



# Significado que construye el personal de enfermería sobre los cuidadores familiares de personas hospitalizadas<sup>1</sup>

Carmen Liliana Escobar Ciro<sup>2</sup>

Yadira Cardozo García<sup>3</sup>

Olga Liliana Mejía Arango<sup>4</sup>

Mónica Johana Muñoz Cardona<sup>5</sup>

Paula Andrea Cuartas Velásquez<sup>6</sup>

doi:10.11144/Javeriana.ie18-1.scpe

**Cómo citar:** Escobar Ciro CL, Cardozo García Y, Mejía Arango, OL, Muñoz Cardona MJ, Cuartas Velásquez PA. Significado que construye el personal de enfermería sobre los cuidadores familiares de personas hospitalizadas. *Investig en Enferm.* Imagen Desarr. 2016;18 (1):79-93. <http://dxdoi.org/10.11144/Javeriana.ie18-1.scpe>

1. Artículo original de investigación. Recibido: 14 de enero de 2014. Aceptado 18 de septiembre de 2015.
2. Enfermera. Magister en Enfermería. Docente de la Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: ciliana@gmail.com
3. Enfermera. Magister en Educación y Desarrollo Humano. Docente de la Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: yadira.cardozo@udea.edu.co
4. Enfermera. Docente del programa de Enfermería, Corporación Universitaria Adventista, Medellín, Colombia, y de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: enfermeria@unac.edu.co
5. Enfermera. Docente del programa de Enfermería Corporación Universitaria Adventista, Medellín, Colombia. Correo electrónico: mumonica@hotmail.com
6. Estudiante de pregrado en Enfermería. Joven investigadora, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: judapao@hotmail.com

## Resumen

*Objetivo:* Conocer el significado que construye el personal de enfermería sobre los cuidadores familiares de personas hospitalizadas. *Método:* Cualitativo con enfoque etnográfico. Se realizaron 13 entrevistas y 50 horas de observación participante. Los participantes fueron el personal de enfermería que labora en salas de medicina interna en dos instituciones de la ciudad de Medellín, Colombia. El análisis se hizo a partir de la lectura de relatos, observaciones y notas de campo; se extractaron códigos que se agruparon en categorías y se procedió a la interpretación de los hallazgos. *Resultados:* Para el personal de enfermería el cuidador es importante en el ámbito hospitalario en la medida que está pendiente, colabora, facilita el cuidado y se interesa en aprender. En contraposición, es un obstáculo, porque no participa en las actividades de cuidado al paciente en el hospital, ya sea por miedo o falta de conocimientos. El contexto hospitalario no condiciona el significado que construye el personal de enfermería acerca del cuidador familiar, pues si bien el modelo de cuidado en ambas instituciones está centrado en el paciente y la familia, el cuidador familiar se utiliza como recurso alternativo de cuidado, sin considerar sus necesidades y vulnerabilidad en el ambiente hospitalario. *Conclusiones:* El personal de enfermería construye el significado acerca del cuidador familiar en el hospital de acuerdo con su utilidad o no en el apoyo que este realiza para las actividades de cuidado.

*Palabras clave:* cuidadores; personal de enfermería; investigación en enfermería; hospitalización

## The Meaning of Family Caregivers of Inpatients Constructed by Nursing Personnel

### Abstract

*Objective:* Learning about the meaning of family caregivers of inpatients constructed by nursing personnel. *Method:* Qualitative with an ethnographic focus. Thirteen (13) interviews and fifty (50) hours of participant observation were carried out. The participants were members of the nursing personnel working in the internal medicine rooms in two institutions of Medellin, Colombia. The analysis was performed based on the reading of stories, observations, and field notes. A series of codes were extracted and grouped in categories, followed by the interpretation of the findings. *Results:* For the nursing personnel, the caregiver is important in the hospital environment to the extent he is alert, cooperates, facilitates care, and shows willingness to learn. On the other hand, he is regarded as an obstacle as he does not take part in the hospital care activities, either because of fear or a lack of knowledge. The hospital context does not condition the meaning constructed by the nursing personnel regarding the family caregiver since, although the care model in both institutions is centered around the patient and the family, the family caregiver is used as an alternative mean for care, with no consideration for his needs and vulnerabilities in the hospital environment. *Conclusions:* The nursing personnel constructs a meaning around family caregivers according to their contributions, or lack thereof, to care activities.

*Keywords:* caregivers; nursing personnel; research on nursing; hospital admission

## Significado construído pelo pessoal de enfermagem sobre os cuidadores familiares de pessoas hospitalizadas

### Resumo

*Objetivo:* Conhecer o significado construído pelo pessoal de enfermagem sobre os cuidadores familiares de pessoas hospitalizadas. *Método:* Qualitativa com enfoque etnográfico. Realizaram-se 13 entrevistas e 50 horas de observação participante. Os participantes foram o pessoal de enfermagem que trabalha em salas de medicina interna em duas instituições da cidade de Medellín, Colômbia. A análise foi feita a partir da leitura de relatos, observações e notas de campo; extrataram-se códigos que foram agrupados em categorias e procedeu-se à interpretação dos achados. *Resultados:* Para o pessoal de enfermagem o cuidador é importante no âmbito hospitalar na medida em que está atento, colabora, facilita o cuidado e se interessa por aprender. Na contraposição, é obstáculo porque não participa nas atividades de cuidado do paciente no hospital, bem por medo ou falta de conhecimento. O contexto hospitalar não condiciona o significado que constrói a equipe de enfermagem acerca do cuidador familiar, embora que o modelo de cuidado em ambas as instituições esteja focado no paciente e a família, o cuidador familiar é utilizado como recurso alternativo de cuidado, sem considerar suas necessidades e vulnerabilidade no ambiente hospitalar. *Conclusões:* O pessoal de enfermagem constrói o significado acerca do cuidador familiar no hospital segundo sua utilidade ou não no suporte que aquele realiza nas atividades de cuidado.

*Palavras chave:* cuidadores; equipe de enfermagem; pesquisa em enfermagem; hospitalização

## Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud, el 63% de las muertes anuales se deben a enfermedades crónicas, y un porcentaje alto se presenta en países medios y bajos (1). Para la Organización Panamericana de la Salud, del número de individuos enfermos, el 45% tiene enfermedades crónicas (2); a su vez, se estima que estas serán la principal causa de incapacidad y de altos costos para el sistema de salud mundial (3). Esta situación crea la necesidad de incorporar a la familia, y especialmente al cuidador familiar (CF) como recurso valioso en la rehabilitación, el apoyo y el acompañamiento de la persona hospitalizada.

En la presente investigación se definió al CF, según Maeyama y cols., citados en (4), como aquella persona que presta atención a las personas que necesitan supervisión o asistencia en la enfermedad o la discapacidad. Ellos pueden proporcionar el cuidado en el hogar, en un hospital o en una institución. El concepto también hace referencia a los padres, a los cónyuges o a otros familiares y amigos (4). Durante la revisión de la literatura se encontró que los estudios iniciales sobre personas con enfermedades crónicas y sus CF se centraron en el estrés que ocasiona la carga del cuidado para el cuidador. Posteriormente, en los años noventa, los estudios se interesaron en el rol de facilitador que realiza dicho CF para garantizar el bienestar del enfermo. Luego, las investigaciones se centraron en reconocer las consecuencias de la enfermedad crónica en aspectos emocionales, económicos y el rol de la familia (5). También se ha estudiado el impacto del rol del cuidador en su calidad de vida, ya que este debe hacer ajustes que le permitan mantener el buen estado de salud de la persona cuidada, según las condiciones y posibilidades del medio que lo rodea (6), y a su vez la calidad de vida se ha explorado desde las diferentes dimensiones (por ejemplo, física, psicológica, social y espiritual) (7).

La motivación para llevar a cabo este estudio partió de la misma actividad asistencial experimentada por las investigadoras en la trayectoria profesional y durante las prácticas académicas. Aunque se ha escrito y se define a los CF como proveedores de cuidado, pareciera que el personal de enfermería en el ámbito hospitalario no los incluyen dentro de la práctica de cuidado o los incorporan de manera inapropiada y, por consiguiente, no llegan a reconocer en su totalidad las contribuciones de su rol a la vida y la salud de las personas; además de sus aportes al sistema de salud, no se les considera a ellos mismos personas con múltiples necesidades, susceptibles de ser abordados desde la disciplina de enfermería. En este sentido, adquiere gran importancia la relación entre el sistema de salud, el cuidador profesional y el CF.

El objetivo de la investigación fue conocer el significado que el personal de enfermería construye acerca de los CF de personas con enfermedades crónicas en el ámbito hospitalario, a fin de reconocer la dinámica de la relación enfermera y CF en dicho contexto.

## Método

A efectos de indagar sobre el significado que construye el personal de enfermería acerca del cuidador familiar, se partió de la perspectiva de la investigación

cualitativa con un enfoque etnográfico. El propósito de la investigación etnográfica es describir y analizar qué hacen las personas usualmente, así como los significados que dan a ese comportamiento (8).

En relación con la selección de las instituciones donde se llevó a cabo la investigación, se hizo solicitud a cuatro instituciones hospitalarias de los niveles tercero y cuarto de la ciudad de Medellín; pero solo dos de ellas dieron su aval.

Para escoger a los participantes se aplicó el muestreo teórico planteado por Taylor y Bodgan (9) como la selección intencionada de los participantes. En un principio, las investigadoras contactaron a las enfermeras encargadas de labores administrativas de las dos instituciones con las cuales se iba a trabajar, quienes sirvieron de puente entre las investigadoras y los participantes y permitieron el acceso al servicio de hospitalización. Se entrevistaron once personas del equipo de enfermería, que decidieron participar de la investigación de forma voluntaria después de presentarles el proyecto. Se incluyeron siete enfermeras y cuatro auxiliares de enfermería, ya que en las primeras visitas de observación se evidenció la importancia de incluir también dicho personal auxiliar, que tenía contacto directo de forma más permanente con el cuidador familiar.

Las técnicas que se utilizaron fueron: la observación participante, la entrevista no dirigida y las notas de campo. Las observaciones se hicieron durante 50 horas en diferentes momentos de cuidado en las salas de medicina interna, que permitían la estancia de CF en el servicio, utilizando una guía de observación, y se enfocaron en las interacciones del personal de enfermería con el CF. Cabe anotar que las investigadoras participaron del cuidado al enfermo, especialmente en las actividades encaminadas al confort del paciente y la educación al CF, al tiempo que se compenetraban con el personal de enfermería. El análisis de las observaciones permitió verificar y contrastar las opiniones del equipo de enfermería en relación con el CF.

En relación con las entrevistas, se realizaron 13, partiendo de una pregunta orientadora que permitiera a los participantes expresar por asociación libre lo que les significaba el CF en la sala de hospitalización. El número de entrevistas se llevó a cabo hasta la saturación de las categorías, es decir, cuando la información fue repetitiva y similar (10). Dichas entrevistas se realizaron por fuera de la institución y de la jornada laboral para garantizar la privacidad y la disponibilidad de tiempo de los participantes. Cada una duró, en promedio, dos horas. Se transcribieron en el menor tiempo posible para garantizar la confiabilidad de los datos y se almacenaron en medio magnéticos, identificadas con códigos alfanuméricos.

Durante el proceso investigativo, cada una de las investigadoras llevó un cuaderno con notas de campo donde se registró lo observado, sucesos, diálogos, interacciones y espacio físico. También se anotaron los comentarios útiles para el análisis. Para este último se hizo una lectura general de los relatos. Luego, renglón a renglón, de los testimonios, de las observaciones y de las notas de campo se extractaron códigos que se agruparon en categorías, y se procedió a la interpretación de los hallazgos. Con las categorías que emergieron se elaboraron mapas conceptuales con las cuales

se establecieron algunas conexiones lógicas para comprender el significado que construye el personal de enfermería acerca del CF y facilitar así la escritura del informe final.

Para conservar el rigor metodológico se mantuvieron los criterios de credibilidad, que se consiguieron al obtener resultados verídicos y reales sustentados en las entrevistas grabadas, transcritas textualmente, a fin de mantener la fidelidad de las expresiones de los participantes; los criterios de confiabilidad, al mantener la imparcialidad de los investigadores en la interpretación y análisis de la información, y los criterios de transferibilidad, ya que se tuvo en cuenta la posibilidad de aplicación del estudio y de extender los resultados a otros grupos con características similares.

Durante el proceso investigativo se garantizó el cumplimiento de los aspectos éticos, al promover el bienestar de los participantes y minimizar los riesgos derivados de su rol; además, se garantizó la libertad de continuar o retirarse del estudio en cualquier momento, si así decidiera hacerlo, además de aquellos consignados en la normativa para la conducción responsable de la investigación en el contexto colombiano (11). El estudio se clasificó de riesgo mínimo. Se garantizó la confidencialidad de los participantes y las instituciones asignando códigos a cada uno durante el análisis y la elaboración del informe final. Se estableció el compromiso de garantizar la privacidad y la autonomía de los participantes, utilizando los datos con fines académicos; también se contó con el aval de los comités de ética de investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia y de las instituciones donde se recolectó la información. La información se devolvió tanto al personal de enfermería como al comité de investigación de las instituciones.

## **Resultados**

En relación con el contexto en que se llevó a cabo la investigación, es importante anotar que ambas instituciones poseen un modelo de atención centrado en el paciente y la familia y que tenían igual número de enfermeras asignadas por turno en las salas de medicina interna. Las enfermeras realizaban actividades administrativas y asistenciales de mayor complejidad, mientras que las auxiliares de enfermería se encargaban del cuidado directo, la educación al paciente y al CF. Además, en ambas instituciones se contaba con grupos de apoyo para reforzar la educación en el cuidado de situaciones clínicas específicas como: cuidado de heridas, anticoagulación y diabetes. Las normas y políticas de las dos instituciones permitían la presencia del CF en las salas de hospitalización.

Las diferencias en el escenario se daban en la infraestructura física y la disposición de espacios y enseres para garantizar el confort del cuidador durante la estancia hospitalaria. Una de las instituciones tenía salas de espera confortables, habitaciones con sofá cama para el cuidador, televisión, telefonía y cafetería. La otra institución tenía limitaciones para el confort del cuidador, las salas de espera eran pequeñas, no contaba con cafetería y el acceso a los servicios de telefonía y televisión eran limitados.

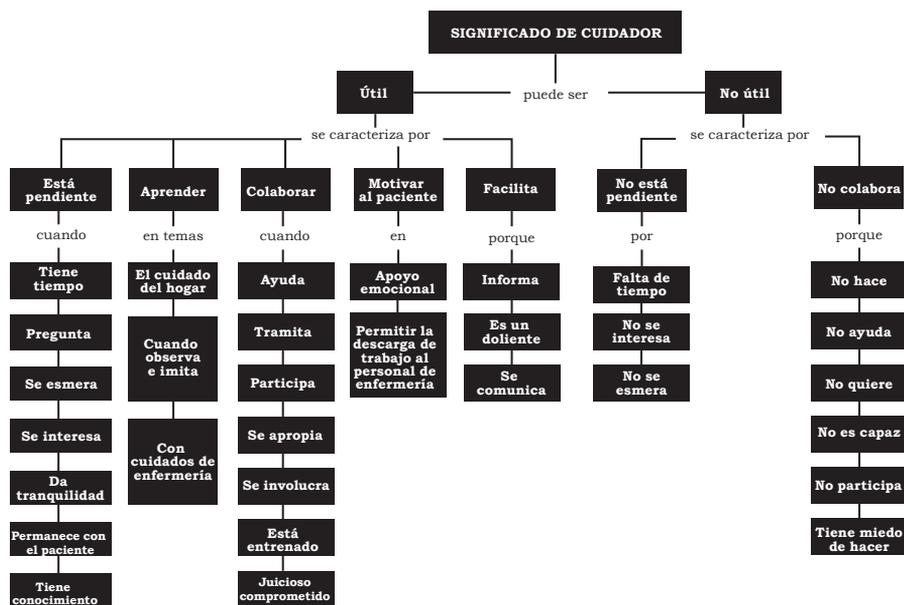


FIGURA 1. El cuidador familiar para el personal de enfermería

FUENTE: investigación *Significados que construye el personal de enfermería sobre los cuidadores familiares de personas hospitalizadas en situación de enfermedad crónica*.

En este estudio se vio que la construcción que hace el personal de enfermería sobre el CF de los pacientes con afecciones crónicas que ingresan a las salas de hospitalización se hizo de manera dicotómica (figura 1). Desde esta óptica, los cuidadores son útiles o no útiles con base en su participación en las labores de cuidado. El contexto de las instituciones no afecta el significado que construye el equipo de enfermería acerca del cuidador, pues a pesar de que las instituciones dispongan o no de recursos locativos que faciliten la estancia del cuidador familiar en el hospital, el personal de enfermería asume una posición similar frente al cuidador familiar en ambas instituciones.

### El cuidador útil

Los participantes valoraron la presencia y consideraban útil al CF, en la medida en que participa de las actividades de cuidado durante el tiempo de hospitalización, tanto básicas como complejas. Dentro de estas actividades consideradas básicas estaban el baño, los cambios de posición, la asistencia en la alimentación y los cuidados de la piel: “Aquí dejamos un acompañante [...] para que lo acompañe, pero también para que ayude para darle la comida, para voltearlo, que si tiene dolor o algún cambio nos avise, porque puede estar más tiempo con el paciente” (E3:16).

La utilidad del cuidador se describe también según los participantes por las características que le atribuyen a este, es decir, estar pendiente, colaborar, motivar al paciente, facilitar el trabajo y preocuparse por aprender. El “estar pendiente” hace referencia al hecho de permanecer con el paciente, preguntar acerca de los cuidados que debe realizar y conocer las necesidades, los cambios del estado de salud y todo lo que le pasa a la persona enferma. “Para mí un cuidador es muy importante, porque es una persona que va a estar pendiente de todo... También es muy importante la colaboración de ellos, a veces el paciente se siente más cómodo estando con su acompañante al lado”. (E10:3)

El cuidador útil es también “muy colaborador”, pues se involucra en actividades con aquellos pacientes dependientes del cuidado; es el que participa, ayuda, se apropia, se involucra, estaba entrenado en actividades de cuidado básicas, cumple con las normas de la institución y obedece las instrucciones que se le dan. “Yo a veces les pido a ellos mucha colaboración, les digo: ‘no dejen bajar a su papá de la cama, téngale la varillita, llévenlos al baño, dele su comidita’” (E10:2).

Como se expresó, según los participantes, el cuidador no solo debe asumir el cuidado básico, sino también el de mayor complejidad como la supervisión de goteos, el cuidado de la gastrostomía, el cuidado de la sonda vesical y de los catéteres, además de identificar cambios y posibles complicaciones para informarlas al personal de enfermería:

A un acompañante se le puede decir: “usted que va a estar más tiempo con el paciente aquí, sentado al lado de él, fíjese si está pasando el medicamento en la vena, que no se vaya a edematizar, que puede ser peligroso, mire que el paciente no presente emesis o sea que no vomite”. (E7:5)

Otra característica es su interés por aprender para cuidar en el hogar, ya sea porque el personal de enfermería, sobre todo la auxiliar, le enseña o porque ve e imita lo que hacen en su diario quehacer. El hecho de que el cuidador se muestre interesado en aprender no solo logra disminuir en parte la sobrecarga laboral del personal de enfermería, sino también que el cuidador conozca lo esencial del cuidado antes del alta hospitalaria, para que no tenga dificultades al cuidar a su paciente en el hogar: “Que cuando se vaya para la casa sepan bañar a la mamá, cambiar el pañal, hacer el masaje, proteger las prominencias óseas, que la camita este bien tendidita, bien templadita, que son cuidados básicos de enfermería” (E10:6).

Como se menciona hasta aquí, el cuidador que reunía los atributos mencionados era considerado útil para los participantes porque, además de alivianar su trabajo, les daba tranquilidad por su comportamiento juicioso y comprometido con el cuidado; por ello también era aceptado y apoyado por el personal:

Les explico mucho para que aprendan y así en los momentos en que uno no pueda estar, porque como son tantos pacientes, a uno no le queda tiempo de estar con todos a la vez, entonces ellos ayudan y si alguna

cosa ya nos llaman o tocan el timbre, por eso les explico, los educo para que se defiendan mientras nosotras no podamos estar ahí. (E13:1)

## El cuidador no útil

En contraste, otros participantes mencionaron características que dan cuenta del cuidador que no es útil como aquel que no colabora, no hace, no participa o no ayuda en actividades de cuidado como el baño, asistencia en la alimentación, cambios de posición, ya sea porque no quiere, les da miedo o no son capaces de realizarlas. “Es que el cuidador que no hace nada, entonces hay que hacer claridad, pues no ayudan a moverlo, no avisan cuando tiene algo, entonces para qué está ahí, que se vaya” (E3:15).

El “no estar pendiente” es otro de los rasgos del cuidador no útil; es aquel que no tenía tiempo para el paciente, no facilitaba el cuidado y no hacía lo que debía hacer para entrenarse para cuidar en el hogar. Entre muchos de los participantes, este cuidador suscitaba apatía, desinterés, quejas o regañños, al punto de ser considerado por algunos un obstáculo dentro del servicio, puesto que les limita el espacio de trabajo: “Estorban cuando están ahí parados y no dicen nada... Ahí sí porque uno ve que no quieren como hacer nada, pero sí estorban porque esas habitaciones son muy chiquitas” (E8:13).

Para otros participantes, el cuidador “no estaba comprometido o no servía” cuando dormía en las noches en vez de estar pendiente del paciente, preguntaba mucho y cuestionaba la labor de enfermería: “Muchos pacientes tienen acompañantes que se lo pasan en otra habitación preguntando qué tiene el paciente de al lado; eso lo convierten en una cocina, ¡mejor dicho!, y pasa mucho, entonces para eso es un gran obstáculo” (E10:15).

En algunas ocasiones, el personal da por sentado que el cuidador debe asumir actividades que le son propias al personal de enfermería. Una de las observaciones al respecto muestra como:

La auxiliar de enfermería entra a la habitación, instala un medicamento venoso al paciente de la cama A y le da instrucciones al cuidador para que le avise cuando termine la infusión. Cuando la auxiliar regresa a la habitación para instalar un medicamento al paciente de la cama B, al ver que la infusión del paciente de la cama A se había terminado y la cuidadora no le avisó dice: “usted es mala cuidadora”; ella responde: “me elevé y no me di cuenta cuándo se acabó”. (O2:6)

Es importante tener en cuenta que el hecho de considerar al CF como útil o no útil está muy relacionado con la asignación del número de pacientes por enfermera y por auxiliar de enfermería durante el turno de trabajo. En la visita a las instituciones observamos que: “en una de las instituciones la enfermera tenía treinta pacientes a su cargo en el turno diurno y sesenta y cuatro en el nocturno” (O1:1). “En la otra institución, la relación es de treinta pacientes para dos enfermeras por turno en el día, una con funciones administrativas y otra con funciones asistenciales durante la mañana” (O3:1). “La

relación de auxiliar de enfermería y paciente es de seis pacientes para cuidado directo, dos de ellas solo para la administración de los medicamentos durante el día. En la noche, la relación cambia, una auxiliar de enfermería para seis pacientes con cuidado integral, incluidos los medicamentos” (O1:1) (O3:1).

## **Discusión**

Son pocos los trabajos de investigación acerca de los CF en que los participantes fueron el personal de enfermería en su interacción con estos, ya que la mayoría de los estudios revisados están más centrados en la relación enfermera-paciente.

El código deontológico de enfermería considera que “el acto de cuidado de enfermería es el ser y la esencia del ejercicio de la profesión y se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano...” (12). Cabe anotar que en este estudio la relación entre personal de enfermería y CF se da en función de la utilidad o no utilidad de dicho cuidador para la realización de las actividades instrumentales del cuidado sin considerar las necesidades de este y que su rol de ayuda va más allá de realizar actividades meramente instrumentales. Según Andrade, la participación que ofrece el CF dentro del hospital no solamente va encaminada a satisfacer las necesidades primarias con el cuidado básico, sino que incluye las de seguridad y colaboración en las medidas terapéuticas; sin embargo, refieren tener escaso apoyo por parte de enfermería y aprender por ensayo y error o viendo a los demás (13). De igual forma, es necesario tener en cuenta que el papel que asume el cuidador familiar en el hospital no es claro para él ni para el personal, porque el primero tiene el sentimiento de que paga por ello y siente miedo de hacerlo mal o de empeorar la situación (14).

La atención de los cuidados en salud dentro del hospital se desarrolla con dos sistemas que no siempre coinciden: el sistema formal (instituciones y equipo de salud) y el sistema informal (familia y cuidadores). Es importante que el personal de enfermería apoyada en la cercanía terapéutica sea capaz de escuchar, entrenar y negociar planes de cuidado individualizados y adaptados a cada realidad para lograr la autogestión y el autocuidado de los pacientes y sus cuidadores (15).

El personal de enfermería es quien define las actividades que el CF puede apoyar durante su permanencia en el hospital. Estas son diversas y van de lo simple a lo complejo, lo cual es coherente con lo expresado por Villar y cols. (14), para quienes las actividades que el cuidador realiza con mayor frecuencia dentro del hospital son: ayudar en la cama, proteger de caídas, acompañar en la noche, ayudar en el aseo personal, brindar información a la enfermera sobre cambios de salud y ayudar con la medicación. Otros autores plantean “La gran demanda de servicios hospitalarios por parte de personas con cierto déficit de cuidado y la escasa estructura de recursos humanos para la salud hacen necesaria la presencia del familiar o amigo que pueda coadyudar en la demanda de cuidados” (16).

Aquí el cuidador solo es tomado en consideración en la medida que presta cuidados a su familiar enfermo; esto puede pasar con alguna frecuencia, debido a la sobrecarga laboral y la concepción que el personal de

enfermería tiene sobre el cuidador familiar como su colaborador y aliado en el trabajo. De esta manera, bañar al paciente, asistirlo en la alimentación, cambiarlo de posición, vigilar las infusiones, medir la eliminación, estar atento a los cambios en el estado de salud y avisar se convierten en una ayuda que le permite a la enfermera realizar tareas que no puede delegar como los registros en la historia clínica, la administración de medicamentos parenterales, procedimientos que requieren mayor entrenamiento. En ese orden de ideas, Alcaraz menciona que los profesionales de enfermería “diluyen su trabajo diario en las funciones de coordinación de los servicios y en las actividades médicas delegadas, además de otras actividades que nada tienen que ver con el cuidado de los pacientes; reconocen que es muy poco el tiempo disponible para dar cuidado directo” (17).

Según las participantes, si el cuidador es útil, se da una mejor relación entre ambos y, como recompensa, el personal de enfermería permite y facilita su permanencia en la institución, le enseña, lo prepara, lo involucra poco a poco en las actividades de cuidado y lo exalta en su rol de cuidador.

Esta es la razón por la que, según De la Cuesta (18), el interés de las enfermeras por los cuidadores familiares se fundamenta, principalmente, en que continúan y refuerzan los cuidados que ellas no pueden realizar por “falta de tiempo”, lo que crea un interés secundario por el cuidador como recurso o colaborador:

[...] una de las relaciones que establecen los profesionales con los cuidadores, es aquella en que lo ve como recurso. Aquí el interés primordial del profesional está en la persona dependiente de cuidado, la atención que proporciona al cuidador esta direccionada a suplir sus deficiencias y el cuidador es visto como un medio para un fin, una ayuda para proporcionar cuidados. (18)

En contraste, es importante que los profesionales de enfermería comprendan las situaciones por las que atraviesa el cuidador familiar y aborden esta problemática planteando estrategias que promuevan su bienestar y disminuyan los factores estresantes, ya que la familia representa la mayor parte del contexto del paciente y es un sistema de apoyo en épocas de crisis (19).

Algunos de los participantes no tienen en cuenta al CF por considerarlo poco útil o un estorbo; por lo tanto, lo pasan por alto o lo aíslan y limitan su acceso a la habitación del paciente a las horas de visita. Este tipo de cuidadores familiares, como lo reporta Andrade, “tienden a aprender solos y por medio del sistema de acierto y error” (13).

En consecuencia, para el personal de enfermería, el CF cae en la categoría de proveedor de cuidado sin considerar si posee habilidades y destrezas, o si su estado de salud es óptimo para esta labor, y cuando las demandas de cuidado exceden los recursos disponibles, puede presentar sobrecarga y estrés (20). No es infrecuente que

[...] el cuidador se ve enfrentado a múltiples sentimientos, miedo y ansiedad por la condición de su ser querido enfermo y por enfrentarse a

lo inesperado, impotencia de querer hacer y no poder, incertidumbre sobre el futuro propio y del ser cuidado, soledad, frustración, rabia y culpa por la adversidad y complejidad de la situación. (21)

Es claro que el personal de enfermería debe considerar que, para asegurar el cuidado requerido por los pacientes durante su hospitalización y en la casa, el cuidador debe adquirir habilidades y destrezas, pero también requiere apoyo emocional que le procure mantener la salud mental (20). Es importante la evaluación integral de la familia para una intervención efectiva del paciente y la formación personalizada del cuidador basada en sus fortalezas y debilidades, reconociéndolos como un componente esencial del sistema de cuidado de la salud, aceptando sus potencialidades y limitaciones y dando herramientas para mejorar sus habilidades en el cuidado (22,23).

De conformidad con lo anterior, es mandatorio lograr una mirada más humana del CF, lo que exige una conducta ética del cuidado. Para Romero y Gutiérrez, la conducta ética no es espontánea e irreflexiva; tampoco es una actitud innata, necesita un aprendizaje en el ámbito familiar y escolar; así mismo, la auténtica mirada ética se da desde la comprensión, la aceptación y el reconocimiento del otro; de su situación particular como una forma, no de legitimar, sino de valorar la presencia del otro (24). Se requiere un cambio a partir del cual la enfermera asuma su función de líder del grupo de trabajo y considere las necesidades del CF, pues el apoyo a estas personas es fundamental en momentos de gran susceptibilidad y será efectivo si va precedido de un entendimiento de lo que le sucede y un objetivo que contribuya al bienestar y mantenimiento de la salud de este importante recurso.

El personal de enfermería debe centrar sus esfuerzos en ayudar y formar al cuidador en su tarea atendiendo las necesidades de la persona enferma y del cuidador familiar, promoviendo el autocuidado y ofreciéndole ayuda formal que considere las múltiples dimensiones del ser humano.

Las actitudes del personal de enfermería hacia los CF dependen de las actividades realizadas por ellos, de las relaciones que se dan entre sí y de los factores y condiciones de las interacciones vividas. En esta investigación, el personal de enfermería considera al cuidador un receptor de información y de instrucciones para aquellas actividades instrumentales de cuidado que son básicas y permiten una descarga laboral, para un personal muchas veces insuficiente en las instituciones de salud.

## Conclusiones

La construcción que tanto enfermeras como auxiliares de enfermería hacen sobre el CF de pacientes hospitalizados con afecciones crónicas fue desde la óptica de los cuidadores útiles o no útiles, con base en su participación en labores de cuidado directo durante la estancia hospitalaria. Es necesario un cambio en la mirada hacia el CF, en la cual se considere la importante labor que realizan en el ámbito hospitalario, lo que deberá traducirse en inclusión de políticas institucionales que reconozcan al CF desde diferentes miradas:

- El contexto hospitalario no condicionó el significado que construye el personal de enfermería acerca del CF, pues si bien el modelo de

cuidado en ambas instituciones está centrado en el paciente y la familia, el CF es utilizado por el sistema de salud como recurso alternativo de cuidado, sin considerar sus necesidades y vulnerabilidad en el ambiente hospitalario. En ese sentido, el acompañamiento del personal de enfermería al CF es clave y las instituciones de salud deberán repensar el espacio que se le ofrece al cuidador familiar e incluir protocolos dentro de la cultura organizacional que den cuenta del sistema que pretende poner en el centro de la atención al paciente y la familia.

- Los CF son importantes según los relatos del personal de enfermería; pero la relación que se establece con ellos está condicionada por la sobrecarga de trabajo, la escasez de personal y la falta de tiempo que los lleva muchas veces a delegar en estas actividades propias de su rol. Es importante, desde la formación de recurso humano en salud, considerar la importancia de los CF, reconocer su participación directa en los cuidados de los enfermos crónicos, así como su papel en la recuperación, bienestar, acompañamiento de las personas enfermas. Este último considerado una actividad trascendental pero lamentablemente invisible.

### **Conflicto de interés**

Ninguno de los autores manifiesta conflicto para la publicación de este manuscrito.

### **Financiación**

Financiación: Vicerrectoría de Investigación y Comité para el Desarrollo de la Investigación (CODI) de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Recibido: 15 de enero de 2015. Aprobado: 23 de junio de 2015.

### **Referencias**

1. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre las enfermedades transmisibles [internet]; 2013 [citado 2014 ene 24]. Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable\\_diseases/es/](http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/)
2. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Enfermedades crónicas no transmisibles [internet]; 2013 [citado 2014 ene 24]. Disponible en: [http://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_content&view=category&sectionid=96&id=815&Itemid=338](http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=category&sectionid=96&id=815&Itemid=338)
3. Moiso A. Enfermedades crónicas no transmisibles: el desafío del siglo XXI [internet]. La Plata: Universidad Nacional de la Plata; 2007. p. 265-90 [citado 2014 abr 27]. Disponible en: [http://inus.org.ar/documentacion/Documentos%20Tecnicos/Fundamentos\\_de\\_la\\_salud\\_publica/cap\\_10.pdf](http://inus.org.ar/documentacion/Documentos%20Tecnicos/Fundamentos_de_la_salud_publica/cap_10.pdf)
4. Rivas JC, Ostiguin RM. Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico? Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM [internet]; 2011 [citado 2015 may 14];8(1):49-54. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu111g.pdf>

5. Bail V, Vidal V, Rigueiral G. *Ámbito comunitario: familia y enfermedad crónica* [internet]. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires [citado 2015 abr 27]. Disponible en: [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/practicas\\_profesionales/632\\_ambito\\_comunitario/material/intervencion\\_comunitaria.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/632_ambito_comunitario/material/intervencion_comunitaria.pdf)
6. Achury D, Castaño HM, Gómez LA, Guevara NM. Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Investig Enferm. Imagen Desarr* [internet]. 2011 [citado 2015 may 14];13(1):27-46. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Enfermeria/revista1/files/136.pdf>
7. Pedregosa G, López-Sáez A, Capilla C, Correa A, Geidel B. La valoración en el síndrome del cuidador. *Desarrollo Cientif Enferm* [internet]. 2011 [citado 2015 may 15];19(3):102-6. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-102.pdf>
8. Álvarez-Gayou JL. *Cómo hacer investigación cualitativa: fundamentos y metodología*. México: Paidós Ibérica; 2003. p. 76.
9. Taylor SJ, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós; 1994. p. 58-61.
10. Morse JM. The significance of saturation. *Qual Health Res*. 1995;5(2):147-9.
11. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430/1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la administración en salud [internet]. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud; 1993 [citado 2015 jun 2]. Disponible en: [http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite\\_de\\_etica/Res\\_\\_8430\\_1993\\_-\\_Salud.pdf](http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf)
12. República de Colombia. Ley 911/2004 de 5 de octubre de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario y se dictan otras disposiciones [internet]. Santafé de Bogotá: Tribunal Nacional Ético de Enfermería; 2004 [citado 2015 jun 20]. Disponible en: [http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=46&Itemid=59](http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=59)
13. Andrade RG. Experiencia de los cuidadores de enfermos crónicos en el hospital. *Enf Neurol*. 2010;9(1):54-8.
14. Villar R, Pancorbo PL, Jiménez MC, Cruz A, García RP. Qué hace el cuidador familiar en el hospital: cómo se ve a sí mismo y cómo lo ven los profesionales. *Gerokomos*. 2012;23(1):7-14.
15. Ferrer C, Fernández M, Santamaría JM, Salazar R. El valor del cuidado de enfermería en el paradigma de la cronicidad y la dependencia: nuevos roles y rediseños. *Invest Educ Enferm*. 2014;32(3):488-97.
16. Ambriz MC, Villalobos LM, Gallegos RM, Xequé AS, Hernández MA, Palome G. Perfil del cuidador principal y su relación con el cuidado del personal de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2014;22(3):123-9.
17. Alcaraz G, Zapata M, Gómez M, Tavera E. Funciones del profesional de enfermería en salas de hospitalización de adultos: tratando de dar cuidado directo. *Rev Invest Educ Enferm*. 2010;28(1):43-53.

18. Cuesta Benjumea C de la. Familia y cuidados a pacientes crónicos: el papel de la enfermera en el cuidado familiar. *Index Enferm.* 2001;10(34):20-6.
19. Mejías M, Delgado H. Interacción del personal de enfermería con los familiares del paciente politraumatizado y su relación con el nivel de estrés de los familiares. *Revista Electrónica Portales Médicos* [internet]. 2010 [citado 2015 jun 2]. Disponible en: [http://www.salamandra.edu.co/fileadmin/documentos/articulos\\_academicos/Enfermeria.pdf](http://www.salamandra.edu.co/fileadmin/documentos/articulos_academicos/Enfermeria.pdf)
20. De la Cuesta C. El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. *Invest Educ Enferm.* 2007;(25)1:106-12.
21. Carreño SP. Metasíntesis de calidad de vida en cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica [tesis de maestría, Enfermería]. Bogotá: Universidad de Colombia, Facultad de Enfermería; 2012.
22. Pinto N. Cuidar en el hogar a personas con enfermedad crónica, su familia y cuidador. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia-Facultad de Enfermería; 2010.
23. Díaz E, Mendoza S, Sáenz K. Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadoras/es informales de personas dependientes. *Enfermería Global.* 2015;38:235-48.
24. Romero E, Gutiérrez M. La idea de responsabilidad en Lévinas: implicaciones educativas. Documento procedente del XII Congreso Internacional de la Teoría de la Educación [internet]. Universidad de Barcelona; 2011 [citado 2013 nov 26]. Disponible en: <http://www.cite2011.com/Comunicaciones/A+R/139.pdf>

