente a la biomedicina. En EE.UU. y Canadá se constata esta realidad, encontrando estudios que demuestran

patrones de uso comprendidos entre el 77% y 100% en el caso de EE.UU. Resulta relevante este hecho entre los inmigrantes asiáticos en EEUU, los cuales afirman que no sólo tiene un efecto en la mejora de la salud sino que también refuerza la identidad étnica⁽¹³⁾. En Canadá, un 73% de inmigrantes de origen africano aplican medicina tradicional, justificando su elección por el holismo⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. En dicho país, se ha estudiado la aplicación de terapias complementarias por parte de cuidadoras inmigrantes a las personas que cuidan debido a que provoca un efecto de menor derivación hospitalaria y uso de servicios sanitarios por parte de la persona dependiente que recibe los cuidados. Las cuidadoras inmigrantes señalan la falta de apoyo y sensibilidad cultural por parte de los servicios sociosanitarios como factores que impulsan la complementariedad terapéutica que ejercen⁽¹⁶⁾. La relación intercultural que se establece entre la medicina tradicional y la biomedicina también permite una atención holística de salud, que fomenta el pluralismo asistencial. Este fenómeno se trata de un hecho estructural que opera en todas las sociedades, no sólo en el entorno de análisis. En nuestro entorno no hay una asimilación suficiente debido a la subalternidad y la invisibilidad que siguen teniendo este tipo de prácticas de salud. La combinación de saberes y diferentes prácticas de salud permite identificar una provisión de cuidados informales por parte de las cuidadoras inmigrantes con un alcance holista y de calidad. A tenor de la etnografía, es en el entorno doméstico donde se crea un universo de significados, donde esas prácticas tienen eficacia a nivel de completo bienestar de la persona y a nivel simbólico, pero que aún no son compartidas en estructuras sociales más amplias; defendemos la visión holística de la salud como parte de un todo simbólico. Los cuidadores informales inmigrantes dan mucha importancia al bienestar de la persona, al componente familiar y humano del cuidado, y a la manifestación de reciprocidad en la autoatención y el autocuidado, porque todo ello posibilita el equilibrio y el verdadero bienestar de la persona que cuidan, resaltando la capacidad terapéutica de la relación humana.

[...] Le cuidaba, le arrojaba y le daba medicinas caseras... Yo sigo tomando y lo recomiendo. (CI-21)

Solamente una cuidadora inmigrante refiere no aplicar este tipo de prácticas por respeto a las costumbres y miedo a la automedicación con fitoterapia, contrastando con la pérdida de autoridad que suele darse en el paciente crónico.

El diálogo cultural en los cuidados informales: una vía de apertura a la hibridación y mestizaje cultural

Se puede considerar que el encuentro intercultural no es generador de conflicto pero sí de diálogo cultural⁽¹⁷⁾. Coincidimos con este planteamiento al haber encontrado escasas evidencias de conflicto cultural a través del cuidado. Aunque se dan más resultados positivos que negativos respecto a los cuidados informales que proveen las mujeres inmigrantes, las experiencias en otros países no lo defienden, existiendo problemas con la lengua, como en un estudio desarrollado en Inglaterra⁽¹⁸⁾. Este aspecto no favorece la interculturalidad y el mestizaje sino el multiculturalismo y la diferenciación. En nuestro caso, todas las cuidadoras inmigrantes eran hispanas, a excepción de 2 de ellas. Algunas hablaban otros idiomas o dialectos propios de sus lugares de origen, como el quechua; las informantes que lo practicaban, lo solían mantener aquí, y se relacionaba, en ocasiones, con los problemas de entendimiento con el español. Respecto al lenguaje, entendido como cualidad, existen estudios sobre el efecto del mismo en la relación de ayuda terapéutica entre cuidadores inmigrantes y personas dependientes que hablan lenguas distintas. El hecho de que ambos hablen la misma lengua facilita la labor a los cuidadores⁽¹⁹⁾. Ni defender la diversidad cultural de forma absoluta es realista, ni rendirse a la homogeneización global completa tampoco lo es, apostando por la continua regeneración cultural, diversidad y mestizaje en un entorno global intercultural.

El encuentro intercultural en los cuidados informales como factor de impulso del pluralismo asistencial

La inmigración ha permitido entender más ampliamente otros procesos de búsqueda de salud, aspecto que reafirma aunque no legitima la existencia de un modelo de pluralismo asistencial. La medicina tradicional está saliendo de sus contextos originarios a través del fenómeno migratorio, y al contactar con culturas diferentes, propicia la proliferación de nuevas prácticas de medicina intercultural⁽²⁰⁾. También se asume, en otros estudios, la existencia de ciertos flujos biomédicos desde España a Sudamérica (concretamente a Ecuador), y no al contrario. Sin embargo, concluyó que los flujos de envío y encomiendas de determinados productos se establecen mayoritariamente hacia España, estando constituidos no sólo por remedios naturales y elementos de prevención y sanación tradicionales de difícil obtención en Europa, sino

también por medicamentos de uso bastante común dentro de la biomedicina de nuestro entorno⁽¹²⁾. Este flujo se evidencia en nuestro estudio, y manifiesta otra forma de encuentro intercultural a través de la salud. Recibir productos propios de la medicina tradicional transnacionalmente permite mantener, producir y reproducir tanto sus propias prácticas de salud como el ideario subyacente. Menéndez justificaría este flujo de productos como un proceso estructural desarrollado por la biomedicina, como es la automedicación en relación a la autoatención⁽²¹⁾. Sin embargo, en estos estudios se destacaba que tiene un gran potencial simbólico para fortalecer los vínculos de la familia extensa transnacional, por su relación con el ámbito del cuidado⁽²²⁾. Según otros estudios, las ideas en defensa de los productos naturales en las sociedades no occidentales se erigen en contra de la toxicidad de los fármacos y del estilo de vida. Así, la idea de naturaleza unida a la medicina tradicional, a menudo, se combina con la conciencia de clase, étnica o de identidad nacional, situándose frente a lo procedente del extranjero y artificial, en una especie de política de identidad sanitaria; expresar el escepticismo frente a los fármacos es una forma de construir dicotomías como naturaleza/tecnología o tradición/modernidad⁽²³⁾. Dichos planteamientos se identifican en nuestra etnografía. Diversos estudios demuestran que las poblaciones pertenecientes a minorías étnicas tienden a elegir medicinas alternativas o tradicionales como primera opción; esta elección responde al intento de hacerse con los problemas de salud en el contexto de sus propios recursos y entorno sociocultural/étnico. Sus creencias en que la medicina popular tiene cierto control sobre las causas de la enfermedad y, a su vez, menor gasto, son algunos motivos de elección de estas prácticas de salud. Existe una amplia creencia en Latinoamérica en la bondad de los remedios naturales por su inocuidad, particularmente entre las personas mayores⁽²⁴⁾.

[...] los ancianos, en mi país se curan la artrosis con Marihuana y ron; la ponen ahí y la dejan que se fermente. Luego se la echan y eso es muy bueno. (CI-15)

Nuestras informantes aluden también a prácticas habituales que abarcan dimensiones mágico-religiosas como el curanderismo, o los rezos para las enfermedades.

[...] Aparte de los remedios caseros, hay muchos curanderos. Ellos te indican remedios naturales, cosas de la tierra que te sanan más rápido que la medicina de un médico. (CI-17)

[...] Allí se utilizan los dos, lo natural y los fármacos [...]; sí que hacen curanderismo. Hacen rezos para espantar a los malos espíritus o algunos tipos de enfermedades como el mal de ojo.

El mal existe, y la gente va a estas cosas, pero si tu no crees no pasa nada... (CI-21)

La OMS respalda institucionalmente a nivel mundial la coexistencia de la medicina tradicional y la biomedicina, apoyando el acercamiento intercultural entre las diferentes concepciones de salud, dinamizando el pluralismo asistencial⁽²⁵⁾. Abordar la figura de la mujer como principal consumidora de medicinas tradicionales permite plantear que también lleva a cabo la provisión de éstas y su extensión a las personas que cuida, aspecto que perpetúa la invisibilidad del pluralismo asistencial. Más allá de la integración o la coordinación, el pluralismo asistencial debe permitir responder a las distintas formas de pensar y concebir el proceso de búsqueda de salud, generando un entendimiento de los cambios culturales.

Conclusiones

La inmigración, específicamente la femenina, es un fenómeno que ha creado en España un escenario que ofrece muchas posibilidades de enriquecimiento cultural mutuo, además de diversas formas de enriquecer, cuidar y beneficiar específicamente al colectivo de personas dependientes en el ámbito doméstico-familiar.

Se establece un diálogo cultural en el ámbito del cuidado informal, caracterizado por la interculturalidad y adaptación mutua. Se identifican elementos de hibridación cultural en el cuidado informal. Las vivencias de intercambio e integración cultural demuestran la aparición de nuevas prácticas de atención a la salud en el patrón de cuidados informales y de comportamientos culturales en los sistemas de autocuidado.

Las cuidadoras inmigrantes contribuyen al reconocimiento del uso de la medicina tradicional. La figura de la mujer inmigrante se erige en este estudio como principal consumidora de medicinas tradicionales, extendiendo la provisión de estas prácticas de salud al resto de miembros de la familia o grupo doméstico a su cuidado, aspecto que favorece el pluralismo asistencial pero que, a la vez, fomenta su invisibilidad.

Las prácticas de autoatención y autocuidado representan una alternativa a la medicalización y abren otros caminos hacia un fenómeno de mayor autogestión de salud, caracterizada por mayor capacidad de decisión autónoma por parte de las unidades domésticas de cuidado y una relación menos dependiente respecto a la cobertura sociosanitaria que provee el Estado.

El conocimiento y clarificación de la sensibilidad cultural y las experiencias de vida acerca del cuidado informal a través de un acercamiento etnográfico a las

necesidades reales de los cuidadores debería incluirse a la hora de valorar y diseñar políticas competentes de atención a la Dependencia.

Referencias

1. García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren AP. The system of informal caregiving as inequality. *Gac Sanit.* 2004;18:132-9.
2. Comelles JM. Cultura y Salud. De la negación al regreso de la cultura en Medicina. *Cuaderns ICA.* 2003;19:111-31.
3. Spradley JP. *Participant Observation.* New York: Holt, Rinehart & Winston; 1980.
4. Hsueh-Fen SK, Kyungh A. Effect of acculturation and mutuality on family loyalty among Mexican American caregivers of elders. *JNS.* 2012;44(2):111-9.
5. Merla L. La circulación de cuidados en familias transnacionales. *CIDOB d'Afers Internacionals.* 2014;(106-107):85-104.
6. Rodríguez-Rodríguez V. Inmigración y cuidados de mayores en los hogares de la comunidad de Madrid [Internet]. Homepage of Portal de Mayores – 2010. 2010 [acceso 4 fev 2010] Disponible em: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/rodríguez-inmigración-01.pdf>
7. Martínez-Buján R. Los beneficios de la inmigración al Estado de Bienestar. Mujeres inmigrantes en el sector doméstico de cuidados. En: Izquierdo A. *El modelo de la inmigración y los riesgos de exclusión.* Madrid: Cáritas Española; 2009.
8. Oliver-Alonso J. El mercado de trabajo de la inmigración 2007-2010. Los cambios 2009/2010 en el marco de la crisis. Em: Aja E, Arango J, Oliver J. *Inmigración y crisis económica. Impactos actuales y perspectivas de futuro.* Barcelona: Bellaterra; 2011. p. 131-64.
9. Le Bihan B, Martin C, Knijn T. *Work and care under pressure: Care arrangements across Europe.* Amsterdam: Amsterdam University Press; 2013
10. Ostbye T, Malhotra R, Malhotra C, Arambepola C, Chan A. Does support from foreign domestic workers decrease the negative impact of informal caregiving? Results from Singapore survey on informal caregiving. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2013;68(4):609-21.
11. Meñaca A. La "multiculturalidad" de la biomedicina. El envío de medicamentos en familias migrantes ecuatorianas. Em: Fernández-Juárez G. *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural.* Cuenca: Universidad Castilla-La Mancha; 2006. p. 93-108.

12. Menéndez E. Autoatención y participación social: estrategias o instrumentos en las políticas de atención primaria. Em: Roersch C. Medicina tradicional, 500 años después. Santo Domingo: Instituto de Medicina Dominicana; 1993. p. 63-104.
13. Chung AY. From caregivers to caretakers: the impact of family roles on ethnicity among children of Korean and Chinese immigrant families. *Qual Sociol.* 2013;36:279-302.
14. Wu APW, Burke A, LeBaron S. Use of Traditional Medicine by immigrants chinese patients. *Fam Med.* 2007;39(3):195-200.
15. Barimah KB, Van Teijlingen ER. The use of Traditional Medicine by Ghanaians in Canada. *BMC Complement Altern Med.* 2008;8(30):1-20.
16. Stewart MJ, Neufeld A, Harrison MJ, Spitzer D, Hughes K, Makwarimba E. Immigrant women family caregivers in Canada: Implications for policies and programmes in health and social sectors. *Health Soc Care Comm.* 2006; 14(4):329-40.
17. Uribe-Oyarbide JM. Migraciones y salud. Préstamos de ida y vuelta. Em: Fernández-Juárez G. Salud e Interculturalidad en América Latina. *Antropología de la Salud y Crítica Intercultural.* Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha; 2006. p. 83-92.
18. Department of Health and Social Services Inspectorate. Women in social services, London (UK): Department of Health and Social Services Inspectorate; 1991
19. Ekman SL. Monolingual and bilingual communication between patients with dementia diseases and their caregivers. *Int Psychogeriatr.* 1996;8(1):127-32.
20. Aparicio-Mena AJ. La Antropología aplicada, la medicina tradicional y los sistemas de cuidado natural de la salud. Una ayuda intercultural para los padecimientos crónicos. *Gaz Antropol.* 2007;23:23-14.
21. Menéndez E. Intentionality, experience and function: the shaping of medical knowledge. *Rev Antropol Soc.* 2005;14:33-69.
22. Meñaca A. Salud y migraciones. En Fernández Juárez G. Salud e interculturalidad en América Latina. Quito: Ayala, UCLM, Bolhispania; 2004. p. 53-65.
23. Reynolds-Whyte S, Van der Geest S, Hardon A. Social lives of medicines, Cambridge (UK): Cambridge University Press; 2002.
24. Lima SC, Arruda G, Renovato R, Alvarenga MR. Representations and uses of medicinal plants by elderly. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012;20(4):778-86.
25. Organización Mundial de la Salud. Estrategia sobre Medicina Tradicional. [Internet]. 2010. [acceso 7 jul 2010]; Disponible em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_R9-sp.pdf

Recibido: 29.2.2014

Aceptado: 16.3.2015