

## El sentir del cuidador familiar en una institución de tercer nivel

### The feeling of the family caregiver in a third level institution

### O sentimento do cuidador familiar em uma instituição de terceiro nível

**José Cruz Rivas Herrera<sup>1</sup>, María Susana González Velázquez<sup>2</sup>, Cecilia Reyes Juárez<sup>3</sup>, Rey Arturo Salcedo Álvarez<sup>4</sup>, Belinda de la Peña León<sup>5</sup>**

<sup>1</sup> Doctor en Ciencias de la Enfermería. Profesor de tiempo completo asociado C, Carrera de Enfermería, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto Nacional de Cancerología, Secretaria de Salud. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7142-8800>. Correo electrónico: joserivash@gmail.com

<sup>2</sup> Doctora en Educación. Profesora de tiempo completo titular B, Carrera de Enfermería, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Autónoma de México. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5851-4886>. Correo electrónico: susanagove@msn.com

<sup>3</sup> Maestra en Enfermería. Profesora de tiempo completo asociado C, Carrera de Enfermería, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México. Hospital Infantil de México “Federico Gómez”. Secretaria de Salud. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5405-0332>. Correo electrónico: cecifesz@gmail.com

<sup>4</sup> Doctor en Ciencias de la Enfermería. Profesor de tiempo completo titular B, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de México. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5321-3996>. Correo electrónico: rasalced@hotmail.com

<sup>5</sup> Maestra en Educación. Técnico Académico tiempo completo titular A, Carrera de Enfermería, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2579-7699>. Correo electrónico: [beli7207@yahoo.es](mailto:beli7207@yahoo.es)

Correspondencia: José Cruz Rivas Herrera. Av. Guelatao no. 66 Col. Ejército de Oriente, Iztapalapa C.P. 09230, Ciudad de México, CDMX.

Correo electrónico de contacto: [joserivash@gmail.com](mailto:joserivash@gmail.com)

Para citar este artículo: Rivas Herrera, J.C., González Velázquez, M.S., Reyes Juárez, C., Salcedo Álvarez, R.A., & De la Peña León, B. (2021). El sentir del cuidador familiar en una institución de tercer nivel. *Cultura de los Cuidados*, 25(60). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.60.04>

Recibido:10/12/2020 Aceptado: 13/02/2021



## RESUMEN

**Introducción:** Las instituciones son áreas en donde el Cuidador familiar permanece por tiempo indefinido, interactuando con el personal de enfermería en el proceso de cuidado. La mayoría de las veces no contempla sus necesidades y miedos. **Objetivo:** Describir el sentir del cuidador familiar en una institución de tercer nivel. **Método:** Estudio descriptivo con orientación hermenéutica de corte interpretativo-inductivo, realizado en un hospital de tercer nivel de la Cd. de México. Se realizaron nueve entrevistas semiestructuradas; seis a cuidadores familiares y tres a enfermeras, además para tener un acercamiento en tiempo real de conductas y procesos se apoyó de la observación no estructurada. **Resultados:** Se obtuvieron dos categorías con sus respectivas subcategorías. 1. La institución como desarrollador del cuidador familiar: La dinámica del cuidado formal e informal y las aportaciones en el cuidar/cuidado del cuidador familiar. 2. La necesidad de cuidado del cuidador familiar: La implicación del cuidador familiar en el sistema institucional. **Conclusiones:** A pesar de contar con una presencia activa en los hospitales realizando un abanico de actividades en el proceso de cuidado, el cuidador familiar se sigue sintiendo “invisible” para el sistema sanitario.

**Palabras clave:** Institución tercer nivel; cuidador familiar; cuidado; enfermera.

## ABSTRACT

**Introduction:** Institutions are areas where the family caregiver remains indefinitely, interacting with the nursing staff in the care process. Most of the time you do not consider your needs and fears. **Objective:** To describe the feelings of the family caregiver in a third level institution. **Method:** Descriptive study with hermeneutic orientation of interpretive-inductive cut, performed in a third level hospital in Mexico City. Nine semi-structured interviews were conducted; six to family caregivers and three to nurses, in addition to having a real-time approach to behaviors and processes was supported by unstructured observation. **Results:** Two categories were obtained with their respective subcategories. 1. The institution as a family caregiver developer: The dynamics of formal and informal care and contributions in the care / care of the family caregiver. 2. The need for family caregiver care: The involvement of the family caregiver in the institutional system. **Conclusions:** Despite having an active presence in hospitals carrying out a range of activities in the care process, the family caregiver continues to feel “invisible” to the health system.

**Keywords:** Third level institution; family caregiver; care, nurse.

## RESUMO

**Introdução:** Instituições são espaços onde o cuidador familiar permanece indefinidamente, interagindo com a equipe de enfermagem no processo de cuidar. Na maioria das vezes, você não

considera suas necessidades e medos. Objetivo: Descrever os sentimentos do cuidador familiar em uma instituição de terceiro nível. Método: Estudo descritivo com orientação hermenêutica de corte interpretativo-indutivo, realizado em um hospital de terceiro nível na Cidade do México. Nove entrevistas semiestruturadas foram realizadas; seis para cuidadores familiares e três para enfermeiros, além de ter uma abordagem em tempo real aos comportamentos e processos, foi apoiada pela observação não estruturada. Resultados: Duas categorias foram obtidas com suas respectivas subcategorias. 1. A instituição como promotora familiar cuidadora: A dinâmica do cuidado formal e informal e as contribuições no cuidado / cuidado do cuidador familiar. 2. A necessidade do cuidado do cuidador familiar: o envolvimento do familiar cuidador no sistema institucional. Conclusões: Apesar de ter presença ativa em hospitais realizando diversas atividades no processo de cuidar, o cuidador familiar continua se sentindo “invisível” para o sistema de saúde.

**Palavras chave.** Instituição de terceiro nível; cuidador familiar; cuidadora; enfermeira.

## INTRODUCCIÓN

La labor del Cuidador Familiar (CF) en instituciones de salud es de una relevancia primordial, por ser la vía por la cual se proveen cuidados específicos que atienden en primera instancia las necesidades físicas y emocionales del enfermo. Su permanencia es indiscutible, no solo es el medio de apoyo continuo en lo cotidiano de aquellos cuidados invisibles como el afecto, el tacto, el confort entre otras acciones que buscan proporcionar bienestar; sino porque, juega un papel importante en la reorganización y cohesión de la familia al participar de manera directa en la toma de decisiones.

Es precisamente este personaje el actor protagónico presencial de la enfermedad, conocedor de la dimensión existencial construida sobre la cual se planea la red de cuidado que se debe brindar. Por lo cual, su acercamiento al proceso de cuidado de forma intencionada es un intento en la negociación de la formalidad de su participación en el proceso de cuidado con la enfermera.

Al día de hoy, la necesidad de incorporar al CF por su talento y compromiso en las labores de cuidado es una realidad; el cuidado implica una dualidad enfermera-paciente/enfermera-cuidador familiar. Es ella quien a partir de las necesidades del entorno busca la integración de todos los esfuerzos disponibles para la satisfacción de las necesidades básicas del paciente de forma integral.

En este sentido, la hospitalización representa una experiencia particular única que es vivida de forma diferente por el CF y el propio sujeto de cuidado, genera una sensación de incertidumbre

la adaptación del nuevo medio, en el cual; tanto la participación del personal sanitario y en especial de la enfermera como figura de cuidado mediático tendrán una labor esencial en este primer contacto de marcadas diferencias; donde el significado incierto de la enfermedad antepone la influencia social sobre lo biológico, además; las barreras y limitantes de la comunicación propias del empoderamiento institucional son frecuentes, situaciones que manifiestan la desigualdad de la relación. Por lo que a partir de este hecho; se considera importante describir cual es el sentir del CF teniendo como referente el entorno hospitalario. Al respecto la OMS a partir del 2004 identificó la comunicación como un área de riesgo y propuso medidas de seguridad para la misma (OMS, 2020).

## **MATERIALES Y MÉTODO**

El Análisis Institucional descrita por Lapassade (2000), como alternativa teórico-metodológica posibilita el conocimiento e interpretación de la realidad a niveles micro y macrosocial del sentir del CF en una institución de cuidado, al proporcionar evidencia de los escenarios reales e imaginarios de las normas de acción impuestas y sancionables presentes en los valores institucionales. Se trata de una investigación descriptiva con una orientación hermenéutica de corte interpretativo-inductivo, que permite describir el estado emocional del CF en una institución de tercer nivel a través de la observación de momentos y conductas en tiempo real, así como de entrevistas con el sujeto de estudio; donde se exploran la realidad de los procesos y espacios de percepción del CF dentro de la institución. Se utilizó un diario de campo como instrumento auxiliar para registrar oportunamente las impresiones, cambios de conducta o diferentes situaciones susceptibles como: omisiones, y comentarios del CF en los diferentes escenarios de cuidado donde participaba con otros cuidadores y personal médico y paramédico.

Además, se apoyó con entrevistas semi estructuradas al CF para detallar en lo trascendente; las angustias, miedos y satisfacciones, así como construir las experiencias de su sentir. Se consideraron seis CF y tres enfermeras de una institución sanitaria de tercer nivel de la Cd. de México; abordándose en áreas de hospitalización; sus nombres han sido cambiados para proteger la identidad e integridad de los entrevistados. En promedio, las nueve entrevistas se hicieron en un tiempo de 2 horas cada una de forma ininterrumpida, los testimonios se almacenaron en medios magnéticos y se transcribieron inmediatamente para garantizar la credibilidad y confiabilidad de los datos. Se llegó a la saturación porque ya no se aportaba datos nuevos, reiteradamente se escuchaban ideas repetitivas.

La selección de los participantes fue de forma intencionada (Hernández et al., 2010) y solo se tomó en cuenta que al momento de la investigación su paciente estuviera hospitalizado y que tuvieran un lazo de consanguinidad. Además, se les confirmó que la información proporcionada no influiría en el proceso cuidar/cuidado que se les prestaba. Para profundizar más en este fenómeno de estudio, se entrevistó a tres enfermeras cuyo requisito fue solo que contarán con una experiencia mínima de tres años al cuidado de pacientes. No se realizaron generalizaciones a partir de los datos proporcionados, las entrevistas se consideraron de igual importancia independientemente de su servicio, turno y nivel académico.

El análisis se hizo a partir de una lectura general y luego renglón a renglón de los testimonios, se fueron identificando códigos que paulatinamente contribuyeron a establecer las categorías y subcategorías. Además, para acercarnos más a la reflexión del análisis institucional se elaboraron analizadores que permitió revelar la estructura de la institución a partir de la capacidad instituyente del personal de enfermería. Estos permitieron cuestionarla desde su dinámica organizacional (Manera, 2015) y en consecuencia se objetó las perspectivas del CF en la institución.

Para conservar el rigor metodológico (Cornejo & Salas, 2011), se mantuvieron los criterios de credibilidad, la cual se consiguió al obtener resultados verídicos y reales de los participantes quienes expresaron su experiencia personal en su propio lenguaje. La transcripción se hizo inmediatamente por el investigador principal para conservar íntegramente lo que se dijo y como se dijo. La confiabilidad se llevó a cabo al mantener la imparcialidad del investigador en la interpretación y análisis de la información y la transferibilidad, al considerar la posibilidad de que a partir de los hallazgos se construyan y fortalezcan programas dirigidos a los cuidadores familiares de instituciones de salud. Los criterios de saturación y redundancia se alcanzaron cuando el investigador obtuvo información similar o la misma; es decir, los informantes no indicaron algo diferente de lo ya expresado en las entrevistas.

Las consideraciones éticas fueron las establecidas en la Ley General de Salud en materia de investigación, el presente estudio se catalogó como investigación sin riesgo, ya que no realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos

Se preservaron los principios bioéticos al respetar la libre participación y la confidencialidad de la información obtenida; postulados de la Declaración de Helsinki y el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, que se refieren a reportar el

riesgo mínimo para los sujetos de estudio, al consentimiento informado, al anonimato y a la libertad de retirarse en cualquier momento del estudio (Secretaría de Salud, 2018).

## RESULTADOS

Al finalizar el análisis de las entrevistas de los actores principales se construyeron dos categorías con sus referidas subcategorías cada uno (Cuadro 1), así como respectivos dispositivos analizadores (Cuadro 2), sustraídos de la orientación dialéctica del personal de enfermería.

Cuadro 1	
CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA
1. La institución como desarrollador del cuidador familiar.	1.1 La dinámica del cuidado formal e informal. 1.2 Las aportaciones en el cuidar/cuidado del cuidador familiar.
2. La necesidad de cuidado del cuidador familiar.	2.1 La implicación del cuidador familiar en el sistema institucional.

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 2	
ANÁLIZADORES	
NATURALES	CONSTRUIDOS
a) Reconocimiento de la labor del cuidador familiar. b) Implicaciones en el proceso de cuidar.	a) Grado de dependencia del paciente. b) Número de paciente por enfermeras. c) Nivel de capacitación del cuidador familiar.

Fuente: Elaboración propia

Las categorías que emergieron fueron las siguientes:

- **La institución como desarrollador del cuidador familiar**

Las personas que se hacen cargo de un enfermo, al igual que el que recibe el cuidado, necesitan ayuda para afrontar su rol: Pues esta actividad les puede ocasionar problemas tanto físicos como emocionales (Zavala et al., 2019).

Las siguientes narraciones refleja que los primeros acercamientos de la institución con el CF, no contempla la exploración de inquietudes, sentimientos, dudas que se tengan al respecto. La petición es directa, solamente contempla las necesidades que se tienen en la institución.

*[...] “Que lleguemos siempre puntualmente a las citas, que realicemos todos los estudios, que le demos los medicamentos adecuadamente y con mucha limpieza y bien organizado, eso es lo que nos llegan a pedir los doctores y las enfermeras” [...]. CF. Julián*

*[...] “Que le puedo decir...llegamos con dudas y muchas preguntas sobre lo que va a pasar con mi papá, no sabemos luego que le van a hacer y pues ni sabemos dónde preguntar” [...]. CF. Pedro*

En el cuidar/cuidado del CF en una institución de salud, la intercomunicación con el personal médico y de enfermería constituye la interacción de identidades cuya singularidad está basada en las relaciones de poder para asumir actitudes frente al receptor de cuidado, por lo que la variabilidad de situaciones que se presentan se deben normar como una estrategia de mejora para favorecer la calidad de atención prestada a los pacientes, como se percibe en esta categoría.

#### - **La dinámica del cuidado formal e informal**

La invisibilidad del CF como persona dentro del entorno hospitalario es frecuente, parecen no estar valorados y, a menudo, son utilizados como un mero ejecutor de indicaciones hospitalarias, no se les pregunta sobre si aceptan esta nueva actividad, si poseen la capacidad para hacerse responsables de su enfermo; en ocasiones se desentiende que sus cuidados parten de la informalidad y que se basan en la voluntariedad, porque tienen miedo de hacer las cosas mal y que empeore la situación (Mora & Ferre, 2013).

*[...] “Cuando ya está hospitalizada nos llaman que necesitan algún medicamento o algo que no se encuentra en el hospital y que hay que ir a conseguirlo” [...]. CF. Alicia*

*[...] “Las enfermeras nos dicen haber ayúdeme con su paciente a subirlo, agárrelo para que no se vaya a caer... aquí le dejo el medicamento, de favor se lo da... le encargo el suero, me avisa cuando ya no tenga, no se le olvide... en ocasiones me pongo nerviosa porque no sé cómo cuidar a mi tía” [...]. CF. Julián*

El CF en sus acciones cotidianas asumidas socialmente, genera un campo semántico y discursivo que le es propio y distintivo de su actividad. Configura su imagen corporativa a expensas de lo que

la enfermera requiere como requisito para dejar que el cuidado circule a sus manos, sin considerar el dónde y el cómo de la continuidad del proceso, situación que despliega el ejercicio del poder institucional orientada a una distribución operativa de tareas de mayor o menor flexibilidad, dependiendo del nivel de profundidad en que se desarrolle la interrelación con el personal de enfermería operativo (Tolosa et al., 2018).

#### - **Las aportaciones en el cuidar/cuidado del cuidador familiar**

El brindar afecto al paciente es una actividad incapaz de satisfacer por el sistema de salud, ya que este es respuesta de un juego de emociones entre dos seres que tienen como vínculo el amor del prójimo. Su costo simplemente es inabordable. Para todos es reconocida la contribución del CF al bienestar del enfermo, su aportación humanizadora a los cuidados prestados, incluso cuando la curación se aleja de la propia vida (Vargas, 2012).

*(...) “Considero que son importantes, sin embargo, no todos cumplen esa función al 100%, ya que algunos de ellos básicamente están en calidad de acompañantes, realmente no están en calidad de cuidadores y delegan toda la responsabilidad a la enfermera; tan es así que algunas veces quieren que hagamos nosotras actividades que no son propias de enfermería; como peinar a su paciente, rascarle si tienen comezón o pasarle las sandalias para que se bañe... entonces para qué están ellos...” (...). Enf. Lucia*

*[...] “Tiene sus malestares como parte de la enfermedad que tiene, padece de muchos dolores... le nació un tumor en la trompa de la matriz y nos dijeron los doctores, que no la pueden operar. Ahorita nosotros le hacemos lo que podemos” [...]. CF. Julián*

La vinculación del proceso salud-enfermedad aparece íntimamente ligado a la naturaleza del cuidado. En este sentido se piensa y se habla del cuidado a partir de cómo se vive y se estructura en nosotros mismos. No tenemos cuidado-somos cuidado. Es un modo de ser que nos constituye como seres humanos

#### - **La necesidad de cuidado del cuidador familiar**

En este sentido el atender las necesidades del CF en todos sus aspectos, significa no ver al cuidador solo como el familiar del paciente, es incluirlo en el proceso de cuidar/cuidado, puesto

que simboliza un recurso de intervención de actividades primarias de enfermería como asistencia en la higiene, deambulación, alimentación, etc (Bierhals et al., 2017).

Estos testimonios corroboran lo mencionado:

*[...] “Pues mal, es estresado para uno como familiar que tiene enfermo, a veces sin cenar, a veces sin dormir. Cuando estamos con ella no dormimos nada, por estarla cuidando, ya que quiere ir al baño a cada rato” [...]. CF. Alicia*

*[...] “Mire... le soy sincero quisiera que nos dijeran como cuidarlo, en ocasiones me da miedo quedarme por las noches con él, tengo miedo que le pase algo y que no sepa que hacer, ya ve como esta” [...]. CF. Pedro*

De la misma manera las exigencias del personal de enfermería a los cuidadores familiares son abrumadoras, la inserción a la vida hospitalaria se hace de una manera “brusca” sin contemplar sus roles habituales al entorno familiar; en más de las veces se exige más de lo que ellos pueden dar (Cardoso & Escobar, 2018).

*[...] “Que es un apoyo indispensable, es un personaje que solamente a lo mejor, no lo tomamos en cuenta como una persona que tiene una preparación, pero, sin embargo; es indispensable para que nosotros como enfermeros nos sentamos un tanto apoyados y así poderle ofrecer una calidad de atención” [...]. Enf. Efraín*

*[...] “Si están aquí es para cuidar a su paciente, no vienen a dormir o ver TV, ellos deben de tener también la responsabilidad y obligación de estar atentos a lo que necesite su paciente, si no que no vengan” [...]. Enf. María*

El proceso de cuidar debe de ser interactivo entre el que ofrece el cuidado y el que lo recibe. Se debe de tener conocimiento de quien es el cuidador, ayudarlo a crecer, demostrando sensibilidad hacia lo que hace permitiéndole que exprese sus sentimientos de pertenencia. En esta segunda categoría, se resalta la importancia de la interpretación de la necesidad de cuidado del CF; donde la institucionalidad mediara con el desarrollo instituyente sobre lo instituido.

#### **- La implicación del cuidador familiar en el sistema institucional**

La institución reconoce la presencia de grupos a través de su materialidad, su posibilidad de coexistencia al interior se determina por el reconocimiento del mismo (Gorlat et al., 2014); el grupo es siempre una institución. Sin embargo, la institución también es vivida como un obstáculo para

el trabajo grupal de los cuidadores familiares: su reglamentación sobre el funcionamiento normatiza la institucionalización de forma rígida. Se inicia entonces la verdadera reflexión sobre el funcionamiento institucional.

*[...] “Yo creo que debería de existir un espacio cómodo para descanso... como tal no lo hay; tenemos que dormir en el suelo o a un costado de la cama, no se nos permite ni siquiera introducir una cobija...según ellos porque se confunde con las de aquí...pero eso sí; desde la mañana le piden a uno que ayude a cuidar a su enfermo y alguien piensa en nosotros...como nos sentimos” [...] CF. Julián*

*[...] “A veces me pregunto...porque luego son tan estrictos con nosotros, que no se dan cuenta del tipo de pacientes que atienden aquí, apoco es mucho pedir que luego no nos saquen” [...] CF. Alicia*

El no reconocimiento, de los procesos de implicación del CF rebasa los orígenes de la institucionalidad misma. El problema aparece si la capacidad instituyente del CF es llevada a cabo como mera monitorización de la estructura instituida en el ambiente hospitalario (Cardoso et al., 2015). Este problema será uno de los temas que recorrerán al Análisis Institucional durante toda su existencia.

## **DISCUSIÓN**

Los resultados de este estudio muestran que el Análisis Institucional del CF en una institución de salud, es imprescindible para comprender el sistema de contradicciones que se manifiestan en el proceso de cuidar/cuidado entre lo formal y lo informal dentro de la organización, conocer de manera efectiva de la realidad misma en el medio donde se da para lograr una interpretación acertada de la dinámica de la vida institucional (L’Abbate, 2003). En función de ello, y atendiendo además lo que es deseable para el funcionamiento efectivo de la organización, que los sujetos que a ella pertenezcan estén implicados, comprometidos, motivados con su actividad laboral; se reconoce que son más favorecedores para el desarrollo organizacional los valores resaltados por el modelo humanístico, relacionados con la concepción del trabajo como actividad cooperativa y creadora, donde el hombre es realmente sujeto de su actividad y donde este se desarrolla en un contexto participativo, que contribuye a que el trabajador no sea un ente enajenado en su organización (Lapassade, 2016).

En general en la categoría identificada como: La institución como desarrollador del cuidador familiar, se integran una serie de elementos que permiten identificar como es visto este

personaje dentro de la institución. Aunque su estancia permite de manera favorable la resocialización de los enfermos, estos todavía no son considerados como parte el cuidado formal prestado. Es imperativo que la enfermera conozca el rol de la familia dentro de su propia organización, a partir de ahí identifique los problemas existentes y características que tiene ese rol, para que pueda dirigir una intervención más efectiva (Ganga & Esandi, 2016). A partir del propio reconocimiento del CF en la institución se podrá satisfacer sus necesidades; desde físicas hasta intelectuales. En la construcción de situaciones analíticas que nos permitan tener un referente del análisis institucional en organizaciones es importante conocer la distancia institucional existente entre sus miembros.

En esta primera categoría; se determina que, considerando la importancia del CF en el sector sanitario, aún no existen intervenciones efectivas que produzcan transformaciones educativas, culturales de los derechos sociales y laborales de los cuidadores familiares (Marante et al., 2014). Para la dinámica del cuidado formal e informal se revela que las acciones que compatibilizan su responsabilidad de cuidado en los hospitales son casi nulas; aunado a la falta de reconocimientos mediante alguna forma de contrato de trabajo por los servicios prestados y seguros de dependencia, además; la escasa creación de programas de capacitación, mucho menos la asignación de recursos económicos acorde a las reales necesidades de cuidado.

Por lo que, explorar el cuidado es relevante para enfermería, este ha estado vinculado a la profesión por más de 100 años, de tal manera que en la última década se ha identificado el cuidado como el paradigma único de la enfermería, además de ser descrito de forma indiscutible como parte central de la práctica del cuidado, que se mejora sustancialmente con la aplicación del conocimiento científico (Daza de Caballero & Medina, 2006).

El analizar los elementos de las aportaciones en el cuidar/cuidado del CF no es una tarea sencilla, ya que en esté convergen una serie de factores culturales que lejos de simplificar el proceso lo complican en su manera de interpretarlo. Bajo esta perspectiva, los cuidados familiares son socialmente esenciales, para sistemas de salud colapsados por problemas económicos. Estos se conciben como cuidadores familiares “únicos”, tienen la responsabilidad principal del cuidado, con promedios de más de 20 horas de cuidado a la semana, sin remuneración, no cuentan con horario de entrada o de salida, sin conocer su tiempo de descanso que les permita “desconectarse” de su actividad, lo que los implica como responsables directos del enfermo (Ambriz et al., 2014).

La necesidad de cuidado del CF (Segunda categoría); en este contexto cada uno representa su papel. No obstante, unos, las enfermeras, son personas profesionales con un problema

relacionado con el cuidado; otros, los cuidadores son, en ese contexto, profesionales del defender y participar en el "cuidar". El ambiente hospitalario es un espacio que demanda de la presencia de CF, compromiso con la operatividad de los servicios asignados al cuidado de su enfermo; le exige a cada paso que da, el firme involucramiento con la dinámica del área (Fernández et al., 2013). Sin embargo, es la institución la obligada a fortalecer la participación de los CF a través de brindar capacitación oportuna, además de proporcionar áreas dignas para su descanso.

El proceso de cuidar debe de ser interactivo entre el CF y su ser cuidado (Rivas et al., 2016). Se debe de tener conocimiento de quien es el CF, ayudarlo a crecer, demostrando sensibilidad hacia lo que hace permitiéndole que exprese sus sentimientos de pertenencia. Dentro de las funciones que realizan los cuidadores familiares en los hospitales se encuentran principalmente actividades relacionadas al acompañamiento, apoyo en aseo, movilización y medicación (Villar et al, 2012). Si los cuidadores familiares dejaran de hacer lo que hacen, no sería posible la satisfacción de las necesidades biopsico-sociales de los enfermos.

En la subcategoría la implicación del CF en el sistema institucional; la institucionalización del CF no es una inclinación natural o una dimensión inherente a los movimientos sociales. Es más bien el resultado de decisiones políticas, que apuntalan la supervivencia y la preponderancia de un mundo de significaciones imaginarias, de un proyecto vehiculado de un movimiento social. Así, la institucionalización es un concepto fundamentalmente político en la vida de los hospitales (Salcedo et al., 2015). Lógicamente los Cuidadores Familiares deben de respetar las normas institucionales (horarios de cita, indicaciones en el cuidado del enfermo, asistencias de la comida, etc.) Desconocemos que estas rutinas impuestas sean inadecuadas o desagradables; pero el CF con tal de cumplir satisfactoriamente a las exigencias de cuidar/cuidado de su ser querido, acepta esta nueva situación de vida, reestructurando sus actividades y cambiando su cotidianidad (Davidson & Allison, 2018).

La institución externa es siempre una institución negada, y la institución interna es reducida a las relaciones interpersonales (Puentes et al., 2006). El reconocer los diferentes momentos de la institución permiten en la investigación crear otras posibilidades de abordar el fenómeno en estudio.

## **CONCLUSIONES**

La magnitud y transcendencia de la estructura hospitalaria no es un factor para que el cuidador familiar se sienta "bien"; estos lugares son catalogados como "fríos-insensibles"; por lo

que es necesario un cambio de actitud de los profesionales hacia los cuidadores familiares, esta doble visión de un mismo hecho genera expectativas diferentes en ambos actores, difíciles de satisfacer, lo que provoca distanciamiento y pérdida de confianza mutua. Además; la presencia del CF es un mediador entre la relación de los sectores formal-informal de cuidados al hacer su mayor esfuerzo por adaptarse a la estructura sanitaria.

Es por eso que la institución debería de dar una muestra del reconocimiento de su labor sanitaria al normar su presencia valorando aquellas intervenciones de cuidado que los cuidadores familiares realizan hacia su ser de cuidado.

### **Financiamiento**

No se recibió patrocinio para llevar a cabo este artículo.

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Ambriz, M. C., Villalobos, L. M., Gallegos, R. M., Xequé, A. S., Hernández, M. A., Palomé, G. (2014). Perfil del cuidador principal y su relación con el cuidado de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 22(3), 123-129.
- Bierhals, C. C., Santos, N. O., Fengler, F. L., Raubustt, K. D., Forbes, D. A., Paskulin L. (2017). Needs of family caregivers in home care for older adults. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25:e2870. doi:: [https://doi.org/ 10.1590/1518-8345.1511.2870](https://doi.org/10.1590/1518-8345.1511.2870)
- Canga, A., Esandi, N. (2016). La familia como objeto de cuidado: hacia un enfoque integrador en la atención de enfermería. *Anales del Sistema de Navarra*, 39(2), 319-322.
- Cardozo, Y., Escobar, C. (2018). La interacción en el ámbito hospitalario según el cuidador familiar de pacientes con enfermedad crónica. *Investigación en Enfermería. Imagen y Desarrollo*, 20(1),1-11. doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie20-1.iahc>
- Cardozo, Y., Escobar, C. L., Cuartas, P. A., (2015). Interacción del personal de enfermería con el cuidador familiar en el ámbito hospitalario. *Investigaciones Andina*, 17(30), 1224-1237. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239035878007>.

- Cornejo, M., Salas, N. (2011). Rigor y Calidad Metodológicos: Un Reto a la Investigación Social Cualitativa. Psicoperspectivas. *Individuo y Sociedad*, 10(2), 12-34. doi: <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol10-Issue2-fulltext-144>
- Davidson, P. M., Allison, M. (2018). Family caregivers: Important but often poorly understood. *Journal of Clinical Nursing*, 27(23-24); 4242-4244. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.14654>
- Daza de Caballero, R., Medina, L. S. (2006). Significado del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santafé de Bogotá, Colombia. *Cultura de los cuidados*, 10(19), 55-62. doi: <https://doi.org/10.14198/cuid.2006.19.08>
- Fernández, I., Silvano, A., Pino, M. (2013). Percepción del cuidado por parte del cuidador familiar. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 12-15. doi: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100003>
- Gorlat, B., García, M. P., Peinado, P., Campos, C., Mejías, Y., Cruz, F. (2014). Efectividad de un plan de apoyo a cuidadores en dos hospitales públicos de Granada (España). *Aquichan*, 14(4), 523-536. doi: <https://doi.org/10.5294/aqui.2014.14.4.7>
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, L. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGrawHill.
- L'Abbate, S. (2003). A análise institucional e a saúde coletiva. *Ciência y Saúde Coletiva*, 8(1), 265-274. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100019>
- Lapassade, G. (2000). *Socioanálisis y potencial humano*. Barcelona: Gedisa.
- Lapassade, G. (2016). *Grupos, organizaciones e instituciones: La transformación de la burocracia*. Barcelona: Gedisa.
- Manera, R. (2015). El analizador y el sentido del análisis. Génesis teórica del concepto. Área 3. *Cuadernos de temas grupales e institucionales*, (19), 1-18.
- Marante, E., Casanova, M. C., Núñez, E., Pozo, L. M., Trasancos, M., Ochoa, M. R. (2014). Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. *Archivo Médico de Camaguey*, 18(3), 284-296. Mora, G., Ferré, C. (2013). La invisibilidad del cuidador familiar en el hospital. *Ética de los Cuidados*, 6(11), 1-4.
- OMS. (2020). *Seguridad del paciente*. Recuperado de <https://www.who.int/patientsafety/es/>.
- Puentes, E., Gómez, O., Garrido, F. (2006). Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 19(6), 394-402. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7960>

- Rivas, J. C., Salcedo, R. A., Bustamante, S. (2016). Institucionalización del cuidador familiar en un instituto oncológico. *Revista Conamed*, 21(2), 62-69.
- Salcedo, R. A., Rivas, J. C., González, B. C., Bustamante, S. (2015). El análisis institucional de la atención a la salud diferenciada de los adultos mayores. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 23(3), 177-86
- Secretaría de Salud. (2018). Ley General de Salud. Diario Oficial. México.
- Tolosa, D., Leguizamón, J., Dávila, F. (2018). Calidad de la comunicación con el cuidador del paciente pediátrico. *Journal of Healthcare Quality Research*, 33(5), 264-269. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.07.002>
- Vargas, L. M. (2012). Aporte de enfermería a la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con Alzheimer. *Aquichan*, 12(1), 2027-5374. doi: <https://doi.org/10.5294/aqui.2012.12.1.6>
- Villar, R., Pancorbo, P. L., Jiménez M. C., Cruz, Lendínez, A., García, P. (2012). Qué hace el cuidador familiar en el hospital: Cómo se ve a sí mismo y cómo lo ven los profesionales. *Gerokomos*, 23(1), 7-14. doi: <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2012000100002>
- Zavala, I. C., Olea, C. V., Sillas, D. E., Ruíz, S., Robles, M. (2019). Sobrecarga en cuidadores principales de personas con enfermedades crónicas no transmisibles en servicios ambulatorios en hospitales de segundo nivel de Tepic, Nayarit, del 2017 al 2018. *Revista Mexicana de Enfermería*, 7(2), 47-51