

PROGRAMA DE EDUCACIÓN A CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES CON ICTUS, PARA FAVORECER LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS AL ALTA HOSPITALARIA.

AUTORES: Moreno Verdugo, A. De la Fuente Garcia, A. Caro Quesada, R. Suso Lopez, D. Duran Rodriguez, A.

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

RESUMEN

Los enfermos con ictus ingresados en los hospitales, prolongan su estancia debido a que no pueden valerse por si mismos y los familiares no se encuentran capacitados para prestarles los cuidados necesarios. Son los cuidadores informales quienes van a proporcionar la mayor parte de la asistencia y el apoyo diario. Por todo esto nos planteamos el desarrollo de un Programa educativo para formar a cuidadores informales de pacientes con ictus y favorecer la continuidad de los cuidados al alta hospitalaria.

OBJETIVOS

Adiestrar al cuidador informal en todas las actividades a realizar en el domicilio a enfermos con ictus y facilitar los conocimientos para la promoción de autocuidados de los propios cuidadores informales.

METODOLOGÍA

Estudio cuasiexperimental pre-test, post-test de un solo grupo, en una población

de estudio constituido por familiares de pacientes ingresados con ictus. Tras un muestreo no probabilístico accidental, con un nivel de confianza del 99'9% y un error muestral de 0'1%, el tamaño de la muestra fue de 263 sujetos. Para la recogida de datos se ha utilizado un cuestionario autoelaborado de 32 ítems, con preguntas abiertas y cerradas. La intervención formativa se ha desarrollado en 52 sesiones de una hora y media de duración, dos veces en semana y con la asistencia de cuatro a seis cuidadores, la formación práctica se ha realizado en la habitación del paciente. Tras la intervención se ha evaluado de nuevo el cuestionario para evaluar los cambios en la capacidad y formación adquirida.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Hallamos una gran diferencia entre los cuidadores antes y después de las intervenciones formativas, sin embargo, observamos que el miedo a cuidar al paciente correctamente no desapareció con la intervención formativa.

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.

Hipócrates hace más de 2400 años definió el Ictus como "Inicio repentino de parálisis". En la actualidad es la tercera causa de muerte en el mundo occidental y la primera causa de mortalidad global en España, además de constituir la primera causa de incapacidad en la población adulta. La incidencia se duplica con cada década sucesiva después de los 55 años, la tasa global es de 0,2 por mil en individuos de 45 a 54 años y de 10 por mil en mayores de 85 años.(1).Estos enfermos ingresan en los Hospitales donde se les prestan unos cuidados y técnicas avanzadas, pero hay enfermos que se eternizan en su estancia debido a que no pueden valerse por si mismos y los familiares no se encuentran capacitados para prestarles cuidados adecuados. Consecuentemente representan un gran impacto social por el coste sociosanitario y la consiguiente repercusión en el ambiente familiar.

Las instituciones sanitarias prestan una atención puntual en situación de crisis y no se puede asumir la atención continuada que requiere un paciente con un problema de salud permanente. A todo esto hay que añadir que, en la actualidad el sistema formal difícilmente podría abordar todos los problemas y actividades que se afrontan desde los sistemas informales (2). En nuestro país el Sistema Formal facilita el 12 % de los cuidados frente el 88%

del Sistema Informal (3). La mayor demanda de cuidados y la menor disponibilidad de cuidadores informales genera un problema grave para el sistema de salud.

El Cuidador Informal es una realidad tan antigua como el hombre. En nuestra sociedad tradicionalmente es la familia la que se hace cargo del cuidado del enfermo, que unido a lo brusco de la situación y la falta de información, incrementa la carga y responsabilidad de las familias que contribuyen con su ayuda informal a la asistencia de los enfermos con algún nivel de dependencia (4). El Cuidador Informal está definido como una persona, familiar o no, que proporciona la mayor parte de la asistencia y apoyo diario a quien padece una enfermedad, y que le permite seguir viviendo en su entorno de una manera confortable y segura a una persona que por razones de edad o incapacidad no es totalmente independiente (Pérez et al,1996). (5).

Múltiples estudios ponen de manifiesto la importancia y las ventajas/desventajas de que los familiares colaboren en el cuidado de los pacientes con ictus (6 - 7). Las principales ventajas mencionadas en la bibliografía son: que la participación informal en el cuidado facilita la rehabilitación, proporciona mejores relaciones entre la familia y el paciente y favorece la aceptación de la enfermedad por parte de éste (7). Otros beneficios son el ambiente cálido que percibe el paciente, así como el apoyo emocional y social que la fami-

lia le proporciona (8). Entre las desventajas se encuentran: la carga física y económica que supone para la familia y el aislamiento social que conlleva debido a los largos periodos de tiempos empleado en cuidar del paciente (6). Otras desventajas es el abandono de otras tareas de la casa, como cuidar de los niños, limpiar, etc., la falta de apoyo, las demandas físicas del paciente y el cambio de rol que normalmente tienen lugar(9). También se consideran desventajas las afecciones psicológicas, como estrés o depresión, que suponen cuidar a pacientes con ictus (10).

Según el estudio, ABS Morera – Pomar, donde se entrevistaron a 32 Cuidadores; se llegó a la conclusión que los cuidadores tienen problemas y necesidades por los que precisan ayuda (11). La información según Moccovicit (1978) es una de las características de las dimensiones de las representaciones sociales de los grupos y está relacionada con la Organización de los conocimientos que un determinado grupo tiene sobre un objeto social, en este caso el cuidado del familiar del anciano con ictus.

La falta de orientación constituye un factor limitante del proceso cuidador del anciano con ictus (12). Gomez et al 1997, hablan de que solo el 3% de los cuidadores informales presentan conocimientos adecuados para el cuidado de este tipo de pacientes. Otros estudios llegan a la misma conclusión, sobre el escaso adiestramiento de los cuidadores para dar res-

puesta a las necesidades de los pacientes y pone de manifiesto los riesgos que tanto para el cuidador como para el paciente supone esta situación. (4), riesgo que lleva a una alta incidencia de enfermedades físicas, y abandono por cansancio del ROL del cuidador. Al cuidador informal hay que enseñarle a cuidar de si mismo, por lo tanto debemos tener en cuenta los síntomas que les afectan, como angustia, tristeza, aflicción, desgaste físico, emocional, etc..(4). Según de Portillo et al, se trata de mejorar el bienestar de los pacientes y sus familiares dentro de un marco conceptual que contemple y alivie la carga que el cuidado conlleva y les muestre experiencias reales, semejantes a las que ellos viven día a día (13- 14).

Para conseguir que el Cuidador informal tenga la suficiente capacidad para poder prestar los cuidados necesarios en el domicilio del paciente con ictus, debe prestársele desde la Institución Sanitaria una formación técnica para contribuir a la disminución de todos los posibles problemas y situaciones extremas que se les puedan presentar diariamente y una intervención educativa dirigida al Cuidador contribuirá a dicha formación, asimismo, constituye una forma de prevención, pues constituye un intento para limitar el daño ocasionado por dicha enfermedad ya manifiesta y disminuir sus efectos. (15).

La educación en el ámbito de la salud es fundamental para potenciar la autonomía de la persona – cliente y de su fa-

milia. Utilizando como formula eficaz un programa de enseñanza en la que ellos sean entes activos dentro de un proceso (16).

Creemos que el enfermero puede consolidar su obligación social de manera mas efectiva, si acepta integrarse en todos los espacios donde el cuidador este presente, disminuyendo así las distancias entre estas dos redes de apoyo social. (12). Cuando educamos en salud lo que estamos haciendo es evitar conductas cotidianas inapropiadas y fomentando hábitos de vida saludables, que es la primera causa que incide sobre la salud, ya sea del individuo como de la comunidad. Educar en Salud es evitar complicaciones potenciales que puedan llevar a Enfermedad.

Cuando hablamos de promoción de Salud, la principal implicación corresponde a la familia. Hay que destacar la importancia de la Educación para la salud para la prevención terciaria de pacientes con lctus.

Ante la situación señalada en párrafos anteriores, sobre la necesidad de intervenciones enfermeras que promuevan la autonomía, la reinserción familiar y social de los pacientes que han padecido un lctus, de la imprescindible participación de los familiares en el cuidado y de la necesidad de reforzar y/o iniciar actividades educativas, de modo que se favorezca su bienestar y se facilite todo el proceso de participación informal en los cuidados por parte de los familiares. Creemos

que es imprescindible, llevar a cabo una intervención educativa reglada para que estos cuidadores informales adquieran las capacidades y habilidades necesarias para poder atender a estos pacientes fuera del ámbito hospitalario, es decir en su domicilio.

Por ello, nuestro Proyecto ha pretendido, a partir de unas necesidades de formación detectadas, poner en marcha una intervención educativa con los cuidadores informales para que adquieran las habilidades y destrezas necesarias para llevar a cabo estos cuidados, incidiendo en su preparación técnica, intelectual y psicomotriz

Durante esta intervención educativa al cuidador hemos dejado que este tenga creatividad mediante su experiencia práctica que hemos tutorizado, de manera que el proceso de aprendizaje ha sido un estímulo tanto para el cuidador como para el paciente.

Este planteamiento supone un cambio en la práctica de las enfermeras que cuidan a este tipo de pacientes en su fase aguda (5); significa pasar de un papel centrado en los aspectos físicos de los cuidados, a otro de formador, asesor y coordinador que se inicia en el ámbito hospitalario, pero que tiene una continuidad después del alta hospitalaria (17). Este nuevo enfoque demuestra la necesidad de programas educativos que formen y motiven a las enfermeras (18,19) y posiblemente la necesidad de disponer del tiem-

po necesario para asumir este nuevo papel (20).

Los objetivos generales de esta investigación han sido: Adiestrar al cuidador informal del paciente con Ictus en todas las actividades a realizar en el domicilio, y facilitar conocimientos para la promoción de autocuidados de los propios cuidadores informales.

Los objetivos específicos que se han estudiado han sido: Evaluar el nivel de conocimiento del cuidador informal sobre la administración de cuidados, identificar problemas socioculturales que pueden alterar el programa, impartir el programa educativo de acuerdo a las necesidades detectadas, dar a conocer al cuidador las habilidades y técnicas necesarias para la provisión de cuidados de calidad, informar al cuidador de las vías y recursos asistenciales ante problemas no solucionables en domicilio, y finalmente enseñar al cuidador destrezas sobre autocuidados.

METODOLOGIA

Ámbito del estudio: Se ha realizado en el servicio de Neurología del Hospital Universitario Virgen del Rocío, que se encuentra en el Hospital de Rehabilitación y Traumatología, en su primera planta durante un periodo de dos años.

Diseño del Estudio: Estudio cuasiexperimental, pretest – posttest de un solo grupo.

Población de Estudio: La población del estudio ha estado compuesta por familiares de pacientes ingresados con el diagnóstico de Ictus.

Criterios de Inclusión:

1. Familiar directo o cuidador principal.
2. Aceptación de participar en el proyecto.
3. Familiares de pacientes ingresados en el servicio de Neurología durante la realización del estudio
4. Familiares de pacientes con un Índice de Barthel inferior a 45 puntos.

Criterios de Exclusión:

1. Familiares directos que presenten disminución psíquica/ física.
2. Familiares de enfermos con domicilios incontrolados.
3. Familiares de enfermos con Ictus no establecidos.

Muestra: Tras un muestreo no probabilístico accidental, con un nivel de confianza del 99'9% y un margen de error muestral de 0'1%, entre los familiares cuidadores que cumplan los criterios de inclusión/exclusión establecidos y partiendo de que el número de pacientes que han ingresado en nuestro servicio en años anteriores es de 917 ingresos. El tamaño de la muestra estimada ha sido de 263 sujetos.

Se han estudiado las siguientes variables:

1. Sociodemográficas y sociolaborales.

2. Necesidades formativas percibidas por el cuidador, sobre desencadenamiento, problemas y cuidados necesarios en las personas con Ictus.
3. Información y conocimientos sobre estructuras de apoyo social-institucional.
4. Información y conocimientos sobre autocuidados.

Instrumentos de recogida de datos:

Pre-test: Cuestionario de 32 ítems, con preguntas cerradas y abiertas, se les ha explicado a los cuidadores el contenido del cuestionario y que la intención de formarlos para un futuro próximo. Para el pilotaje del propio cuestionario y de la intervención prevista, en una primera fase se ha pasado a todas las familias de los pacientes que han ingresado en los 3 meses primeros del estudio, (20% de la población muestral = 52 sujetos) ya que estos datos nos identificaran y corroborarán las deficiencias, y necesidades formativas de los cuidadores informales. En una segunda fase y como paso previo a la intervención diseñada, se ha pasado el cuestionario al ingreso del paciente a 263 cuidadores que han participado en el proyecto. Para esta intervención educativa se ha contado con un vídeo y diapositivas, confeccionado por el Grupo de Estudios de Enfermedades Cerebrovasculares.

Se han filmado videos en la planta sobre las diferentes actividades de los cuidados que se realizan por los profesio-

nales en los que se han incluido:

1. Movilizaciones del paciente en la cama y dispositivos a utilizar para mantener posturas correctas
2. Higiene del paciente encamado, dependiente incluyendo higiene bucal, lavado de cabeza, limpieza de fosas nasales.
3. Higiene del paciente semidependiente: participando el mismo en el aseo.
4. Como hacer la cama ocupada.
5. Como vestirlos tras el aseo y uso de ropa adecuada.
6. Forma de levantar al paciente al sillón, tanto con los recursos humanos disponibles, como con la ayuda de medios mecánicos (grúas)
7. Colocación correcta en posición de sedestación.
8. Alimentación por boca en pacientes agudos: tipos de alimentos, posición.
9. Alimentación en pacientes con disfagia
10. Alimentación en pacientes portadores de SNG y cuidados de la misma.
11. Eliminación: urinaria y fecal. Uso de colectores, absorbentes, sondas y sus cuidados y mantenimiento.
12. Ejercicios a realizar en /con los miembros pareticos.
13. Sedestación, deambulación. Dispositivos de ayuda.
14. Comunicación, afasia.
15. Determinaciones de glucemia capilar y administración de insulina.

La grabación de estos videos se ha realizado en la planta de neurología, por los enfermeros del equipo investigador, mientras se realizan las actividades, previa autorización del paciente y de familiar o tutor.

Intervención formativa a cuidadores incluidos en el estudio:

- Se ha desarrollado en la unidad de Neurología del Hospital.
- Ha constado de 52 sesiones de 1 ½ hora de duración.
- Se han impartido dos veces por semana. Cada semana se ha iniciado la formación de un nuevo grupo
- La conformación del grupo ha dependido del nº de pacientes nuevos que han ingresado, pero nunca han sido más de seis por sesión.
- La duración del curso para cada grupo ha sido de tres semanas, pudiendo variar en función de la capacidad de asimilación de los cuidadores ó del alta medica.
- Los cuidadores que han precisado más tiempo de formación, se han acoplado a otro grupo. En caso de alta hospitalaria, el cuidador que lo ha necesitado, ha podido asistir a otras sesiones
- En estas sesiones, además de proyección de videos y diapositivas, se ha impartido información teórica complementando el contenido de los medios audiovisuales.
- Se ha proporcionado información

sobre las ayudas del sistema informal, tanto mecánicos como humanos: conexión con trabajadores sociales, con enfermera de familia y con las asociaciones de cuidadores informales.

- La formación práctica se ha realizado en la habitación del paciente, donde se mostraron todas las actividades necesarias a seguir con estos pacientes. Han tenido una duración de 1 hora y se han llevado a cabo preferentemente por la mañana. En estas sesiones, eminentemente practicas, se ejecutaron las enseñanzas teóricas impartidas con anterioridad (higiene, movilizaciones cuidados de sonda nasogástrica y vesical). También, en este proceso de enseñanza práctica su duración varió teniendo en cuenta la destreza demostrada de los cuidadores durante el periodo formativo y al alta medica.

Post-test: Tras la intervención se volvió a pasar el cuestionario, con modificaciones dependiendo de las respuestas recogidas en los cuestionarios preliminares y evaluando los cambios en la capacidad y formación adquirida.

Análisis Estadístico

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS.10.0 Windows con análisis descriptivos. También, se aplicó la prueba de Normalidad de Kolgomorofv para el análisis de las variables continuas. Para la comparación entre variables de datos independientes se

utilizó el test de Student y se aplicó la prueba de U-Mann-Whitney cuando la distribución no era normal.

RESULTADOS

Se han analizado 258 cuidadores informales, a los que se les ha dado la formación, a cinco no terminaron la formación por el exitus del enfermo durante la intervención. Se analizaron 135 variables pre y postest. En la prueba de chi-cuadrado se ha estudiado la comparación antes y después con el test de McNemar, siendo de significación bilateral los resultados entre 0.000 y 0.500^a.

Dentro de las variables analizadas en pre y postest para evaluar si la intervención formativa ha sido efectiva, se describen a continuación los resultados gráficamente:

1.- QUE PROBLEMA CONSIDERA MAS IMPORTANTE PARA LLEVARSE SU FAMILIAR A CASA?

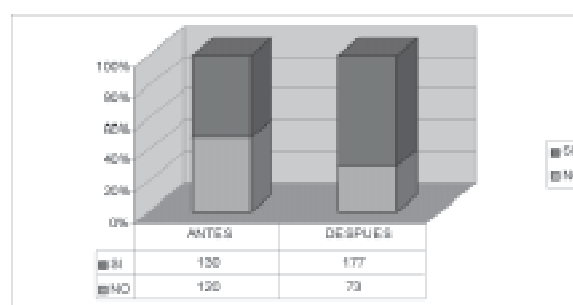
Respuesta: MIEDO A NO SABER CUIDARLO CORRECTAMENTE

2.- ¿SABE QUE ES UN ICTUS?

3.- QUÉ FACTOR PRINCIPAL CONSIDERA QUE OCASIONA UN ICTUS?

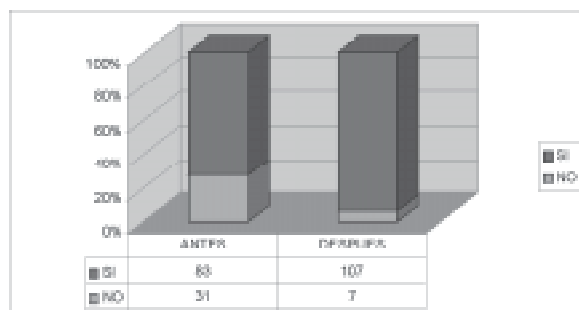
Respuesta: TENSION ARTERIAL.

4.- ¿SERIA CAPAZ DE BAÑAR A SU FAMILIAR SOLO?



5.- ¿CUANDO CAMBIARIA AL PACIENTE LAS SABANAS?

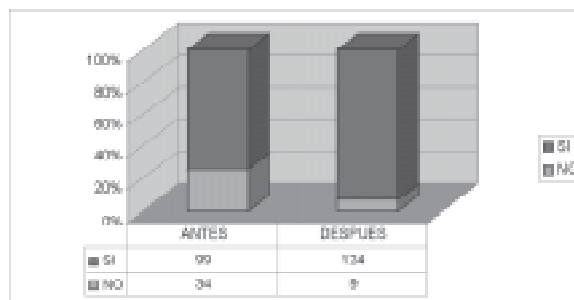
Respuesta: TRAS EL BAÑO



6.- ¿LO VOLVERÍA HACIA LOS LADOS, CAMBIANDO LA MITAD DE LA CAMA Y LUEGO LA OTRA MITAD?

8.- ¿CÓMO LEVANTARIA A SU FAMILIAR?

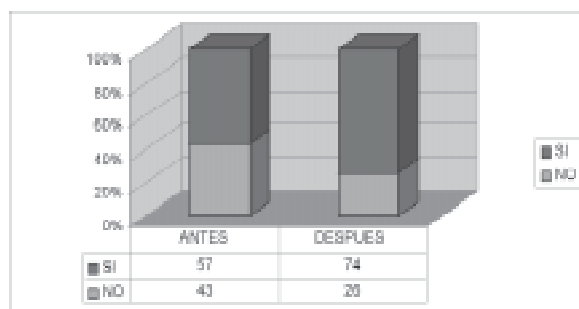
Respuesta: SENTANDOLO EN LA CAMA CON LAS PIERNAS COLGANDO Y SUJETÁNDOLO POR LA CINTURILLA DEL PIJAMA



9.- ¿CONOCE LOS UTENSILIOS QUE HAY EN EL MERCADO PARA AYUDARLE EN LAS MOVILIZACIONES?

7.-¿CÓMO LEVANTARIA A SU FAMILIAR?

Respuesta: SUJETÁNDOLO POR DEBAJO DE LOS BRAZOS



10.-SI PRESENTA PROBLEMAS PARA TRAGAR:

¿ CONOCE LA FORMA DE DARLE LOS ALIMENTOS POR LA BOCA?

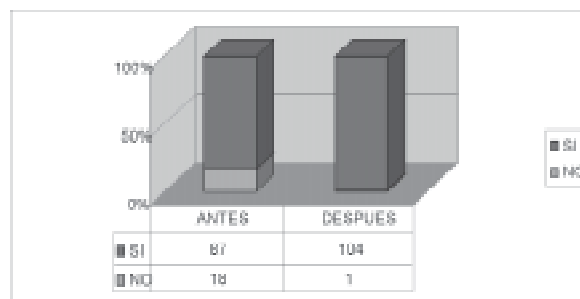
11.- ¿COMO LE DARÍA DE COMER POR LA BOCA?

Respuesta: CON LA CABEZA UN POCO HACIA DELANTE

12.- ¿SABE QUE ES UNA SONDA PARA LA ALIMENTACIÓN?

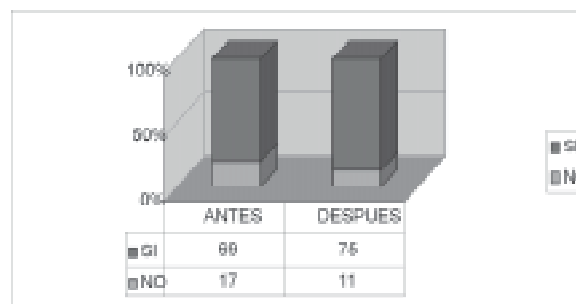
13.- ¿SABE QUE CUIDADOS NECESITA UNA SNG?

Respuesta: DAR AGUA CON LA JERINGA TRAS LAS COMIDAS



14.- ¿QUE CUIDADOS NECESITA UNA SONDA URINARIA?

Respuesta: LA ORINA DEBE SER CLARA Y TRANSPARENTE

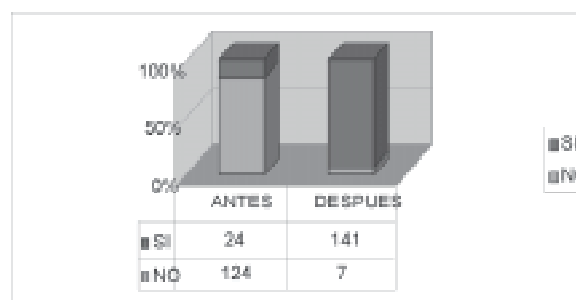


15.- ¿QUE LE GUSTARÍA QUE LE ENSEÑARAN PARA PODER Y SABER CUIDAR?

Respuesta: TOMAR Y CONTROLAR LA TENSIÓN ARTERIAL

16.- ¿CÓMO APRENDERÍA MEJOR LO NECESARIO PARA LLEVAR A CABO LOS CUIDADOS QUE NECESITA SU FAMILIAR?

Respuesta: MEDIANTE CHARLAS, VIDEOS Y FOLLETO INFORMATIVOS



17.- ¿DONDE SE DIRIGIRÍA EN CASO DE NECESITAR MATERIALES PARA CUIDAR A SU FAMILIAR?

Respuesta: TRABAJADORA SOCIAL

para asegurar la atención a los pacientes con ictus.

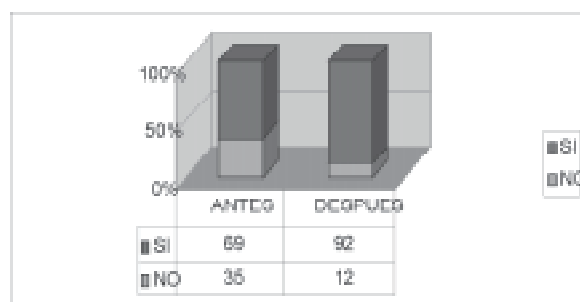
Sin embargo, observamos que el miedo a cuidar al paciente correctamente no desapareció con la intervención formativa.

BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA

1. Brown MM. Accidente cerebrovascular. Published for the British Council by the Royal Society of Medicine press limited. 2000; 56:7-19.
2. Francisco C, Mazarrasa L. Cuidados informales. Rev. Rol Enfermería 1995; 202: 61-64.
3. Torres L. Cuidados informales y paciente crítico. Tempus Vitalis, 2001; 1 (1). Disponible en: <http://www.tempusvitalis.com/Revista01/Revision1/revision1.htm>
4. Frías A, Pulido A. Cuidadores familiares de pacientes en domicilio. Index de Enfermería 2001; año X, 34:27-32.
5. López A, Pérez FJ, Álvarez C, Castro MP. ¿A qué dedica su tiempo la enfermera? Cuidados de enfermería médico-quirúrgica en el Hospital de León. Rev. Rol Enfermería 2000;23:777-9.
6. King RB, Shade-Zeldow Y, Carlson CE, Knafl D, Roth EJ. Early adaptation to stroke: patient and primary support person. Rehabil Nurs Res 1995;4:82-9.
7. Bethoux F, Calmels P, Gautheron V,

18.- ¿DONDE SE DIRIGIRÍA EN CASO DE NECESITAR MATERIALES PARA CUIDAR A SU FAMILIAR?

Respuesta: ENFERMERA DE ENLACE



CONCLUSIONES

Hallamos una gran diferencia entre los cuidadores antes y después de las intervenciones formativas, especialmente con los conocimientos del ictus y factores de riesgo, y ante cuidados muy importantes como la alimentación, las posiciones para evitar la broncoaspiración o los cuidados ante los pacientes portadores de nutrición enteral, siendo esenciales estas intervenciones formativas a los familiares

- Minaire P. Quality of Life of the spouses of stroke patients: a preliminary study. *Int J Rehabil Res* 1996;19:291-9.
8. Silberstein D. La familia, un paciente olvidado. *Rev. Rol Enfermería* 1997;223:25-30.
 9. Williams A. What bothers caregivers of stroke victims? *J Neurosci Nurs* 1994;26:155-61.
 10. Gibbon B. Stroke care and Rehabilitation. *Nurs Stand* 1994;8:49-56.
 11. Escudero B, Díaz E, Pascual O. Cuidadores informales. Necesidades y ayudas. *Rev. Rol Enfermería* 2001;24(3):183-189.
 12. Guimaraes O, Partezani R. Representaciones del cuidador familiar ante el anciano con ACV. *Rev. Rol de Enfermería* 1999;22(6)453-464.
 13. Portillo Vega MC. Análisis de un marco conceptual para el proceso de participación informal en el cuidado después de un ictus. *Enfermería Clínica* 2002;12 (4):143-151.
 14. Portillo MC, Wilson - Barnett J, Saracibar MI. Estudio desde la percepción de pacientes y familiares del proceso de participación informal en el cuidado después de un ictus; metodología y primeros resultados. *Enfermería Clínica* 2002; 3:94-103.
 15. Alfaya MM, Benbunan B. Calidad de los cuidados en el hogar y salud del cuidador informal. *Cent Salud.* 7(5): 303. Comunicación.
 16. Márquez M, Barquero A, Carrasco MC, Cárdenas MD. Los programas de educación para la salud desde una perspectiva cualitativa. El papel de la familia/ cuidadores informales. *Enfermería científica* 1997;186-187: 5-7.
 17. Kirkevold M. The role of nursing in the rehabilitation of acute stroke patients: toward a unified theoretical perspective. *Adv Nurs Sci* 1997;19:55-64.
 18. Benson L, Ducanis A. Nurses' perceptions of their role and role conflicts. *Rehabil Nurs* 1995;20:204-11
 19. Thomas L, Harrington K, Rogers H, Langhorne P, Smith M, Bond S. Development of a scale to assess nurses' knowledge of stroke: a pilot study. *Clin Rehabil* 1999;13:518-26.
 20. Tyson SF, Turner G. The process of stroke rehabilitation: what happens and why. *Clin Rehabil* 1999;13:322-32.

OTRA BIBLIOGRAFIA CONSULTADA SOBRE EL TEMA.

Magret A, Naranjo M, Fong Y. Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. *Rev. Cubana de Enfermería* 2002; 18 (1):43-49.

Toribio A, Ramírez A. Cuidemos a los cuidadores. Guía practica. *Rev. Rol Enfermería* 1999; 222:13-15.

Artigues E, Farré D, Plana A. Entorno y

cuidador : valorar para educar. Atención Primaria 2000; 26(supl. 1):339.

Puig C, Hernández-Monsalve LM, Gervas JJ. Los enfermos crónicos recluidos en el domicilio y su repercusión en la familia: Una investigación cualitativa. Atención Primaria 1992; 101:40-42.

Durán MA. El tiempo y la economía española. ICE 1991;695:9-48.

Oterino D, Peiró S, Marchan C, Ridaco M. Cuidados de enfermería en hospitalización a domicilio y hospitalización convencional. Rev. Española de Salud Publica 1998; 72:517-527.

Villacañas E, Sobrino I, Galindo R, Arnal R, Regato P, Cantero P. Intervención educativa dirigida a cuidadores y familiares de personas ancianas. Metas de Enfermería 1998; 5: 44-48.

García MM, Mateo J, Gutiérrez P. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Investigación cuantitativa (monografía EASA, 27)1999. Granada. Escuela de Salud Publica.

González L, Álvarez Gutiérrez AM. Cuidar al cuidador. Grupos y comunidad. A tu salud 2001; 33: 3-7.

Isla P. El cuidador familiar : una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia. Cultura de cuidados 1997;2:54-59.

Segura JM. Los enfermos crónicos domiciliarios y su repercusión en los

cuidadores principales. Atención Primaria 1998; 21(7):431-436.

Luque F, Bardina C, Benítez C. Cuidadores:¿quiénes son y que necesitan?. Atención Primaria 2000; 26(supl.1): 338.

Márquez M, Barquero A, Carrasco MC, Cárdenas MD. Los programas de educación para la salud desde una perspectiva cualitativa. El papel de la familia / cuidadores informales. Enfermería Científica 1997; 186-187:5-7.

Mediano C, Guillén M, Aranda E, Pérez F, Peiró S. Como en casa en ningún sitio. Satisfacción de los pacientes hospitalizados a domicilio. Rev. Calidad asistencial 1995; 1:13-18.

Montes N. Cuidadores de ancianos incapacitados. Un plan educativo. Index Enfermería 1994;8-9: 61-63.

Cobos P, Gervas L, García J, Arriba A, de Velasco JLP, Tejerina J. Estado de salud, capacidad de ayuda familiar y utilización de servicios sanitarios por pacientes crónicos recluidos en domicilio. Semer 1998; 6:441-453.

Martín R, Buenestado C, Caballero MC, Lora F. Intervención educativa dirigida a cuidadores de personas mayores dependientes. Atención Primaria 2000; 25 (7):148-149.

Roca M, Úbeda L, García I. ¿Se cuida a la familia de los enfermos crónicos? Rev. Rol Enfermería 1999; 22(1): 75-78.

Rodríguez Molinet P. Cuidadores familiares y cuidadores profesionales: compartiendo experiencias. Asistencia socio-sanitaria y bienestar 2000;2:17-20.

Sanchón Macías M, Durá Ros V, Merino MJ, Nespral F, Pérez C. El cuidado de los ancianos. Nuevo retos para las enfermeras. Gerokomos 1992; III (6): 13-16.

Segura JM. Los enfermos crónicos domiciliarios y su repercusión en los cuidadores principales. Atención Primaria 1998; 21(7): 431-436.

Segovia Gómez T, Pérez López M E. Rol del cuidador principal en el cuidado del paciente anciano hospitalizado. Metas de Enfermería 2001; 38: 16-22. Experiencias y trabajo de campo.