

Perfil del cuidador principal y su relación con el cuidado del personal de enfermería

María Concepción Ambriz-López,¹ Luz María Villalobos-Arámbula,¹ Ruth Magdalena Gallegos-Torres,¹ Ángel Salvador Xequé-Morales,¹ Ma. Alejandra Hernández-Castañón,¹ Gabriela Palomé-Vega¹

¹Maestría en Ciencias de Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro, México

Palabras clave:

Cuidadores
Psicología
Atención de enfermería
Personal de enfermería

Resumen

Introducción: los cuidados proporcionados por personas ajenas al equipo de salud suelen pasar desapercibidos; sin embargo, no se puede negar que su ayuda es muchas veces insustituible y sus actividades van más allá de proporcionar afecto al enfermo hospitalizado.

Objetivo: determinar el perfil del cuidador principal y su relación con el cuidado que el personal de enfermería ofrece a pacientes hospitalizados de un hospital general de Manzanillo, Colima.

Metodología: se realizó un estudio correlacional, prospectivo y transversal. La muestra estuvo constituida por 117 sujetos. Se utilizó una adaptación validada del instrumento de Aurora Quero Rufián, el cual se aplicó mediante entrevista al cuidador principal, teniendo previamente identificadas las 15 necesidades de cuidado del paciente hospitalizado.

Resultados: el promedio de edad del cuidador fue de 39.08 años (DE \pm 13.22 años); 86.3 % eran mujeres. En cuanto a la escolaridad, prevaleció la educación primaria y secundaria con 70.9 %. En el 67.5 % de los casos, el cuidador vivía con el paciente, y 30.8 % era esposo(a) o pareja. Respecto al paciente, 53.8 % eran hombres y 50.4 % se encontraba hospitalizado en Medicina Interna; en la evaluación de 15 necesidades de cuidado, los cuidadores (65 %) consideraron que las tareas propias del cuidado debían ser realizadas por ellos; el resto refirió que debían efectuarlas el personal de enfermería.

Conclusiones: se aprecia el deslinde de responsabilidad de enfermería hacia el cuidador, quien deberá ser entrenado al alta del paciente para evitar recaídas o complicaciones; no se debe olvidar que el responsable de otorgar los cuidados durante la estancia hospitalaria debe ser el equipo de enfermería.

Keywords:

Caregivers
Psychology
Nursing care
Nursing staff

Abstract

Introduction: The care provided by persons not belonging to the health team goes unnoticed; however, it cannot be denied that help given by these people is often irreplaceable and their activities go beyond providing endearment to the hospitalized patient.

Objective: To determine the primary caregiver's profile and its relationship with the care provided by nurses to the inpatients of a general hospital in Manzanillo, Colima, México.

Methodology: A correlational, prospective and cross-sectional study was performed. The sample consisted of 117 subjects. We validated and used an adapted instrument, based on the proposed by Aurora Quero Rufián. This instrument was applied through direct interview to the primary caregiver. In order to do this, we previously identified 15 care needs of the inpatient.

Results: The average age was 39.08 years (SD \pm 13.22 years); 86.3 % were females. About schooling, primary and secondary education prevailed with 70.9 %. In 67.5 % of the cases, the caregiver lived with the patient, and 30.8 % was spouse or partner. Regarding the patient, 53.8 % were men and 50.4 % were inpatients in Internal Medicine service. When the assessment of the 15 care needs was done, 65 % of the caregivers considered that the tasks had to be carried out by them; the remaining 35 % referred that those tasks should be made by the nursing staff.

Conclusions: The boundaries of responsibility between the nursing staff and the caregiver are clearly set out, despite the caregivers should be trained to the inpatient discharge in order to prevent relapse or complications. We must not forget that the responsible to provide cares during hospitalization should be the nursing staff.

Correspondencia:

María Concepción Ambriz López

Correo electrónico:

connie-manzanillo@hotmail.com

Fecha de recepción: 19/11/2013

Fecha de aceptación: 01/08/2014

Introducción

El cuidado se considera una tarea abnegada y llena de entrega. En 1995 Waldow lo definió como el comportamiento y las acciones que envuelven conocimientos, valores, habilidades y actividades emprendidas en el sentido de suministrar las potencialidades de las personas para mantener o mejorar las condiciones humanas en el proceso de vivir y morir.¹

La relación de ayuda del profesional de enfermería se sustenta en el cuidado a la salud de otros, proceso interactivo que se da entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecerla, con lo que interactúan en esta dinámica compartida una serie de sentimientos, emociones, creencias, valores, conocimientos, vivencias, experiencias de salud anteriores y mecanismos de afrontamiento a situaciones de salud difíciles en particular. En este sentido es que se debe proporcionar un amplio asesoramiento en relación con los conceptos y métodos de las ciencias de la salud para promover, proteger, prevenir, mantener y restaurar la salud, tanto a la persona receptora del cuidado como al cuidador informal.²

Los cuidados que son proporcionados por aquellas personas que no pertenecen al equipo de salud de las instituciones sanitarias pasan generalmente desapercibidos; sin embargo, no se puede negar que su ayuda es insustituible y estas actividades van más allá de solo proporcionar afecto al enfermo hospitalizado. Así, puede entenderse como cuidador familiar hospitalario (o cuidador principal) a aquella persona que, unida por vínculos de parentesco directo, asume la responsabilidad de atender las necesidades de la persona hospitalizada, la cual presenta una situación de dependencia; esto se traduce en una presencia física casi permanente en el entorno hospitalario, junto con el paciente.^{3,4}

Los cuidados se clasifican en informales y formales. En particular, los informales son otorgados al paciente por familiares directos, vecinos, amigos, compañeros de trabajo e incluso voluntarios, ya que debido a su edad o patología el paciente requiere de ellos. Por sus características, estos cuidados no son de carácter institucional y por ellos los cuidadores no reciben remuneración económica; se asientan principalmente en relaciones personales o de parentesco que se dan entre un grupo de red reducido. La actividad principal es la compañía. Entre algunas de las dificultades por parte del familiar para otorgar los cuidados están la sobrecarga, el desconocimiento y el miedo ante el enfermo, además de la repercusión laboral y social.^{3,5,6} Diversos estu-

dios coinciden en que la mujer figura como la que más participa como cuidadora principal,^{2,3} ya que generalmente está dedicada al hogar y su parentesco con el paciente es principalmente de tipo conyugal, o bien suele ser la madre o hija.

El aumento en la demanda de servicios de salud por parte de la población con enfermedades crónico-degenerativas en los últimos años ha obligado a las instituciones de salud a implementar estrategias como el alta temprana ante un puerperio de bajo riesgo y la cirugía ambulatoria, entre otras.⁶ Por lo tanto, la participación del familiar en el cuidado del paciente es obligada, no solo en el hospital sino también en el hogar, lo cual ha creado necesidades de capacitación en programas ambulatorios, como, por ejemplo, en el caso de la diálisis peritoneal ambulatoria en enfermos con insuficiencia renal crónica.

Como cuidador principal, el familiar requiere de atención específica por parte de los profesionistas de la salud, a fin de que pueda convertirse en un personaje colaborador efectivo en la recuperación de la salud o en el mejoramiento de esta, tanto en el ámbito hospitalario como en el domicilio, cuando el paciente sea dado de alta. Así, el objetivo de esta investigación fue determinar el perfil del cuidador principal y su relación con el cuidado del personal de enfermería en pacientes hospitalizados del hospital general de zona 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Manzanillo, Colima.

Metodología

Se realizó un estudio de tipo correlacional. La población del estudio se conformó por todos los familiares de los pacientes hospitalizados en todos los servicios del hospital mencionado. El tamaño de la muestra se determinó a partir del número de egresos mensuales en la institución. Con la fórmula para poblaciones finitas resultó un total de 126 familiares cuidadores. Se recabó la información en un periodo de tres meses. Los cuidadores fueron elegidos con base en los siguientes criterios: cuidador principal que acompañara al paciente hospitalizado con una estancia mayor a las 24 horas y aceptara participar en el estudio. No se tomaron en consideración aquellos cuidadores informales cuyo paciente fuera egresado a otra unidad médica hospitalaria. Se excluyeron del estudio aquellas encuestas con datos incompletos en la sección de necesidades de cuidado del paciente.

Con base en la operacionalización de variables, el instrumento utilizado fue adaptado del propuesto por Aurora Quero Rufián,³ del estudio *Perfil y realidad social de los*

cuidadores familiares en un hospital de traumatología y rehabilitación. Se ajustó principalmente el lenguaje del instrumento al contexto del lugar donde se llevó a cabo el estudio. Una vez hecho lo anterior, se realizó una prueba piloto en 10 familiares cuidadores de pacientes hospitalizados en la institución durante el 2010. El levantamiento de datos definitivo se llevó a cabo en 2011, para lo que se solicitó la aprobación del proyecto por las autoridades de la institución hospitalaria. El protocolo fue evaluado y aprobado por el Comité de Investigación del Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro.

La información fue recolectada mediante la técnica de entrevista al familiar, llevada a cabo por parte del investigador principal y un pasante de licenciatura en enfermería capacitado para este fin, previa identificación de 15 de las necesidades de cuidado del paciente (contenidas en el instrumento). De estas, la 1, 2, 3, 4 y 7 correspondieron a la higiene personal; la 5 y 6 a la eliminación; la 8 a la alimentación y a la nutrición; la 9, 10, 14 y 15 a la movilización y al confort; la 11 al acompañamiento-entretenimiento; la 12 y la 13 a la terapéutica médica. Cabe señalar que a cada cuidador se le entregó el consentimiento informado, y que el tiempo promedio de aplicación del instrumento fue de 15 a 20 minutos.

Los resultados obtenidos se analizaron con el paquete estadístico SPSS, versión 17, y a cada una de las variables de estudio se le aplicó frecuencia, porcentaje y desviación estándar, por lo que en este primer reporte se entrega solo la descripción de los resultados más relevantes, por ser estos de gran interés.

El proyecto se apegó a los principios éticos y normativamente a la Ley General de Salud en su Título Quinto, relacionado con la investigación para la salud, en el capítulo único, artículos 96, 98, 100 y 103.

Resultados

Se entrevistó a 126 cuidadores de pacientes hospitalizados en la institución de salud ya señalada. Los datos procesados fueron 117, por contar con la información completa en los cuestionarios.

La edad promedio de los 117 cuidadores fue de 39.08 (± 13.22); 86.3 % de ellos eran de sexo femenino; prevaleció la escolaridad de formación primaria y secundaria en el 70.9 %. En 67.5 % de los casos, el cuidador vivía con el familiar (paciente). El 30.8 % de los cuidadores era esposo(a) o pareja del paciente, 24.8 % padre/madre y

23.9 % hijo/hija. De estos, el 34.2 % tenía una ocupación fija, aunque el 49.6 % era ama de casa.

Con respecto al paciente sujeto de cuidado, tenía una edad promedio de 50.59 (± 23.69), de los cuales 53.8 % eran hombres y el 50.4 % se ubicó en el servicio de Medicina Interna; asimismo, se encontró que 30.8 % de estos eran empleados fijos, de los que el 32.5 % trabajaba fuera del hogar. En relación con los ingresos percibidos mensualmente por el cuidador principal, el 64.9 % de ellos se englobaron en tres grupos: de \$ 2001 a \$ 4000 (22 %), de \$ 4001 a \$ 6000 (22 %) y de \$ 6001 a \$ 8000 (21 %); al contrastarlo con el salario mensual que se percibía en el hogar del paciente, el 21 % correspondió a los grupos de \$ 2000 o menos, y de \$ 4001 a \$ 6000, y se encontró que solo en ocho de los hogares se percibían más de \$ 15,000 mensuales. Respecto a la cantidad a la que ascendían los gastos mensuales del cuidador principal, relacionados con transporte, ropa, alojamiento, alimentación, jornadas de trabajo y pérdidas, 33 % señaló que entre \$ 4001 y \$ 6000, y 35 % que entre \$ 6001 y \$ 8000. En el análisis de correlación con la prueba Rho de Spearman entre las variables del ingreso percibido por el cuidador y el incremento mensual estimado, el resultado fue significativo al nivel 0.01 y al aplicar esta misma prueba entre los ingresos percibidos en el hogar del paciente y el incremento mensual de gastos estimados igualmente fue significativo con el nivel 0.05. El 70.9 % de los pacientes radicaba en Manzanillo al momento del estudio.

Los pacientes estuvieron hospitalizados un promedio de 4 días (± 3) y los cuidadores invirtieron un promedio de 16.7 horas (± 6.6 horas) por día en su cuidado y el 65 % refirió que recibía apoyo de otras personas para esta labor.

A la evaluación de las 15 necesidades de cuidado que presentaron los pacientes hospitalizados, el 65 % consideró que debían ser realizadas por el cuidador principal y el resto (35 %) refirió que las debe efectuar el personal de enfermería. Destacaron, entre otros procedimientos, la vigilancia de venoclisis y la administración de medicamentos en 93 % y 92 %, respectivamente, seguidos de la necesidad de movilización en cama (52 %), dar masaje (47 %) y la colocación del cómodo en el 39 % (cuadro I). A la pregunta sobre si recibieron orientación por parte de los profesionales de enfermería para llevar a cabo las actividades de cuidado general, solo 26 % la recibió.

En lo referente a si el cuidador recibió instrucciones del personal de enfermería para el otorgamiento de los cuidados al paciente, 74 % respondió que no; únicamente se le orientó en cómo dar masaje para favorecer la circula-

Cuadro I. Quince necesidades de cuidado identificadas en el paciente hospitalizado que realiza el cuidador y que considera que deben ser realizadas por el personal de enfermería						
Necesidad	Realizada por el cuidador	%	Considera debe ser realizada por enfermería	%	Total	%
Peinarlo, lavarle la cara, lavarle los dientes	81	86	13	14	94	100
Afeitarlo	6	86	1	14	7	100
Bañarlo en la cama	14	67	7	33	21	100
Bañarlo en la regadera	59	75	20	25	79	100
Colocarle el orinal/cómodo	36	61	23	39	59	100
Acompañarlo al baño	67	88	9	12	76	100
Vestirlo	55	81	13	19	68	100
Alimentarlo	53	87	8	13	61	100
Ayudarlo a levantarse de la cama	71	80	18	20	89	100
Ayudarlo a deambular	75	99	1	1	76	100
Acompañarlo/entretenerlo	102	94	6	6	108	100
Darle el medicamento o vigilar que lo tome	9	8	98	92	107	100
Vigilar la venoclisis	8	7	100	93	108	100
Darle masaje	37	53	33	47	70	100
Moverlo en la cama	36	48	39	52	75	100
Total	709	65	389	35	1098	100

*Fuente: instrumento aplicado a 117 cuidadores principales

lación y dar confort (97 %), cómo alimentar al paciente (92 %), darle el medicamento o vigilar que se lo tomara (89 %), movilizarlo en cama (81 %) y cómo bañarlo en cama (71 %) (cuadro II).

En cuanto a cómo le afecta al cuidador estar ausente de su hogar o trabajo para proporcionar los cuidados, el 64 % respondió que no le permite cumplir con sus actividades cotidianas, 62 % señaló que le resta intimidad, 43 % que repercute en su vida social y 39 % dijo que veía dañada su salud.

En lo referente a cómo se ve afectado el aspecto económico en el cuidador, el 56 % respondió que se incrementaron sus gastos por jornadas perdidas y solicitud de permisos, o pagó para que alguien cubriera su trabajo; 79.5 % refirió gastar mayor cantidad de dinero en transporte público y 38.5 % gastó en artículos para el cuidado, como pañales, toallas húmedas para limpieza, cremas corporales, etcétera.

Respecto a la ayuda que recibe el familiar para atender al paciente, los cuidadores señalaron que la reciben en 13.7 % para el afeitado, 15.4 % para el baño en regadera, 17.9 % para el baño en cama, 21.4 % para dar masaje, 24.8 % para peinar, lavar la cara y dientes, 29.9 % darle la comida, 30.8 % como apoyo al vestir, 32.5 % para colocar el cómodo, 34.2 % para acompañar al sanitario, 36.8 %

pasear o mover al paciente en la cama, 47.9 % ayudarlo a levantarse, 59 % acompañar/entretener al paciente, 59.8 % vigilar los sueros y 60.7 % dar medicamentos o vigilar que el paciente los tome (figura 1).

Discusión

El perfil preponderante del cuidador principal coincidió con el de otros autores en el predominio de la mujer en el cuidado.^{2,3,7} La edad promedio de los cuidadores fue de 39 años, inferior a lo reportado en otras investigaciones.^{2,3,5,11} Se encontró que el 67.5 % viven bajo el mismo techo que el paciente frente al 72 % de lo reportado por Quero Rufián.³ La consanguinidad que guardan sigue siendo de primer grado con 38.7 % esposa(o), 24.8 % madre-padre y 23.9 % hija-hijo, porcentajes inferiores en relación con otros estudios.^{3,5} Lo descrito anteriormente guarda estrecha relación con los patrones socioculturales de la población mexicana, puesto que las mujeres asumen principalmente el rol de cuidadoras, previamente asignado por su rol de madres. El nivel de escolaridad en su mayoría fue de educación primaria y secundaria (70.9 %), contrario a lo reportado en un estudio similar en Cuba, en el cual predomina el grado universitario con un 49.2 %.⁸ Los ingresos mensuales en quienes tenían una ocupación fija fueron de 23.1

Cuadro II. Quince necesidades de cuidado otorgadas al paciente hospitalizado por el cuidador y respuesta a si este recibió instrucciones para ello por el personal de enfermería						
Necesidad del paciente	Sí	%	No	%	Total	%
Peinarlo, lavarle la cara, lavarle los dientes	23	28	58	72	81	100
Afeitarlo	1	86	5	14	6	100
Bañarlo en la cama	2	29	5	71	7	100
Bañarlo en la regadera	24	41	35	59	59	100
Colocarle el orinal/cómodo	10	27	27	73	37	100
Acompañarlo al baño	24	36	43	64	67	100
Vestirlo	20	36	35	64	55	100
Alimentarlo	3	8	33	92	36	100
Ayudarlo a levantarse de la cama	24	34	47	66	71	100
Ayudarlo a deambular	29	39	46	61	75	100
Acompañarlo/entretenerlo	1	1	81	99	82	100
Darle el medicamento o vigilar que lo tome	1	11	8	89	9	100
Vigilar la venoclisis	5	57	3	43	7	100
Darle masaje	1	3	36	97	37	100
Moverlo en la cama	7	19	29	81	36	100
Total	175	26	491	74	666	100

*Fuente: instrumento aplicado a 117 cuidadores principales

% para quienes percibían entre \$ 2000 y \$ 4000, de 22.2 % entre \$ 4001 y \$ 6000, y de 20.5 % entre \$ 6001 y \$ 8000; al comparar los datos con otro estudio similar³ estos son inferiores, ya que reportan ingresos entre 600 y 1200 euros (\$ 9816 y \$ 19.632).

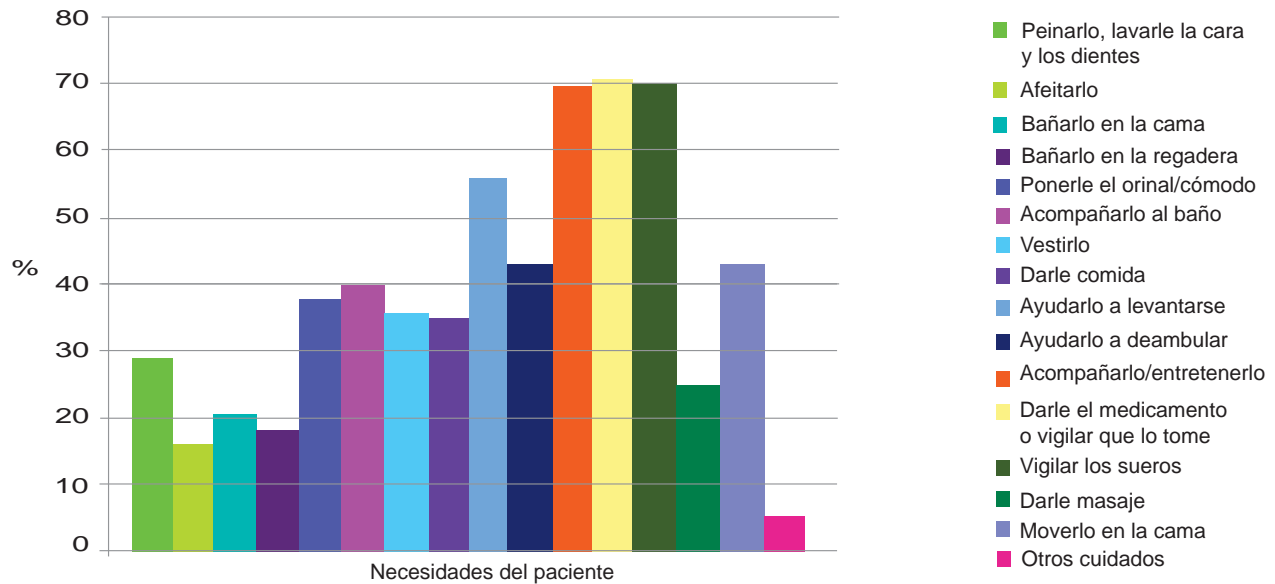
Respecto al perfil del paciente sujeto de cuidados, coincide con lo encontrado en otros estudios. Los pacientes tenían una edad promedio de 51 años, y más de la mitad (53.8 %) eran hombres.^{3,10} En lo relativo a la actividad laboral 30.8 % tenía un empleo fijo y 32.5 % trabajaba fuera del hogar y era aún activo económicamente, contrario a lo referido en otro estudio;³ sin embargo, la percepción económica entre los que aún laboraban fue alta, ya que 53.6 % de ellos recibía entre \$ 9816 y \$ 19.632.

De las 15 necesidades de cuidado tomadas en cuenta en este estudio, las seis actividades que los cuidadores principales consideraron que deben ser realizadas por el personal de enfermería son la vigilancia de venoclisis (93 %), la administración de medicamentos (92 %), cerciorarse de que el paciente tome los medicamentos (52 %), la movilización en cama (47 %), dar masaje (39 %), la colocación del cómodo y el baño en cama (33 %). Aun cuando no se manejan porcentajes en otros estudios similares, estos mencionan igualmente que esas actividades deben ser realizadas por personal auxiliar.⁷

Las cinco necesidades que resultaron ser más aceptadas para ser realizadas por los cuidadores principales fueron: ayudar al paciente a deambular; acompañarlo/entretenerlo; acompañarlo al WC; ayudarlo en la alimentación; y peinarlo, lavarle la cara y los dientes. Estas coinciden con actividades asumidas por los cuidadores.^{3,7,9} A la misma pregunta realizada sobre si les fue proporcionada algún tipo de información o entrenamiento por parte de los profesionales de enfermería en estas cinco necesidades, las cuales son mayormente aceptadas para ser llevadas a cabo por el cuidador principal, la respuesta fue negativa. Esto coincide con lo publicado en varios artículos similares, ya que hace referencia a la responsabilidad que asumen los cuidadores primarios sin objetar la carga e implicaciones que conlleva el cuidado.¹¹ Al considerar si recibieron algún tipo de instrucción en la totalidad de las 15 necesidades de cuidado, en el 74 % la respuesta fue similar y en otros dos estudios se respondió negativamente a esta misma pregunta, con un 96 % y 82.6 %.^{2,9}

Otro de los rubros considerados para el cuidador fue cómo le afecta estar ausente de su hogar o trabajo para proporcionar los cuidados al paciente. En ese sentido, los cuidadores refirieron que les resta intimidad (62 %), que repercute en su vida social (43 %), y que demerita su salud (39 %).³

Figura 1. Apoyo de otros cuidadores informales que apoyan al cuidador principal en el cuidado de las necesidades del paciente



*Fuente: instrumento aplicado a 117 cuidadores principales

El aspecto económico en el cuidador también se ve afectado, ya que, dada la necesidad de solicitar permisos o ausentarse de su trabajo, se incrementan los gastos considerablemente (hay más gastos debido al mayor uso del transporte y a la compra de diversos artículos relacionados principalmente con la higiene y la limpieza, de los que se carece en la institución hospitalaria).

Conclusiones

Como ya se ha mencionado, a la persona que asiste o cuida a otra que se ve afectada por cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que no le permita el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales, esté o no presente alguna enfermedad, se le conoce como cuidador.⁸ Este proceso de cuidar, el cual es compartido en los hospitales, principalmente con los profesionales de enfermería, constituye una carga para los cuidadores, ya que estos son requeridos por las demandas de atención del paciente. A esto se agrega la falta o ausencia de orientación y entrenamiento por parte de los profesionales de la salud para proporcionar los cuidados específicos, según la condición física y psicológica de cada paciente, y sus necesidades ante problemas de salud reales o de alto riesgo.

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 “coadyuvar en la demanda de cuidados”, colaborando en la provisión de ellos. Sin embargo, como se ha podido demostrar en este y otros estudios,^{3,8,11} los cuidadores no cuentan con los conocimientos ni las habilidades necesarias para proporcionar un cuidado óptimo ante la ejecución de aquellas tareas que se consideran propias de enfermería.

Educar es una de las tareas principales del profesional de enfermería. Esta acción debe ser considerada en todos aquellos hospitales que permiten la estancia-asistencia del familiar o persona cuidadora del paciente hospitalizado.

¿Será que es responsabilidad del cuidador principal reportar o comunicar la cantidad de alimentos ingeridos, las características y frecuencia de la orina y heces fecales, cambiar la ropa de cama, asear al paciente, movilizarlo, proporcionar los medicamentos orales y vigilar las soluciones intravenosas, entre algunas de las necesidades y cuidados? Es necesario plantear esta pregunta, ya que en este estudio se aprecia que se deslinda una gran responsabilidad de los deberes de enfermería en el cuidador, y si bien es cierto que el o los cuidadores deben ser entrenados al alta del paciente a su domicilio para evitar recaídas o complicaciones, no se debe olvidar que el responsable de otorgar los cuidados durante su estancia hospitalaria es el personal de enfermería.

Referencias

1. Sistematización de prácticas educativas con mayores por áreas temáticas. 12 y 13 de noviembre de 2004, Córdoba, Argentina. [En línea] http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/CALIDO20_Lima.pdf [Consultado 23/01/2012].
2. Martínez-Cepero FE. Necesidades de aprendizaje del cuidador principal para el tratamiento del anciano con demencia tipo Alzheimer. *Rev Cubana Enferm.* 2009;25:(3-4). [En línea] <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v25n3-4/enf06309.pdf> [Consultado 23/01/2012].
3. Quero Rufián A, Briones Gómez R, Prieto Rodríguez MA, Navarro López A, Pascual Martínez N, et al. Perfil y realidad social de los cuidadores familiares en un hospital de traumatología y rehabilitación. *Nure Investigación.* 2004;(9):1-14. [En línea] http://www.fuden.es/FICHEROS_USUARIO/originales_Imagenes/Original9.pdf [Consultado 27/01/2012].
4. Perea-Baena JM, Sánchez-Gil LM, Calzado Luengo MJ, Villanueva Calvero E. Apoyo social y carga de la persona cuidadora en una unidad de salud mental infantil. *Index Enferm.* 2009;18(3):166-170. [En línea] http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000300005 [Consultado 08/07/2010].
5. Lara Palomino G, González Pedraza Avilés A, Blanco Loyola LA. Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. *Rev Especialidades Médico-Quirúrgicas.* 2008;13(4):159-166. [En línea] <http://www.redalyc.org/pdf/473/47326420003.pdf> [Consultado 31/01/2012].
6. Nigenda G, López-Ortega M, Matarazzo C, Juárez-Ramírez C. La atención de enfermos y discapacitados en el hogar. Retos para el sistema de salud mexicano. *Salud Publica Mex.* 2007;49(4):286-94.
7. Martín Burriel MA, Perera Solans P, Altarribas Bolsa E, Serrano Trillo I. Necesidades de los cuidadores familiares de los pacientes ingresados en el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza. *Bibl Las casas.* 2009;5(6). [En línea] <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0490.php> [Consultado 18/07/2010].
8. Espín Andrade AM. Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Rev Cubana Salud Publica* 2008; 34(3). [En línea] <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v34n3/spu08308.pdf> [Consultado 18/07/2010]
9. Islas Salas NM, Ramos del Río B, Aguilar Estrada MG, García Guillén ML. Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex.* 2006;19(4):266-271. [En línea] <http://www.scielo.org.mx/pdf/iner/v19n4/v19n4a6.pdf> [Consultado 20/07/2010]
10. Barrera-Ortiz L, Pinto-Afanador N, Sánchez-Herrera B. Evaluación de un Programa para fortalecer a los cuidadores familiares de enfermos crónicos. *Rev Salud Publica.* 2006;8(2):141-152.
11. Camacho Estrada L, Hinojosa Arvizu GY, Jiménez Mendoza A. Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro cognitivo y su relación con el tiempo de cuidado. *Rev Enferm Universitaria ENEO-UNAM.* 2010;7(4):35-41.

Cómo citar este artículo:

Ambriz-López MC, Villalobos-Arámbula LM, Gallegos-Torres RM, Xequemoraes AS, Hernández-Castañón MA, Palomé-Vega G. Perfil del cuidador principal y su relación con el cuidado de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2014;22(3):123-9