

Mujeres que Cuidan de nuestros mayores: las Cuidadoras

Rafael Fenoy Jiménez
Manuel Cabrera Espinosa

Introducción

Un año más, la Asociación de Amigos del Archivo Histórico Diocesano de Jaén convoca el congreso virtual sobre Historia de las Mujeres. Un congreso que sigue manteniendo el objetivo de fomentar el estudio, debate y difusión de la función de las mujeres en la historia. Algo que con frecuencia ha obviado la historiografía, o las ha limitado a una visión puramente anecdótica y casi siempre secundaria.

En congresos anteriores, hemos intentado usar esta mirada más amplia e integradora para visibilizar la importante labor de la mujer en la promoción de la salud y el cuidado de las dolencias, fundamentalmente a través del trabajo callado y la mayor parte de las veces olvidado de las Enfermeras y también de las Matronas.

En esta nueva edición nos queremos acercar a un grupo importante de mujeres que se dedican a la prestación de cuidados en una vertiente considerada “menos profesional” aunque sí profesionalizada. Nos referimos a ese amplio grupo de personas contratadas para prestar cuidados a las personas con cierto grado de dependencia de nuestro país al amparo del desarrollo de la llamada ley de dependencia. Estamos ante un grupo amplísimo de personas, casi en su práctica totalidad mujeres, y sin las que nuestro estado de bienestar se tambalearía.

A pesar de ser un colectivo muy amplio en número y de estar realizando una gran función social, pasan prácticamente inadvertidas en los estudios sobre salud, e incluso en los estudios sobre mujeres. Nos encontramos frente a mujeres invisibles. Son varias las razones que han podido dar lugar a esta invisibilidad. Una de ellas, y que afecta a todas las mujeres que cuidan en las más diversas vertientes, tiene que ver con la invisibilidad propia el género produce en nuestras sociedades. Cuidar de los demás ha sido una parte importante de la función asignada a la mujer, llevado a cabo en la esfera privada

y despojado de cualquier prestigio social. A ello, en el caso de las Cuidadoras se une que la mayor parte de ellas por mujeres migrantes. Se articula pues una doble discriminación e invisibilidad, la del género y la del origen o etnia.

Ausentes, en gran medida, en los estudios sí que se están convirtiendo en una imagen usual en la cotidianeidad de nuestra sociedad. Cada día son más las personas de edad avanzada a las que encontramos acompañadas de personas, la mayor parte de las veces de otra nacionalidad, junto al inseparable andador, otro de los elementos que comenzamos a asociar con la ancianidad. Dos elementos sobre los que se podría hablar con mayor profundidad y que nos pueden llevar a replantearnos la situación a la que estamos abocando a la población de edad avanzada en la modernidad. Pero abandonemos esa reflexión y centrémonos en conocer mejor a esas personas que están supliendo los cuidados familiares y que intentan cuidar, acompañar y evitar tantas soledades no deseadas de nuestros y nuestras ancianas.

Las cifras

No podemos hablar de uniformidad cuando hablamos de cuidados. El cuidado que se les va a prestar a las personas mayores y dependientes va a depender de factores sociales y culturales siendo, por tanto, distinto en cada grupo social. Incluso el mismo concepto de persona dependiente tiene gran variabilidad en el tiempo y en el espacio. En España, ese Cuidar de los demás ha recaído en la familia, y dentro de la familia más concretamente ha sido la mujer la proveedora principal de cuidados. Una de las más fuertes razones para ello ha sido, lo es, esa potente herencia cultural de una sociedad patriarcal que ha creado un inconsciente colectivo en el que los cuidados se han prestado en el ámbito privado del hogar y la mujer ha sido la persona seleccionada para llevarlos a cabo.

Sin embargo, cambios poblacionales con un aumento significativo de las personas mayores y modificaciones llevadas a cabo en el mercado de trabajo con una incorporación de la mujer al mismo, ha hecho necesaria una reestructuración del modo de cuidar a las personas mayores dependientes. Fruto de estas nuevas necesidades nace la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

La llamada Ley de dependencia nace para garantizar la atención de toda persona que necesite de cuidados. Esta ley ofrece un conjunto de servicios y prestaciones económicas destinadas a la atención y protección de personas dependientes, con un reto principal que es el de *“atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía”*.

Ley que, como mencionábamos, deriva de los intensos cambios sociales y demográficos que se producen en España donde, por una parte, se duplica en menos de 30 años la población de más de 65 años para pasar de 3,3 millones de personas en 1970 a más de 6,6 millones en 2000, junto con un porcentaje cada vez más alto de población mayor de 80 años que se duplica en sólo 20 años, fenómeno conocido como «envejecimiento del envejecimiento». Situaciones que llevan a una nueva realidad poblacional con necesidades específicas a las que es necesario dar respuesta. Realidad que se centraliza en un aumento considerable de las personas con dependencia en sus últimas etapas de la vida. Junto a esta dependencia propia del envejecimiento se une la mayor tasa de limitaciones que se produce por el desarrollo de las ciencias de la salud que llevan a una mayor tasa de supervivencia de enfermedades crónicas, alteraciones congénitas y siniestralidad.

La atención a este colectivo de población se convierte, pues, en un reto ineludible para los poderes públicos, que requiere una respuesta sostenida y adaptada al nuevo modelo poblacional de la sociedad. Aumento de necesidades de cuidados que hasta ese momento era llevado a cabo en el seno de la familia tradicional española y por la mujer. Mujeres que constituían el grupo de lo que ha dado en llamarse el «apoyo informal». Los cambios acaecidos en el modelo de familia y la incorporación progresiva de casi tres millones de mujeres, en la última década, al mercado de trabajo introducen nuevos factores en esta prestación de cuidados a la dependencia que hacen imprescindible una revisión del sistema tradicional, para asegurar una adecuada capacidad de prestación de cuidados a aquellas personas que los necesitan.

Las cifras de personas dependientes en Andalucía nos acercan a esta nueva realidad que venimos relatando. Andalucía alcanza en 2023 un máximo

histórico en atención a la dependencia con 286.600 personas beneficiarias. De ellas, 155.969 son atendidas a través del servicio de ayuda a domicilio, lo que muestra una tendencia cada vez mayor de la preferencia de las personas en situación de dependencia y sus familias por ser atendidas en su propio domicilio, liberando de este modo la sobrecarga de los centros residenciales. La ayuda a domicilio ha reportado al mercado laboral más de 53 millones de horas de trabajo, con lo que se convierte, además de prestador de cuidados, en un potente motor de generación de empleo, contabilizando más de 44.000 trabajadoras en la comunidad de las que el 97% son mujeres, por lo que continúa manteniéndose los cuidados en el entorno femenino, en las mujeres.

Lo que sí que ha cambiado es el grupo de mujeres que cuidan, en la actualidad un gran porcentaje son migrantes. Evidentemente y cómo ya hemos nombrado, una de las razones para este cambio de nacionalidad en el grupo de cuidadoras ha sido la masiva incorporación de la mujer española al mercado laboral y la otra viene dada por la presencia cada vez mayor de mujeres migrantes en nuestro entorno. Y es que hemos asistido a un aumento incesante de las mujeres migrantes que empujadas por la pobreza generada por la globalización buscan un nuevo futuro en las sociedades occidentales, en un claro intento por buscar nuevas y más dignas condiciones de vida. Pero no es en exclusiva la pobreza, son múltiples las razones que llevan a las personas a iniciar el camino de la migración y entre todos esos motivos, las mujeres acostumbran a tener los suyos propios. Entre ellos cabe destacar la reunificación familiar, los incentivos económicos, las oportunidades educacionales o un intento por huir de la discriminación y la violencia basada en el género que sufren en sus países de origen. Así mismo, hemos de ser conscientes que cada vez con más fuerza y generalidad se está observando una constante feminización de la pobreza, la cual afecta con mayor crueldad a las mujeres migrantes. Son ellas las que con mayor fuerza están siendo desplazadas hacia tareas con menores recompensas económicas y sociales entre las que se encuentran todas aquellas relacionadas con los cuidados. De este modo, las clases sociales más desfavorecidas y entre ellas las mujeres que acaparan los mayores niveles de pobreza, acaban llevando a cabo las tareas más minusvaloradas. Marcela Lagarde refiere al respecto que se convierte el cuidado como deber de género *“en uno de los mayores obstáculos en el camino a la igualdad por su inequidad”*.

Este desplazamiento de la mujer migrante a la esfera del cuidado en las sociedades de destino crea una curiosa paradoja denominada por Hochschild “cadenas globales de cuidados”. El concepto sirve para explicar el hecho de que una gran parte de mujeres migrantes dejan a sus progenitores, a menudo de edad avanzada, y a sus descendientes menores de edad, en el país de origen a cargo de otras mujeres; mientras que ellas se van a ocupar del cuidado de personas dependientes, o de los hijos y las hijas de otras familias del país de destino.

Siguiendo a Lagarde y de los Ríos, son mujeres que se desplazan a los países desarrollados a *“cuidar a los otros a la manera tradicional y, a la vez, lograr su desarrollo individual”*, paradójica situación que está creando *“Mujeres atrapadas en una relación inequitativa entre cuidar y desarrollarse”*, con el añadido del duelo. Un duelo presente como consecuencia de las pérdidas intrínsecas al proceso migratorio. A estos estresores se va a unir la culpa por no poder hacer eso que la sociedad patriarcal siempre les ha dicho que deben hacer: cuidar de sus seres queridos.

Las personas

Aquí, hemos querido acercarnos a ellas, a las mujeres que cuidan a nuestros dependientes. Nos interesaba plasmar su propia visión, su realidad, su modo de entender la tarea que están llevando a cabo. Conocer de primera mano cuales son los sentimientos que ese cuidado de los otros genera, las limitaciones, las razones, los apoyos o las soledades. En definitiva, queríamos adentrarnos en el alma más que en la cifra de las personas que trabajan cuidando de otras personas.

Hemos limitado geográficamente el acercamiento a estas personas a tres poblaciones del levante almeriense: Garrucha, Mojácar y Turre. Poblaciones que se integran en la misma unidad de gestión sanitaria lo que nos facilitaba el acceso a las cuidadoras. Para acercarnos a ese “alma” que queríamos conocer hemos utilizado las entrevistas semiestructuradas. Llegamos hasta ellas a través del enfermero de enlace y les hemos emplazado a que mantengan una conversación con nosotros para que podamos escuchar de primera mano la visión que sobre el cuidado y sobre ellas mismas perciben en su trabajo diario. Las entrevistas las hemos realizado en espacios del centro de salud y previa

autorización han sido gravadas para posteriormente poder realizar un análisis de contenido de los discursos generados.

Se han acercado hasta nosotros diez de estas mujeres para contarnos sus vivencias. Han sido 4 españolas y nacidas en los municipios de estudio y 6 procedentes de otros países. En concreto 5 vienen de Latinoamérica (Argentina, Nicaragua, Colombia, Perú y Ecuador) y la restante de Rumanía. Ocho están casadas y dos de las españolas separadas. Tienen edades comprendidas entre 34 y 63 años con una edad media de 50.5 años.

A todas ellas se les ha pasado la Escala Zarit, una escala que, si bien se ideó en su inicio para evaluar la carga de las personas cuidadoras de pacientes con demencia, en la actualidad se ha generalizado y se usa para medir la sobrecarga de las personas que ejercen como cuidadoras. Con ella se evalúan dimensiones como calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente. El cuestionario se compone de 22 ítems con escala tipo Likert cuya puntuación se establece desde 0 a 4 puntos. Se considera que existe sobrecarga con puntuaciones mayor o igual a 46. En el caso de nuestras cuidadoras la puntuación Zarit ha estado entre 28 y 48 con media de 40.2 puntos. Sólo una de ellas técnicamente se le puede considerar con sobrecarga leve (48 puntos).

Adentrándonos ya en el análisis de los discursos, quizás lo primero que llama la atención es la gran uniformidad que hay en todos ellos y eso a pesar de la heterogeneidad de nuestras participantes. Lo que, sin duda, nos debe hacer reflexionar sobre los imperantes discursos que defienden lo autóctono frente a lo invasor, lo de fuera. Aquí encontramos mujeres que comparten ocupación porque también comparten posición social y comparten género, lo que las lleva a vivir con parecidos condicionantes sociales, a compartir modos de ver, de sentir, de comprender o de sufrir. No sabríamos adscribir una transcripción de la entrevista a un determinado país, una edad o un estado civil.

Todas llegan a este trabajo a través del Ayuntamiento, un ente local que está utilizando el trabajo que genera la ley de dependencia para insertar en el mundo laboral a personas muy desfavorecidas de sus municipios. En este punto, podemos apreciar cómo la profesionalización de los cuidados a las personas dependientes está provocando efectos diversos a distintas escalas. De una parte, se suple la imposibilidad que las familias, fundamentalmente la mujer,

tenía en nuestro actual modelo de sociedad para cuidar a los más dependientes del núcleo familiar. De otra parte, se crea un potente modelo generador de empleo el cual es destinado a las personas con menores recursos y gran vulnerabilidad, grupo que está compuesto mayoritariamente por mujeres. A la vez, pone en manos de los entes locales una interesante herramienta para poder paliar parte de la pobreza de los municipios. En esta ocasión, sí que está funcionando lo local como modo de generar bienestar. Y evidentemente, supone un asidero para un importante grupo de mujeres que se encuentran en situación de clara vulnerabilidad. Así, en nuestro grupo todas ellas se encontraban en alguna situación de necesidad y fue a través de la trabajadora social del Ayuntamiento como han podido conseguir este trabajo. Ellas manifiestan que no es ese el trabajo que buscaban, pero no había muchas más posibilidades, así nos dice la entrevistada 4 *“pedí trabajo en el Ayuntamiento y me dijeron ¿te importa cuidar personas mayores? dije hombre si pudiera ser otra cosa, pero es que me pilló con cuarenta y pico años y venía de la limpieza y no había otra cosa”*. La única diferencia entre nacionales y no nacionales ha sido el uso de redes sociales que es más potente las mujeres de Latinoamérica que hace que, aunque tengan una mayor movilidad a través de todo el territorio nacional, puedan estar informadas de las ofertas de empleo en variados municipios.

La mayor parte de ellas no tenía una formación específica sobre cuidados ni tampoco se la habían exigido para poder trabajar. Bien es verdad que todas ellas tenían experiencia personal en cuidar o a sus hijos o a personas mayores de su entorno: *“yo aquí no he aprendido nada lo aprendí antes con mi madre que tuvo demencia senil”* (entrevistada 7). A pesar de no necesitar formación para el acceso al trabajo, movidas por la incertidumbre que les genera el trabajo siente la necesidad de formarse, lo que hacen, como nos relatan, de manera autodidacta: *“mi amiga me dijo que me capacitara en internet viendo videos y esas cosas”* (entrevista 6). Dos de ellas, aunque no necesaria, tiene experiencias previas: *“hice un curso sociosanitario en Madrid y trabajé allí en una residencia”* (entrevistada 8). *“Soy enfermera con 12 años experiencia en país, Argentina (...) aquí habla con trabajadora social y no me pidió ninguna titulación”* (entrevistada 3).

Estamos ante discursos que provienen de mujeres que cuidan, que quieren cuidar pero que saben que lo hacen desde la invisibilidad y la minusvaloración social y familiar, incluso a veces personal, de su actividad.

Pero ¿cuál es la función de una cuidadora de personas dependientes?, no es baladí la cuestión puesto que los cuidados, algo que nos ha acompañado desde los mismos inicios de la humanidad, tiene significaciones muy distintas dependiendo de la sociedad en la que son definidos. El cuidar abarca multitud de facetas que pasan inadvertidas para quien observa y para la misma persona que cuida. Así, como ejemplo de lo que decimos podemos nombrar los llamados "cuidados invisibles". Con ellos nos referimos a todas aquellas acciones de cuidado que son intangibles, subjetivas y difícilmente medibles, como la escucha activa, el apoyo emocional, la empatía o el acompañamiento. Con nuestras informantes hemos querido indagar directamente cuales son las tareas que realizan en su quehacer diario y hemos podido observar que son amplísimas. Si nosotros mismos nos preguntáramos cuáles son las actividades de estas cuidadoras, la primera imagen que nos aparece es la de los cuidados básicos que necesita una persona que no se puede cuidar a sí misma: higiene, alimentación, hidratación... justo estos primeros cuidados básicos es lo que relatan nuestras informantes en primer lugar, junto con tareas básicas de limpieza del entorno de la persona a la que cuidan. Pero continúan con muchas acciones que traspasan los cuidados básicos y que se acercan bastante a lo que hemos denominado cuidados invisibles. Muchos de sus cuidados nos parecería que incluso escapan a lo que en un principio manteníamos en el imaginario que era una cuidadora de personas dependientes. Pero veamos lo que nos dicen al respecto de sus tareas las entrevistadas para poder apreciar de primera mano la diversidad y complejidad de tareas a las que se enfrentan cada una de ellas en su rutina habitual de trabajo: *"la ducha, hacer su cama su habitación un poco la casa recoger, dar paseos, comprar, llevar al médico, si tengo que llevar a peluquería, llevar a misa"* (entrevistada 2), *"básicamente compañía y lo que son labores domésticas"* (entrevistada 3). Al respecto la entrevistada 5 nos dice: *"mi tarea es limpiar, limpiar, limpiar y limpiar"*. Y tras eso continua *"la tengo que lavar, que vestir, darle el desayuno, acostarla, tener mucho cuidado que no tenga llagas en el coxis ni en los talones, todos los días le doy con el mepentol y su masaje"*, y la entrevistada 8 nos cuenta *"la ducho, aseo la casa, pongo desayuno, sus*

pastillas, hablo un rato con ella, antes la sacaba a dar un paseo a la calle pero ahora no lo hago por la espalda... a las nueve me voy a la casa de unos abuelos y allí saco el perro porque ellos no tienen quien le saque el perrico, es algo que está prohibido en nuestro trabajo pero con esos enfermos yo lo hago. Le ayudo a sus comidas, voy de compras. Tengo otro que allí no hago nada, sólo es compañía. Otra voy por la noche y le preparó la cena, hablo un rato con ella, la pongo a andar, le preparo la cama”

Estas definiciones que realizan de su labor diaria claramente muestran cómo traspasan el cuidado de las necesidades básicas y se acercan también al cuidado de esferas tan importantes para el bienestar de la persona como son el reconocimiento o la autorrealización. Esta complejidad de acciones que traspasa los cuidados básicos de la vida diaria suele permanecer más escondido en el discurso a pesar de que para las entrevistadas forma parte central de su actividad. Con esta claridad lo refieren las entrevistadas *“ya no es solo que tengas que lavarlos o que tengas que comprarles es que tienes que hacerle compañía, tienes que animarlos, es que tienes que hacer muchas cosas que son pequeños detalles que eso no se ve en los datos”* (entrevistada 4),

Es la tremenda soledad en la que se encuentran una parte importante de las personas a las que cuidan lo que detectan nuestras entrevistadas y su paliación lo conforman como parte de su labor. Podríamos atrevernos a decir que estas cuidadoras de personas dependientes están plenamente implicadas en la paliación de la soledad no deseada de los ancianos a los que cuidan. Una soledad no deseada entendida como sentimiento subjetivo, de no tener la cantidad y/o calidad deseada de relaciones sociales y que va en aumento año tras año en nuestras sociedades. Soledad que produce un constante sufrimiento en la persona que la sufre con unas consecuencias muy negativas en la salud y el bienestar de la persona. Acerquémonos a algunas las referencias que al respecto hacen las entrevistadas: *“Tengo una con un problema psiquiátrico y por desgracia o por suerte está sola las 24 horas del día solo me ve a mi”* (entrevistada 8), *“uno estaba siempre en el sofá y ya vamos hasta los patos¹. Nos paramos, hablamos con los amigos, le gusta ir a comprar conmigo”* (entrevistada 5)

¹ Con los patos se refiere a una laguna que se encuentra aproximadamente a 1.5 km de Garrucha donde las personas suelen ir andando

“Tengo una que llego por la mañana me da un abrazo y me dice por qué no viniste ayer? No tengo con quien hablar” (entrevistada 10).

Muchas de estas actividades de acompañamiento que consiguen paliar las carencias en las relaciones sociales de las personas a las que cuidan, parecen no formar parte central de las actividades por las que son contratadas. Incluso en varias conversaciones las entrevistadas expresan cómo parte estas actividades las tienen claramente prohibidas por su empresa: *“Hay algunas que sé que no desayunan hasta que yo no vengo y las acompañado a desayunar, sé que no está permitido por la empresa, pero qué les voy a decir yo que no desayuno, desayuna tú sola” (entrevistada 10).* Y es que en el discurso se percibe como hay una gran disonancia entre lo que ellas creen que deben hacer y que, además de cuidados básicos, se centra en la capacidad de proporcionar bienestar físico y psíquico, en acompañar o en hacer que no pierdan relaciones sociales y lo que la propia empresa contratadora y el medio social cree que deben de hacer. Es en esta disonancia donde aparecen los frecuentes desencuentros con empresa y sobre todo con la familia de las personas a la que cuidan.

La relación con la familia de las personas a las que cuidan con sus encuentros y desencuentros es muy rica en matices y creemos que necesitaría de un abordaje más complejo para poder dar respuesta más sustanciosa a unas relaciones complejas donde las emociones pueden estar dominando parte del discurso. Lo primero que remarcan es la falta de reconocimiento que ellas perciben por parte de la familia, fundamentalmente las hijas e hijos de los mayores a los que cuidan. Sienten que la familia las ven como limpiadoras del hogar: *“A veces quieren que seamos personas para limpieza profunda del hogar más que para el cuidado de la persona (...) a veces no entienden cuál es nuestro trabajo piensan que estamos allí para limpieza profunda de la casa pero eso ya lo sobrellevo yo, pero bueno es entenderlas a las hijas, a veces a los hijos” (entrevistada 1).* No se sienten comprendidas por hijas e hijos *“las cuidadoras que vemos que los familiares no nos tratan bien” (entrevistada 9).*

Pero esta incompreensión es mutua, las cuidadoras tampoco entienden cierto modo de actuar de la familia, son múltiples las quejas en torno a la familia que aparece en el discurso, a modo de ejemplo nos dicen: *“tengo que limpiar la casa, aunque esté su familia ¿tú ves eso normal?, no entienden que no estamos*

para ordenar lo que ellos desordenan" (entrevistada 5), o *"echo la ropa a lavar porque la familia, aunque está, aunque tiene allí familia o no tiene tiempo o no quiere"* (entrevistada 10). Verbalizan con frecuencia la ausencia de la familia o cuando está presente la ausencia de cuidados hacia la persona dependiente: *"la de las ocho de la mañana la familia ni aparece. Ellos piensan que viene la chacha"* (entrevistada 5), *"le falta al usuario que venga más la familia"* (entrevistada 2), *"algunas te las encuentras que teniendo la familia en la casa te encuentras en la misma cama 5 ó 6 sábanas la pobre para ir cambiándose por la noche"* (entrevistada 9).

Esta ausencia de confluencia que observamos entre cuidadoras y familiares de las personas a las que cuidan es un hecho destacable que necesitaría una mayor profundización para buscar puntos de encuentro. Pueden existir múltiples factores que incidan sobre entre desencuentro, moviéndose muchos de ellos en la esfera emocional. En el imaginario de nuestra sociedad tradicional patriarcal perdura la idea de que son los familiares más directos, y entre ellos la mujer, la que tiene la obligación, a modo de imperativo moral, de cuidar de sus seres queridos. Con la profesionalización de los cuidados a las personas dependientes trasgredimos este imperativo, con lo que sentimientos como la culpa pueden estar presentes en los familiares y también en las mujeres que cuidan a otros y no a sus seres queridos. Eso explicaría mucho de lo que percibimos en el discurso. A modo de ejemplo nos dicen: *"(llora) es que se fueron los dos en la pandemia y no me dio tiempo a hacerles... lo que no me dio tiempo a hacer con ellos lo estoy haciendo ahora con estos"* (entrevistada 4). *"A mi madre la cuidé unos años si estuve con ella antes de ser cuidadora, pero tuve que buscar algo porque me metí a cuidadora y ella tenía una señora que vivía con ella... es que yo necesitaba un contrato y tenía que buscarme la vida como fuera"* (entrevistada 5)

Explicaciones aparte, en lo que debemos tener una unanimidad es en la necesidad de tener puntos de encuentro, trabajo conjunto y objetivos comunes entre cuidadoras y familiares. Esa debe de ser el camino para poder abordar con éxito la tremenda fragilidad, física pero también psíquica, en la que se encuentran las personas dependientes.

Nuestras entrevistadas se sienten muy satisfechas con la labor que realizan. En un primer momento comenzaron el trabajo como modo de paliar una

situación social comprometida y con muchas dudas sobre el trabajo que deberían realizar, máxime cuando la mayor parte de ellas partía sin experiencias ni formación previa. Esas dudas suelen perdurar en aquellas ocasiones que tienen que cubrir a compañeras y no conocen las problemáticas de la persona a cuidar: *“a veces te pones nerviosa cuando vas a una casa nueva porque estás de sustitución y no sabes lo que te encuentras”* (entrevistada 1). También tienen mucha incertidumbre, al igual que suele suceder al resto de la sociedad, hacia la forma de tratar a los pacientes con problemas mentales: *“Es difícil, hay que ser pacientes con ellos son como niños en grande, a veces no quieren comer, no quieren pasear”* (entrevistada 1), *“tengo la fortuna de tener todos los usuarios mentalmente bien”* (entrevistada 3). Pero a medida que ha pasado el tiempo ellas han sentido que su trabajo es necesario y que lejos de ser unas simples limpiadoras, son capaces de proporcionar bienestar a la persona que cuidan.

Tampoco se suelen encontrar comprendidas por sus propios familiares, ellos también tienen esa mirada distorsionada y ligeramente denigrante hacia la labor que llevan a cabo: *“Me entienden (titubeos) mi hija dice que ella no podría hacer lo que yo hago y mi hijo no, no, no termina de saber todo lo que hago”* (entrevistada 4), *“en casa ellos no saben realmente lo que uno a veces pasa”* (entrevistada 6), *“al principio no le gustaba decían que eso de estar quitando mierdas... era una bajeza”* (entrevistada 7), *“quieren que me salga porque estoy todo el día tirada en la calle pero estamos en un pueblo donde es difícil encontrar trabajo todo el año”* (entrevistada 8), *“mi familia no logra identificar el trabajo que yo hago porque yo les cuento mi experiencia y que eres enfermera cuidadora no de la limpieza”* (entrevistada 10).

En cuanto a las labores más organizativas de su trabajo, unánimemente se sienten mal pagadas, *“la verdad no me siento bien pagada”* (entrevistada 1), *“nos pagan poco para el trabajo que hacemos porque somos cuidadoras, cocineras, enfermeras y de todo”* (entrevistada 2), *“no es suficiente lo que nos pagan para la labor que hacemos... nos conformamos porque no tenemos otra cosa”* (entrevistada 7). Con una organización del trabajo muy penosa que las obliga a estar mucho tiempo moviéndose por la calle por la lejanía de los distintos domicilios a los que tienen que asistir diariamente. Y con una queja generalizada sobre la presencia de turnos partidos y trabajo en los festivos. Penosas situaciones organizativas que les impiden una aceptable conciliación con su vida

familiar y mucho menos personal: *“echo de menos tener una vida normal, decir tengo la tarde libre para mí”* (entrevistada 8).

Perciben una *“falta empatía por parte de la empresa”* (entrevistada 4) junto a una ausencia de protocolos que asignen a cada uno de los pacientes dependiendo de las necesidades que precisan: *“cada usuario necesita una cosa y no podemos mandar a cualquier persona a cualquier casa... hay que cumplir básicamente lo que le hace falta al usuario”* (entrevistada 7).

Conclusiones

Es incuestionable que los cambios sociales que han tenido lugar en nuestra sociedad han tenido efectos importantes a nivel poblacional. Asistimos a un importante incremento de las personas en edad avanzada, muchas de ellas con un importante nivel de dependencia, junto con la cronificación de dolencias que en otros tiempos acababan con la vida. Estos cambios han generado un mayor la necesidad de un mayor volumen de cuidados. Junto a ello, la paulatina incorporación del a mujer a la esfera laboral ha hecho que sea necesario la profesionalización de estos cuidados.

Estos cambios demográficos y de salud forzaron la aprobación de la llamada “Ley de dependencia” la cual en su desarrollo ha generado miles de empleos dedicados al cuidado. Hemos podido ver cómo esa bolsa de empleo está siendo gestionada a nivel local, lo que pone en manos de los Ayuntamientos una herramienta importante para paliar la situación de pobreza por la que pasan parte de las personas que habitan sus municipios. Esta pobreza se centra en la mujer, principalmente la migrante, pero en pequeñas poblaciones de baja renta también en las mujeres autóctonas. Son este perfil de mujer las que copan los puestos de trabajo generados por la dependencia.

Estamos ante mujeres que se dedican a cuidar en un amplio sentido de la palabra. Sin titulación, incluso sin formación y con los miedos e incertidumbres que les genera la atención a personas con grandes problemas de salud. Estas mujeres realizan una labor importantísima, ya no solo para garantizar las necesidades básicas de las personas a las que cuidan, sino que inciden directamente en el bienestar tanto físico como psíquico de los pacientes dependientes.

A pesar de esta importante labor, pasan inadvertidas para la sociedad que no es capaz de percibir la complejidad de su labor. Son visualizadas como personas para la limpieza cuando en realidad ellas hacen importantes funciones de acompañamiento, consuelo o apoyo a la persona que cuidan, rompiendo soledades y aislamientos. Pero es que incluso en su propia familia sufren la misma discriminación negativa con una falta total de reconocimiento a su labor.

Son mujeres que se sienten mal pagadas, poco reconocidas, incomprendidas incluso por su propia familia. Con turnos de trabajo que les impiden una adecuada conciliación familiar y personal y con unas difíciles relaciones con los familiares de las personas a las que cuidan, donde la culpa revolotea entre ambos. A pesar de ello, entienden que es un trabajo que les saca de situaciones sociales muy comprometidas.

También llega a ser un trabajo con el que se sienten orgullosas, orgullosas de cuidar a personas muy frágiles y con muchas necesidades. Se nos plantea una duda ¿serán mujeres atrapadas por la necesidad y los imperativos morales?... lo que si tenemos claro es que tenéis nuestro más sincero reconocimiento.

Gracias Cuidadoras!!!!