Cuba Salud
IV Convención
Internacional de Salud
17-21 de octubre, 2022

Estrategia de intervención para mejorar la calidad de vida de cuidadores principales de pacientes en hemodiálisis

Yippsy León Zamora[1]
Mario Avila Sanchez[2]
Carilaudy Enriquez Gónzalez[3]

[1] [1] Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, Santa Clara, Villa Clara, Cuba, yippsylz@infomed.sld.cu
[2] Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, La Habana, Cuba, marioavila@infomed.sld.cu
[3] Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, Santa Clara, Villa Clara, Cuba, carilaudyeg@infomed.sld.cu

Resumen: Introducción: la enfermedad renal crónica provoca cambios que afectan la vida del paciente y del sistema familiar. El tratamiento de hemodiálisis y las complicaciones asociadas hacen que el paciente requiera de atención sistemática no solo del equipo de salud, sino del cuidador principal, situación que con el tiempo provoca un deterioro de la salud del cuidador que repercute en su calidad de vida. Objetivo: diseñar una estrategia de intervención para mejorar la calidad de vida de los cuidadores principales de pacientes en hemodiálisis. Métodos: se realizó un estudio de intervención cualitativo-cuantitativo; descriptivo, longitudinal y prospectivo, en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital "Arnaldo Milián Castro" de Villa Clara, en el trienio 2016-2019. La muestra estuvo conformada por 63 cuidadores que cumplieron con los criterios de selección. Resultados: la mayoría de los cuidadores principales eran mujeres de 40 a 59 años, cónyuges, con vínculo laboral. Predominó un nivel moderado de autotrascendencia en el 65,08% de los cuidadores y entre las dimensiones más afectadas de su calidad de vida se muestran las emociones y la conducta (24, 64,8%), seguidas de los cambios en la apariencia física (21, 56,6%), algunos tienen afectados el descanso, el sueño y la vida social (15, 40,5%). Conclusiones: la teoría de Pamela Reed constituyó un sustento teórico útil que permitió diseñar una estrategia de intervención de enfermería dirigida a mejorar la calidad de vida y la satisfacción de los cuidadores principales de pacientes en hemodiálisis.

Palabras clave: **calidad de vida, cuidadores principales, estrategia de intervención.**

I. INTRODUCCIÓN

El surgimiento de la enfermedad renal crónica (ERC) en un miembro de la familia implica numerosas alteraciones en la estructura familiar. Las características de la enfermedad, el tratamiento de hemodiálisis (HD), las enfermedades asociadas y las complicaciones hacen que el paciente requiera cui-dados especiales y atención sistemática no solo del equipo de salud, sino del familiar que asume el rol de cuidador principal.(1,2) Esta situación mantenida provoca un deterioro de la salud del cuidador que repercute en su calidad de vida (CV).(3) En la atención a la CV del cuidador principal se deben tener en cuenta su estado de autotrascendencia y la necesidad de la integración del equipo de salud, en la que juega un papel importante el profesional de enfermería pues sus acciones deben sustentarse en la aplicación de modelos teóricos y taxonomías propias de la disciplina que guíen el desempeño enfermero.(4)

La teoría de la autotrascendencia de Pamela Reed, profesional de la Enfermería, es un salto significativo en busca del bienestar y la calidad de vida de las personas. (5) Esta teoría permite la identificación de los factores que influyen en el estado de salud del cuidador y la realización de intervenciones de enfermería para mejorar el bienestar del paciente. De ahí la importancia de que el profesional de enfermería, al realizar estrategias de intervención dirigidas a mejorar la CV del cuidador principal del paciente en HD, tenga en cuenta los sustentos teóricos de la teoría de la autotrascendencia de Pamela Reed (5) que permite brindar una atención holística al cuidador al tener en cuenta todos los factores que pueden incidir en el deterioro de su CV. El objetivo de este estudio es diseñar una estrategia de intervención para mejorar la autotrascendencia y la CV de los cuidadores principales sustentada en la teoría de la autotrascendencia de Pamela Reed.

II. MÉTODO

Se realizó un estudio de intervención cualitativo-cuantitativo; descriptivo, longitudinal y prospectivo en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital Clínico Quirúrgico Universitario “Arnaldo Milián Cas-tro” de la Ciudad de Santa Clara, Provincia de Villa Clara, en el trienio 2016-2019. La población estuvo constituida por 176 cuidadores principales de pacientes en tratamiento de HD, de los que se seleccionó una muestra de 63 cuidadores que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Los resultados fueron procesados en frecuencias y porcientos.

La investigación se realizó en dos tareas que dieron salida al objetivo. La primera tarea permitió identificar las características sociodemográficas, el estado de autotrascendencia y las dimensiones más afectadas de CV y de satisfacción de los cuidadores principales. Se utilizaron métodos cuantitativos y cualitativos: la escala de autotrascendencia de Pamela Reed, (5) que está conformada por 15 ítems, con una calificación Likert de cuatro puntos, que varía desde 1 (para nada), hasta 4 (mucho); cada ítem es una frase corta acerca de cómo una persona se ve a sí misma en ese momento de su vida. El nivel de autotrascendencia puede oscilar entre 15 y 60 puntos y establece las categorías siguientes: de 15 a 30 puntos es bajo, de 31 a 45 moderado y de 46 a 60 puntos alto, y el cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Grau y Chacón (ECVS-FC) (7) versión 2, con un formato de respuesta dicotómica (si/no).

En el caso de que la respuesta sea afirmativa se proporciona una escala de cuatro puntos (bajo, me-dio, alto y muy alto) para la cuantificación del grado o el nivel de la afectación. Las diez primeras preguntas evalúan dimensiones de la calidad de vida de los familiares cuidadores, tres preguntas están relacionadas con la satisfacción y la última evalúa el nivel global de satisfacción con la vida en ese momento a través de cinco opciones de respuesta (nulo, bajo, medio, alto y muy alto). Desde lo cualitativo, para corroborar y ampliar la información obtenida, se realizó una entrevista a profundidad a los cuidadores. Ante cada sujeto se tuvo

en cuenta el resultado de la escala, a cada uno se le preguntó sobre los diferentes aspectos según fue necesario, con su argumentación correspondiente. La segunda tarea se dirigió a diseñar una estrategia y una intervención a partir de la determinación de las dimensiones afectadas de la calidad de vida y la satisfacción que tuvo en cuenta componentes de intervención-acción y el cumplimiento de los principios éticos al contar con el consentimiento informado de los cuidadores para el desarrollo de la investigación, luego de conocer que la información obtenida solo será utilizada como resultado estadístico y se mantendrá reservada y confidencial.

III. RESULTADOS

La aplicación de los instrumentos permitió identificarlas características sociodemográficas de los cuidadores principales objetos de este estudio (Tabla1): la edad, el nivel de escolaridad, el vínculo laboral, el sexo, el parentesco con el enfermo y el lugar del cuidado.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los cuidadores primarios de pacientes en hemodiálisis.

Características socio-demográficas		Frecuencia	%
Edad	Menor de 40 años	6	9,5
	De 40 a 59 años	52	82,5
	Mayor de 59 años	5	7,9
	Total	63	100
Nivel de escolaridad	Primaria	3	4,8
	Secundaria	8	12,7
	Bachiller o técnico	48	76,2
	Universitario	4	6,3
	Total	63	100
Vínculo laboral	Trabajador	49	77,8
	Jubilado	12	19,0
	Ama de casa	2	3,2
	Total	63	100
Sexo	Femenino	59	93.7
	Masculino	13	20,7
	Total	63	100
Parentesco	Hijo(a)	19	30,2
	Esposa/ o	31	49,2
	Hermano(a)	10	15,9
	Madre	2	33,3
	Nuera	1	1,6
	Total	63	100
Lugar del cuidado	Casa cuidador	59	93,7
	Otro	4	6,3
	Total	63	100

Fuente: Escala de valoración de calidad de vida y satisfacción en familiares cuidadores (ECVS-FC) propuesta por J. Grau, M. Chacón, Y. Grau, E. García y M. Ojeda en 2006 (versión 2)

Los datos muestran que el perfil del cuidador principal del paciente en tratamiento de HD son mujeres,(9,11) en un rango de edad socialmente activas,(9,12) las que son mayoritariamente esposas.(13) El predominio del género femenino pudiera estar relacionado con las características socioculturales de la sociedad y la concepción antigua y errónea de que esta capacidad del cuidado es innata y única en este género; algo demostrado en la actualidad porque hay una parcial modificación del rol y se puede apreciar, cada vez más frecuentemente, la figura masculina como cuidador principal. El rango de edad presente en las cuidadoras describe las dificultades de una generación activa socialmente, sobre la que recae la crianza de los hijos, el cuidado de las personas dependientes, el cumplimiento de proyectos de vida y las aspiraciones estudiantiles y laborales.

El predominio en la muestra de un nivel escolar de bachiller guarda relación con los obtenidos por varios investigadores, (12,13) aspecto relacionado con el nivel escolar alcanzado en el país, lo que favorece el desarrollo de la intervención al facilitar la comprensión de los instrumentos aplicados para su diagnóstico y su evaluación, así como la adquisición de conocimientos y habilidades durante la intervención de enfermería. Al igual que describe la bibliografía (9) la mayoría de los cuidadores cuidaban a su familiar enfermo en su propia casa, lo que está relacionado con el hecho de que son precisamente los esposas y las hijas las que generalmente asumen el cuidado.

En la Figura 1 se exponen los resultados obtenidos de la aplicación de la escala de autotrascendencia a los cuidadores principales por cada uno de los ítems En el 65,08% de los cuidadores principales predominó un nivel moderado de autotrascendencia y bajo en el 15,87%; solo se obtuvo un nivel alto en el 19,04%, lo que influye de manera negativa en el alcance del bienestar y la satisfacción con la CV según la escala de autotrascendencia de Pamela Reed.

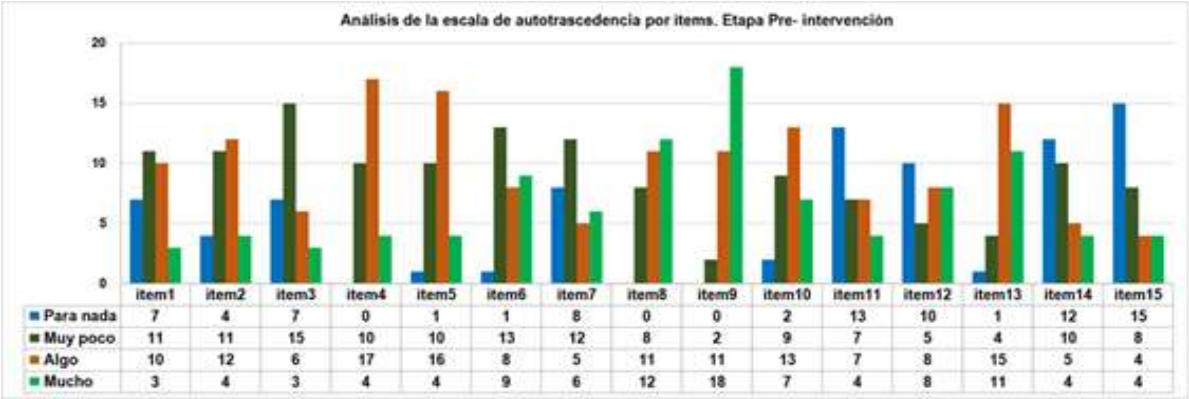
En tal sentido se observa que los de mayor afectación en el estudio fueron el ítem 15, relacionado con el enaltecimiento en sueños de ambiciones no logradas, el 14, que se relaciona con el disfrute de la vida y el número 11, referido a la aceptación de la muerte. Estos resultados difieren de los obtenidos por los investigadores mexicanos Guerrero Castañeda y Ojeda Vargas, que encontraron estos ítems altamente significativos en los adultos mayores. (14)

En relación con el disfrute de la vida (ítem14) estos datos pudieran deberse a la sobrecarga que tienen las cuidadoras de esta investigación que son mujeres y esposas que alternan las labores hogareñas con compromisos sociales unidas a su rol como cuidadoras, lo que pudiera influir en sus perspectivas y en el disfrute de la vida.

Los resultados significativos del ítem número 11 guardan relación con las características socioculturales y la idiosincrasia del país, con la forma de ver la vida y la muerte por los cubanos y con la no resignación a ver partir a un ser querido, aun cuando se sabe enfermo y en estadío final de la vida. La aplicación de la escala de autotrascendencia permitió la identificación de un nivel moderado de autotrascendencia, resultados coincidentes con los obtenidos por Guerrero Alcedo y colaboradores. (15) La cantidad excesiva de tiempo que requiere el cuidar al paciente en tratamiento de HD aumenta mientras la enfermedad progresa y el paciente desarrolla un estado de dependencia total.

En este punto el cuidador deja a un lado no solo los roles familiares sino el resto de sus actividades de índole social y laboral y establece una relación patológica con el paciente al que cuida. (11,16,17) Esta situación produce en el cuidador afectaciones en las dimensiones de CV.

Figura 1 Ítems de autotrascendencia afectados en los cuidadores principales.



Fuente: Escala de autotrascendencia de Pamela Reed

Dentro de las dimensiones de CV más afectadas (Tabla 3) están los cambios en las emociones y las conductas y en los síntomas físicos, ambos en un 96,9% de los cuidadores de la muestra, seguidos de 56 (88,8%) que refieren tener afectados el descanso y el sueño. El 79,2% refiere afectaciones con su pareja, el 82,5% (52) limitaciones económicas y afectaciones en su vida social. Solo 28 cuidadores (44,4%) se sienten satisfechos con su vida (CV global).

Tabla 2. Dimensiones de la calidad de vida afectadas en los cuidadores primarios en la evaluación basal

No	Dimensiones de calidad de vida	Frecuencia (Basal)		% (Basal)	
		SI	NO	SI	NO
1	Apariencia física	51	12	81,0	19,0
2	Emociones/conducta	61	2	96,9	3,17
3	Sintomatología física	61	2	96,9	3,17
4	Relaciones de pareja	48	15	79,2	23,8
5	Autocuidado	35	28	55,5	44,4
6	Proyecto de vida	51	12	81,0	19,0
7	Descanso y sueño	56	7	88,8	11,1
8	Repercusiones económicas	52	11	82,5	17,4
9	Vida social	52	11	82,5	17,4
10	Relaciones con la familia	23	40	36,5	63,4
11	Satisfacción con los recursos materiales	15	48	23,8	76,2
12	Satisfacción con la preparación recibida	19	44	30,1	69,8
13	Satisfacción con la asistencia humana	18	45	28,5	71,2
14	Satisfacción con su vida (CV global)	28	35	44,4	55,5

Fuente: Escala de valoración de calidad de vida y satisfacción en familiares cuidadores (ECVS-FC) propuesta por J. Grau, M. Chacón, Y. Grau, E. García y M. Ojeda en 2006 (versión 2)

Los resultados obtenidos por los autores del presente estudio guardan similitud con los de la investigación realizada por Eterovic Díaz y colaboradores (18) que identifican entre las dimensiones más afectadas las emociones y las conductas y los síntomas físicos, resultados que están relacionados con el nivel de dependencia del paciente enfermo, la sobrecarga que sufren las cuidadoras, las situaciones y los factores estresantes (o ambos) que median en el cuidado del enfermo. De acuerdo a los supuestos de Reed (5) en este momento el cuidador se encuentra en la fase de vulnerabilidad (en este momento se aplica la estrategia de intervención). La apropiación de conocimientos y herramientas por parte del cuidador hacen que en su interacción con el entorno logre la autotrascendencia, lo que se traduce en un estado de bienestar, a juicio de los autores, en la mejora de la CV del cuidador principal.

Como resultados del diagnóstico se diseñó una estrategia de intervención constituida por un sistema de acciones que responden a una atención holística y personalizada, según las características de cada cuidador, que tiene en cuenta el carácter subjetivo del constructo CV y un enfoque grupal al atender a las potencialidades de esta técnica para socializar, intercambiar experiencias y facilitar la aprensión de métodos, técnicas y herramientas que le permitan al cuidador mejorar su CV. Por su carácter sistémico los resultados obtenidos en cada una de las sesiones sirven de punto de partida y diagnóstico inicial de la siguiente. La estrategia tiene como premisa la adquisición de conocimientos y el desarrollo de habilidades que contribuyan a mejorar la CV de los cuidadores principales y consta de tres fases: preparatoria, ejecutiva y evaluativa.

I-Fase preparatoria: se determinan las vías, los métodos, las técnicas y los instrumentos para la realización del diagnóstico. Para el desarrollo de esta etapa son necesarias la motivación y la cooperación de los participantes, a los que se les informan los objetivos de la estrategia, la forma en que se procederá para su realización y la importancia que tienen en el desarrollo de las acciones.

II-Fase ejecutiva: se ponen en práctica las acciones previstas en la planificación dirigidas hacia los cuidadores principales de paciente en tratamiento de HD, se tuvieron en cuenta los factores que inciden en la autotrascendencia, la calidad de vida y la satisfacción de los cuidadores. La estrategia está estructurada en dos bloques de actividades atendiendo a los factores que influyen en la autotrascendencia, la CV y la satisfacción de los cuidadores: bloque A, factores personales y bloque B, factores contextuales). y se establecen según el orden o el nivel de afectación identificados en los cuidadores principales, por ejemplo: acciones para el control de las emociones y las conductas, otras para mejorar los síntomas físicos, lograr el descanso y el sueño, fomentar las relaciones de pareja, las sociales, la estima, la espiritualidad, la capacidad de resolución a los problemas, la satisfacción personal, etc. El resultado de cada actividad servirá como punto de partida para el desarrollo de la siguiente. Esta intervención permitirá al cuidador establecer vías y estrategias que faciliten su labor sin afectar su CV.

III-Fase evaluativa: Aunque se considera como una etapa de la estrategia, el control se desarrolla desde que comienza el diagnóstico, está presente en la orientación y la ejecución y al finalizar su aplicación, se realiza por medio de la valoración de la calidad de los indicadores previstos a través de métodos como la entrevista, la encuesta y la observación. En la etapa de control participan tanto el enfermero como los cuidadores; estos resultados deberán ser del conocimiento de todos los factores que intervienen en el mejoramiento de la calidad de vida de los cuidadores. Estas fases se interrelacionan en el tiempo pues, aunque se realizó un diseño preliminar, en el transcurso de la implementación y el control se recoge información por parte de los que permitió mejorar, reforzar acciones e ir adaptando el diseño inicial a las condiciones reales de los cuidadores principales. (8)

IV. CONCLUSIONES

La teoría de Pamela Reed constituyó un sustento teórico útil que permitió diseñar una estrategia de intervención de enfermería dirigida a mejorar la calidad de vida y la satisfacción de los cuidadores principales de pacientes en HD. La caracterización de las personas cuidadoras permitió identificarlas como entes con vínculo afectivo y alto nivel de educación porque la mayoría de las cuidadoras son féminas, entre 41 y 59 años de edad, esposas o hijas, con nivel escolar de bachiller y con vínculo laboral. La intervención de enfermería diseñada posee un enfoque sistémico y transformador al concebir el papel activo de los participantes en una estrategia de intervención que tiene en cuenta los factores contextuales y personales que inciden en el estado de bienestar y en la calidad de vida y la satisfacción de los cuidadores de acuerdo a los referentes teóricos utilizados.

REFERENCIAS

1. Agüero DM. Implementación de cuidados paliativos en la Insuficiencia Renal Crónica Terminal. Rev Arg Gerontol y Geriatr [Internet]. 2018[citado 15 oct 2018]; 32(1): [aprox.2p.]. Disponible en http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2018/08/RAGG-08-2018-57.pdf
2. Aguilera Flórez AI, Castrillo Cineira EM, Linares Fano B, Carnero García RM, Alonso Rojo AC, López Robles P. Análisis del perfil y la sobrecarga del cuidador de pacientes en Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis. Enferm Nefrol [Internet]. 2016[citado 28 Sep. 2017]; 19(4): [aprox.8p.]. Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/3598/359849107007.pdf
3. Rodríguez M R. Modelos de enfermería integrados al cuidado del paciente nefrológico en el contexto cubano. Instituto Rev Cubana de Enf [Internet]. 2012[citado 15 oct 2018]; 28(4): [aprox.2p.]. Disponible en: http://www.medagraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2012/cnf124dpdf
4. Otero H. El estrés del cuidador primario familiar de pacientes con IRCT [tesis de Maestría]. Facultad de Psicología, Ciudad de La Habana, 2000.
5. Martínez Rodríguez L, Grau Valdés Y. Sentido personal del rol en cuidadores principales de pacientes en hemodiálisis en Cuba. Rev Univ Autónoma Chiapas [Internet]. 2017 [citado 2 Oct. 2017]; 6(14): [aprox. 19 p.]. Disponible en: http://www.espacioimasd.unach.mx/articulos/num14/pdf/hemodialisis.pdf
6. Valdés I. El apoyo social percibido por los pacientes en hemodiálisis [tesis de especialidad]. Instituto Superior de Ciencias Médicas, Ciudad de La Habana, 2003).
7. Vázquez Rodríguez Y. Autocuidado de pacientes hemodializados desde su cuidador [tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas; 2017. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://tesis.sld.cu/index.php%3FP%3DDowloadFle%26Id%3D770&ved=2ahUKEwjT9qfIl3lAhWhxVkKHcmIDHoQFjACegQICBAB&usg=AOvVaw2jIlTE4o6AUEN-vqcqcp_S
8. Reed PG, Coward DD. Teoría de la Autotrascendencia. En: Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Teorías y modelos de enfermería. 8 ed. Barcelona: S.A. Elsevier. España; 2015.
9. Neuman B, Lauson TG. Modelo de los sistemas. En: Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Teorías y modelos de enfermería. 8 ed. Barcelona: S.A. Elsevier. España; 2015.
10. Peñacoba C, Velazco L, Mercado F, Moreno R. Comunicación, Calidad de Vida y satisfacción en pacientes de Cuidados Paliativos. Psicología y Salud.2006; 15 (2): 195-206.
11. Velázquez Pérez Y, Espín Andrade M. Repercusión psicosocial y carga en el cuidador informal de personas con insuficiencia renal crónica terminal. Rev Cubana Salud Pública [Internet].2014 Mar [citado

28 Sep 2017]; 40(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662014000100002
12. Ávila-Toscano JH, Vergara-Mercado M. Calidad de vida en cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas. AQUICHAN [Internet]. 2014 [citado 15 May 2018]; 14(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.redalyc.org/html/741/74132361011/
13. Carreño-Moreno SP, Chaparro-Díaz L. Calidad de vida de los cuidadores de personas con enfermedad crónica. AQUICHAN [Internet]. 2016 [citado 15 May 2018]; 16(4): [aprox. 4 p.].Disponible en: http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/4766
14. Eterovic Díaz C, Mendoza Parra S, Sáez Carrillo K. Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadoras/es informales de personas dependientes. Enf Goblal [Internet]. 2015 [citado 15 may 2018];(35): [aprox. 2 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000200013
15. Carmona Moriel CE, Nolasco Monterroso C, Navas Santos L, Caballero Romero J, Morales Medina P. Análisis de la sobrecarga del cuidador del paciente en diálisis peritoneal. EnfermNefrol [Internet]. 2015 Sep [citado 28 Sep 2018]; 18(3): [aprox. 9 p.]. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v18n3/06_original5.pdf
16. Flórez Torres IE, Herrera Alarcón E, Carpio Jiménez E, Vecino Amador MA, Zambrano Barrios D, Reyes Narváez Y, et al. Afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de unidades de cuidado intensivo. Aquichán. 2011 [citado 13 Sep. 2017];11(1): [aprox. 3 p.]. Disponible en:
http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichanrt/printerFriendly/1818/238/2
17. Rivero García R, Segura García E, Juárez Corpus NB. Sobrecarga del cuidador primario de pacientes en programa de hemodiálisis generada por el reingreso hospitalario. Dial Traspl[Internet]. 2015[citado 28 Sep. 2018]; 36(2): [aprox. 9 p.]. Disponible en:
http://appswl.elsevier.es/publicaciones/item/pdf?idApp=UINPBA00004N&pii=S1886284515000028&ori-gen=zonadelectura&web=zonadelectura&urlApp=http://www.elsevier.es&estadoItem=S300&idiomaItem=es
18. Contreras Gallego A, López Soto PJ, Crespo Montero R. Análisis de la relación entre nivel de dependencia del paciente en hemodiálisis y sobrecarga del cuidador principal. Enferm Nefrol [Internet]. 2014 [citado 28 Sep. 2017]; 17(2): [aprox. 6 p.]. Disponible en:
http://www.revistaseden.org/imprimir.aspx?idArticulo=4424170094094095100424170
19. Andreu Periz L, Moreno Arroyo C, Julve Ibáñez M. Características del cuidado familiar a pacientes dependientes en programa de hemodiálisis. Rev Soc Esp Enferm Nefrol[Internet]. 2011 Mar [citado 28 Sep. 2017];14(1): [aprox. 2 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v14n1/carta1.pdf
20. Carreño-Moreno SP, Chaparro-Díaz L. Calidad de vida de los cuidadores de personas con enfermedad crónica. AQUICHAN [Internet]. 2016 [citado 15 May 2018]; 16(4): [aprox. 4 p.]. Disponible en:
http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/4766
21. Martínez Rodríguez L, Grau Valdés Y. Sentido personal del rol en cuidadores principales de pacientes en hemodiálisis en Cuba. Rev Univ Autónoma Chiapas [Internet]. 2017 [citado 2 oct. 2017]; 6(14): [aprox. 19 p.]. Disponible en: http://www.espacioimasd.unach.mx/articulos/num14/pdf/hemodialisis.pdf