

Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes y sus cuidadores en una unidad renal de la ciudad de Cali en 2013

Quality of life related to the health of patients and their caregivers in a renal unit Cali in 2013

Qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes e seus cuidadores em uma unidade renal Cali em 2013

COLCIENCIAS TIPO 1. ARTÍCULO ORIGINAL

RECIBIDO: FEBRERO 1, 2014; ACEPTADO: MARZO 12, 2014

Carolina Castaño Castro

Carol15cc@hotmail.com

Danisa Perea Mosquera

d.anip@hotmail.com

Lina María Hurtado Quiroz

Lina.hurtadoq@gmail.com

Adriana Sánchez Ruiz

nanitafisiotp@yahoo.com

Universidad Santiago de Cali, Colombia

Resumen

La enfermedad renal crónica [ERC] genera cambios en el bienestar físico, mental y social de quien la padece y de quien se encarga de su cuidado. Esta investigación estudia la calidad de vida de ambos para identificar en qué medida se afecta su percepción de bienestar. Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal, con una muestra de 86 pacientes con ERC y sus cuidadores, en el cual se administraron los cuestionarios KDQOL -36 y ZARIT respectivamente; además de valora datos sociodemográficos mediante entrevista personal. En el estudio predominó el género femenino (55,81%); la edad media fue de 70,6 años; el 46,51% tenían menos de un año de evolución de la enfermedad, el 95,35% estaban en diálisis peritoneal y el 83,72% contaba con apoyo familiar. La totalidad de la población consideró baja su calidad de vida. En los cuidadores predominó el género femenino (74,42%). Se concluye que los pacientes con ERC perciben una baja calidad de vida, y que sus cuidadores no perciben un alto nivel de sobrecarga.

Palabras Clave

Enfermedad renal crónica; calidad de vida; diálisis; sobrecarga; cuidador.

Abstract

Chronic Kidney Disease [CKD] causes physical, mental and social changes in both, the patients and their caregiver. This paper studies the quality of life related to the patient's health and level of caregiver overload in order to identify the extent to which it affects the perception of being in these people. This cross sectional study took a sample of 86 patients with chronic kidney disease on dialysis –and their caregivers–, an applied two questionnaires: KDQOL y Zarit -36, respectively; also, socio demographic data values was get through personal interview. The study reflects female gender predominance (55.81 %); 70,6 years, was the average age; 46.51 % had less than a year of evolution of the disease; 95.35 % were on dialysis peritoneal and 83.72 % had family support. The overall quality of life is considered low (100%). Female is the predominant gender in caregivers (74.42 %). The study concluded: patients with CKD have a lower quality of life; most caregivers does not perceive overload.

Keywords

Chronic kidney disease; quality of life; dialysis; overload; caregiver.

Resumo

A doença renal crônica [DRC] provoca alterações no doente físico, mental e social, e que é responsável por seu bem-estar cuidado. Esta pesquisa estuda a qualidade de vida de ambos para identificar até que ponto a sua percepção de ser afetado. Este é um estudo descritivo transversal com uma amostra de 86 pacientes com DRC e seus cuidadores, em que os questionários KDQOL -36 e Zarit foram administrados respectivamente; Além valorizados aos dados sociodemográficos por entrevista pessoal. No estudo a predominância do sexo feminino (55,81%); a média de idade foi de 70,6 anos; a 46,51% tinham menos de um ano da progressão da doença, 95,35% estavam em diálise peritoneal e 83,72% tinham o apoio da família. Toda a população considerada de baixa qualidade de vida. Nos cuidadores predominantes do sexo feminino (74,42%). Conclui-se que pacientes com DRC receber uma menor qualidade de vida, e seus cuidadores não percebem um alto nível de sobrecarga.

Palavras chave

A doença renal crônica; qualidade de vida; diálise; sobrecarga; cuidador.

I. INTRODUCCIÓN

Se entiende por Enfermedad Renal Crónica [ERC] a la pérdida progresiva e irreversible de la función renal. Inicia con el deterioro progresivo del volumen de filtrado glomerular, por el reclutamiento de las nefronas dañadas, al que se agregan los trastornos tubulares de homeostasis y, finalmente, la falla de las funciones hormonales del órgano.

El mundo transita por una verdadera epidemia de las llamadas *enfermedades crónicas no transmisibles*, dentro de las cuales se encuentra la ERC. Se estima que ellas son responsables del 60% de las muertes en el mundo; junto con las enfermedades reumáticas y la depresión, constituyen el principal gasto en salud y la principal causa de discapacidad para el año 2020.

Se estima que en Colombia hay 21.572 pacientes que presentan ERC, de ellos, 11.928 reciben tratamiento en hemodiálisis, 5.616 se encuentran en diálisis peritoneal, 2.695 tienen trasplante y 1.333 mantienen manejo médico. A nivel regional, en el Valle del Cauca, específicamente en Cali, el porcentaje de mortalidad global por la enfermedad renal crónica es del 15.8% (17.4% en hemodiálisis y 15.1% en diálisis peritoneal). El país no se dispone de programas para su prevención y tratamiento, aunque existe la necesidad de implementarlos para retardar o evitar la progresión de la ERC.

La ERC genera cambios en el bienestar físico, mental y social de quien la padece, sin embargo, no se puede dejar de lado el efecto que produce sobre los cuidadores, debido a la sobrecarga de actividades relacionadas con su familia, como la higiene, los traslados, el acompañamiento y el descuido de sí mismo, que ocasionan el deterioro en la calidad de vida de paciente y cuidador; esta situación, en muchas oportunidades no es tomada en consideración por el personal de la salud, para enfocar objetivos esenciales en el tratamiento.

Este panorama conllevó a la realización de un estudio en el cual se determinó la calidad de vida relacionada con la salud, tanto del cuidador, como del paciente con ERC que asistieron a una unidad renal de la ciudad de Cali, mediante la aplicación de los cuestionarios KDQOL-36 y ZARIT, con el fin de obtener datos específicos de la intervención, y hacer visibles otros aspectos que se ven afectados, tales como el auto-cuidado, la carga de la enfermedad y el apoyo social, importantes a tener en cuenta como parte fundamental del tratamiento de los pacientes con ERC.

En este artículo se presentan los resultados obtenidos,

los cuales muestran que la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica fue considerada baja y que, por otro lado, los cuidadores no manifestaron tener sobrecarga.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de corte transversal realizado en pacientes con ERC y su cuidador, que asisten a una institución de la ciudad de Cali en 2013. El estudio incluyó pacientes con ERC que estaban en diálisis, mayores de edad. Se excluyó del estudio a pacientes con trasplante renal y/o alteraciones cognitivas.

Participaron 198 personas: 106 pacientes con diagnóstico de ERC y 92 cuidadores, seleccionados a conveniencia. En total, fueron excluidas 26 personas, 20 pacientes y 6 cuidadores, por lo que el grupo quedó conformado por 86 pacientes e igual número de cuidadores.

A. Procedimiento y recolección de datos

Luego de obtener el permiso de la Institución donde se realizó la investigación, se seleccionaron los participantes que cumplieren con los criterios de inclusión; ellos fueron informados acerca del objetivo de la investigación y firmaron su consentimiento para participar en el estudio.

Los instrumentos fueron aplicados individualmente, el tiempo promedio de duración fue de 15 minutos. Una vez recolectados los datos, estos fueron ingresados a una base de datos construida en MSExcel y Epi info v7.0, visualizando los resultados a través de tablas y figuras, realizando análisis univariado y bivariado.

Se efectuó un análisis descriptivo de los datos, calculando las medidas de tendencia central para las variables cuantitativas y las frecuencias para las variables categóricas o cualitativas.

B. Instrumentos

El *Kidney Disease Quality of Life* [KDQOL- 36] es un cuestionario específico para pacientes con enfermedad renal en diálisis. Existe una versión abreviada o *short form*, elaborada y validada por la Universidad de Arizona. La versión adaptada al español fue desarrollada en 1997 y validada preliminarmente en 1998. Esta versión integra 36 preguntas y está constituida por un módulo genérico, que incluye el SF-12, y tres módulos específicos sobre la enfermedad del riñón^[1]. Las opciones de respuesta forman, en su mayoría, escalas de tipo Likert que evalúan la

intensidad y la frecuencia con rangos de respuesta entre tres y cinco. Cada pregunta esta codificada numéricamente y su puntaje es transformado en una escala de 0 a 100, en donde un mayor valor refleja una mejor calidad de vida en relación con la salud [CVRS].

La escala de ZARIT, por su parte, consta de 22 ítems, cada uno con una puntuación entre 1 y 5 puntos. Existe una versión validada en castellano y permite establecer la existencia de sobrecarga leve –entre 47 y 55 puntos–, y de sobrecarga intensa –con valores iguales o superiores a 56 puntos–^[2].

C. Encuestas socio-demográficas y clínicas

Se diseñó un formato que permitió recoger información sobre las características socio-demográficas de los pacientes y cuidadores; además de características clínicas específicas de los pacientes, fueron identificadas variables como la edad, el género, el nivel socioeconómico, el estado civil, la etnia, la ocupación, el parentesco, las personas a su cuidado, los antecedentes personales, los hábitos, el tiempo de evolución de la enfermedad, el tipo de tratamiento, el número de hospitalizaciones y el apoyo familiar.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes n=86

Ítem	Categoría	Frecuencia	%
Género	Femenino	48	55,81
	Masculino	38	44,19
Edad	33-43	2	2,33
	44-54	6	6,98
	55-65	23	26,74
	66-76	20	23,26
	77-87	30	34,88
Estado civil	88-98	5	5,81
	Soltero	15	17,44
	Casado	32	37,21
	Unión Libre	15	17,44
	Divorciado	3	3,49
Etnia	Viudo	21	24,42
	Blanco	47	54,65
	Afrodescendiente	20	23,26
Estrato socio-económico	Mestizo	19	22,09
	1	11	12,79
	2	24	27,91
	3	45	52,33
	4	5	5,81
	5	1	1,16

Como se puede apreciar en la Tabla 1, la muestra estuvo compuesta principalmente por personas de género femenino, casadas, con edad promedio de 70,6 años, pertenecientes al estrato socioeconómico 3.

En la tabla 2 se puede apreciar el predominio del género femenino en los cuidadores; el rango de edad con mayor frecuencia fue de 40 a 50 años; principalmente se trató de personas casadas, dedicadas a labores del hogar, pertenecientes al estrato 3. Por lo general eran hijos de los pacientes y gran parte tenía entre una y tres personas a su cuidado.

Tabla 2. Características socio-demográficas del cuidador

Ítem	Categoría	Frecuencia	%
Género	Femenino	64	74,42
	Masculino	22	25,58
Edad	18-28	16	18,60
	29-39	14	16,28
	40-50	24	27,91
	51-61	18	20,93
	62-72	9	10,47
	73-83	3	3,49
	84-94	2	2,33
Estado civil	Soltero	28	32,56
	Casado	32	37,21
	Unión Libre	19	22,09
	Divorciado	3	3,49
	Viudo	4	4,65
Ocupación	Estudiante	7	8,14
	Hogar	38	44,19
	Trabajador en Asociación	13	15,12
	Trabajador Independiente.	18	20,93
	Jubilado	4	4,65
	Otros	6	6,98
	Estrato	1	14
2		28	32,56
3		34	39,53
4		9	10,47
5		1	1,16
Parentesco	Hijo/a	48	55,81
	Nieto/a	11	12,79
	Cónyuge	8	9,30
	Otros	8	9,31
	Hermano/a	7	8,14
Personas a su cuidado (#)	Enfermera	4	4,65
	1 – 3	68	79,07
	4 – 6	18	20,93

En la Tabla 3 se observa que más de la mitad de la población presentaba hipertensión arterial; predominó el sedentarismo como hábito; la mayoría llevaba menos de un

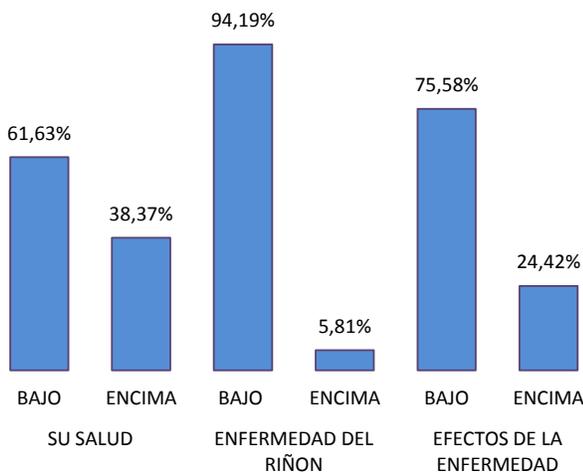
año con la enfermedad; el tratamiento más utilizado fue la diálisis peritoneal; muchos pacientes presentaron de 0 a 3 hospitalizaciones; y la mayoría tuvo buen apoyo familiar.

Tabla 3. Características clínicas del paciente

Ítem	Categoría	Frecuencia	%
Antecedentes personales	HTA	69	80,23
	Otros	34	39,53
	Diabetes	24	27,91
	IAM	5	5,81
	Ninguno	5	5,81
	Cáncer	3	3,49
Hábitos	Sedentarismo	40	46,51
	Tabaquismo	30	34,88
	Consumo de alcohol	21	24,42
Tiempo de evolución de la enfermedad (años)	<1	40	46,51
	1-3	26	30,23
	> 3	20	23,26
Tipo de tratamiento	Diálisis	82	95,35
	Hemodiálisis	4	4,65
Hospitalizaciones previas (#)	0-3	74	86,04
	4-7	12	13,96
Apoyo familiar	Si	72	83,72
	No	14	16,28

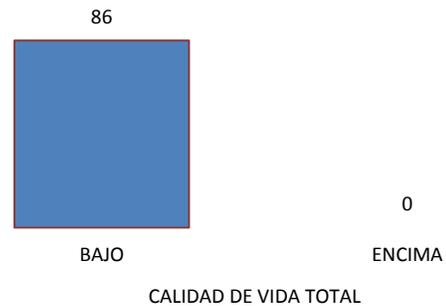
Al comparar los dominios, el que tiene mayor porcentaje con personas por debajo del valor de referencia considerado para tener menor calidad de vida (i.e., 50) es el de enfermedad del riñón, seguido de efectos de la enfermedad y, por último, de su salud (Figura 1); del mismo modo se analiza la calidad de vida total, lo que muestra que la totalidad de la población se encuentra por debajo del valor de referencia, lo que indica baja calidad de vida (Figura 2).

Figura 1. Dominios del instrumento KDQOL-36 n= 36



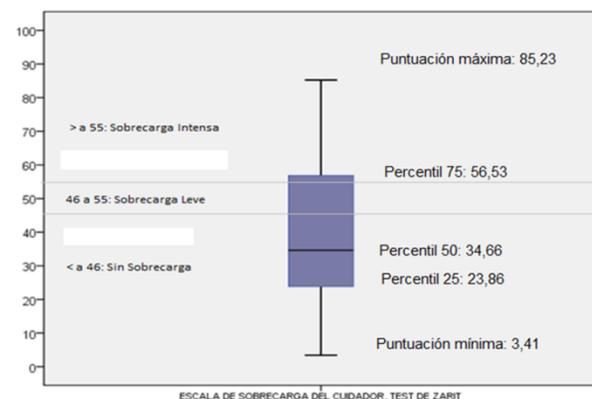
En lo referente a los promedios obtenidos para cada uno de los dominios, es evidente que el dominio con mayor compromiso es el que evalúa la enfermedad del riñón, con un promedio de 28,04. Por su parte, el dominio con menor compromiso es el que valora la salud del paciente, con un promedio de 46,58. Sin embargo, llama la atención que los promedios obtenidos en los tres dominios se encuentran por debajo del valor referencial de 50, lo que, como se dijo, indica un compromiso o una menor calidad de vida.

Figura 2. Calidad de vida total del KDQOL-36 n= 86



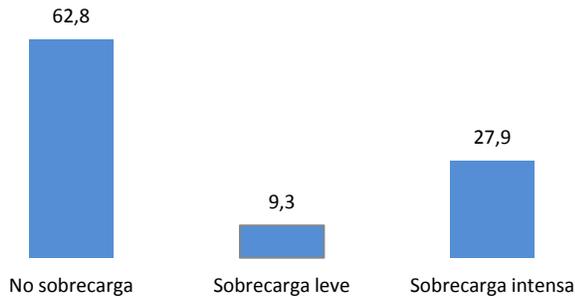
En los análisis bivariados se consideraron variables como género, tiempo de evolución, tiempo de tratamiento y apoyo familiar con la calidad de vida donde se concluye que no existe relación significativa entre estos, ya que se evidencian resultados similares en cada correlación. La Figura 3 representa la tendencia de la valoración de la sobrecarga de los cuidadores incluidos en el estudio, Se evidencia que, según el Test de Zarit, la mayoría de los participantes se concentra por debajo de la puntuación, que indica que no refieren sobrecarga (<46). Sin embargo, se encuentran cuidadores con sobrecarga leve (46 a 55) y cuidadores que se ubican por encima del punto de corte que refleja sobrecarga intensa (>55).

Figura 3. Box Plott. Puntuaciones escala de sobrecarga del cuidador. Test de Zarit n=86



Esto corrobora los hallazgos presentados en la Figura 4, que indican que el 62,8% de los cuidadores no refieren sobrecarga, 9,3% reportan sobrecarga leve y 27,9% sobrecarga intensa.

Figura 4. Distribución porcentual de los cuidadores según sobrecarga referida. Test de Zarit, n=86



IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La ERC es una patología que genera la pérdida gradual y progresiva de la función de los riñones, lo cual genera disminución de la capacidad funcional y del bienestar emocional de las personas que la padecen.

Esta patología es progresiva y altamente demandante de los recursos del individuo que la padece y de su familia, con serias consecuencia sobre su calidad de vida. Además de poseer las características de otras enfermedades crónicas, la ERC tiene factores que incrementan su severidad.

Respecto del género, en los pacientes con ERC predominó el género femenino (55,81%), similar a lo que refleja la investigación *Prevalencia de la enfermedad renal crónica determinada mediante la aplicación de ecuaciones predictivas en personas hipertensas atendidas en atención primaria*, realizada por Gómez-Navarro en 2009, quien encontró un predominio del género femenino con 57,7%^[3]; aunque la literatura evidencia que la enfermedad renal no distingue género, los resultados de la presente investigación podrían explicarse debido a que hubo mayor frecuencia de mujeres en la población bajo estudio.

La población estuvo conformada por pacientes con un rango de edad que osciló entre 33 y 98 años, la edad media del grupo fue de 70,6; similar al estudio mencionado de Gómez-Navarro, que tuvo una edad media de 72,4; esto probablemente se explique debido a que estudios epidemiológicos muestran que la frecuencia más alta de ERC se presenta entre los mayores de 60 años, por sus

antecedentes familiares y patológicos, tales como la insuficiencia renal, la hipertensión, la diabetes, la enfermedad cardiovascular y las enfermedades autoinmunes, que los ponen en mayor riesgo^[3].

De acuerdo con el tipo de tratamiento, en esta investigación el 95,35% recibía tratamiento con diálisis peritoneal, resultado que es compatible con lo encontrado en la literatura, donde se afirma que el tratamiento sustitutivo de elección es la diálisis peritoneal por que permite una dieta más libre, disminuye las visitas al hospital, proporciona mayor tiempo en familia, tiene menor requerimiento de personal asistencial y presenta una reducción de implementos para el proceso de tratamiento, logrando atenuar la morbimortalidad de estos pacientes.

Los pacientes de este estudio manifestaron tener un buen apoyo por parte de sus familiares (83,72%), situación de gran importancia ya que las enfermedades crónicas generan en el paciente incertidumbre, desgaste físico, dependencia y cambios en el estilo de vida, de modo que si el paciente no cuenta con el suficiente apoyo o soporte social, no logrará adaptarse al proceso de la enfermedad. Este aporte se relaciona con lo hallado en el estudio *Factores psicosociales relacionados con la calidad de vida en salud en pacientes hemodializados* realizado por Urzúa, Pavlov, Cortés y Pino, en 2011^[4].

En el estudio el dominio que presentó mayor compromiso fue la enfermedad del riñón, ya que los pacientes referían sentir los signos y síntomas característicos de la enfermedad, encontrando con más frecuencia dolor muscular y calambres. Esto es contrario a los hallazgos del estudio de Urzúa et al., en el cual el dominio más afectado fue su salud^[4].

Aunque se observan resultados contrarios es importante considerar que varios estudios publicados coinciden en que pacientes con mayores niveles de ansiedad y depresión tienden a quejarse más de los síntomas y, por consiguiente, a percibir una baja calidad de vida respecto de su salud.

En relación con la percepción de la calidad de vida, la totalidad de los pacientes la considera baja, tal como ocurrió en el estudio *Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis*^[5] realizado por Seguí Goma et al., en 2010. Esta baja puntuación puede deberse a que la enfermedad genera limitación en aspectos tales como la alimentación, la actividad física y la interacción social, lo cual ocasiona mayor dependencia en

las actividades de la vida diaria y afecta la percepción del bienestar en los pacientes.

Al analizar la calidad de vida relacionada con la salud (KDQOL-36) según el género de los pacientes, no se encontró una correlación significativa debido a que en el presente estudio hubo mayor frecuencia de mujeres. Sin embargo, cabe indicar que ellas presentaron menores puntuaciones en comparación con las de los hombres, como ocurre en el estudio *Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis* realizado por Contreras et al., en 2006, el cual evidencia que los hombres presentan mejor calidad de vida que las mujeres^[6].

Esto puede deberse a que el género femenino expresa con mayor libertad sus emociones y las molestias generadas por los síntomas y por la carga de la enfermedad, lo cual no quiere decir que el género masculino no sienta la misma incomodidad, sino que comúnmente no la expresan ante la sociedad.

De igual forma, se correlacionó el tiempo de tratamiento y la calidad de vida en los pacientes, lo que indicó que no hubo relación entre estas variables, ya que todos presentaban baja calidad de vida, sin importar cuánto llevaban en diálisis. Este resultado es similar al obtenido en el estudio citado de Urzúa et al., de 2011, el cual afirma que el tiempo de tratamiento no interviene de manera significativa en la evaluación de su calidad de vida, hecho que puede deberse al proceso de adaptación a la enfermedad, situación que ha sido observada en otras patologías crónicas^[4].

De acuerdo con la correlación entre apoyo familiar y calidad de vida, se observó que los pacientes tienen un buen nivel de apoyo por parte de sus familiares, ya que la mayoría son parientes muy cercanos que contribuyen, tanto en aspectos económicos, como afectivos, haciendo que la enfermedad sea más llevadera, lo que se refleja de manera positiva en el aspecto emocional del paciente. Por consiguiente, se esperaba encontrar que los pacientes con apoyo familiar tuviesen una mejor calidad de vida. Sin embargo, en los participantes de este estudio este aspecto no interviene de manera significativa en la calidad de vida, contrario a lo hallado en el estudio de Urzúa et al, quienes demuestran que la calidad de vida mejora con el apoyo familiar^[4].

Por otro lado, al analizar el grupo de cuidadores con relación al género, se observó una mayor proporción de

mujeres desempeñando este rol; se encontraron hallazgos similares en la literatura, lo que probablemente ocurre debido a que, a lo largo de la historia, a este género se le ha atribuido la responsabilidad por la salud de la familia, como un compromiso moral, natural, marcado por el afecto, y considera a la mujer como una cuidadora por excelencia.

De acuerdo con el parentesco, se encontró que los cuidadores generalmente son hijos de los pacientes. El 55,81% obtenido por ellos en este estudio, es similar al hallado por Díaz Álvarez en 2007, en su estudio *Habilidades de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica vinculado al hospital San Rafael de Girardot*, en el cual, el 61,4% de los cuidadores tenían una relación de consanguinidad de primera línea⁷. Esta situación puede obedecer a que ellos brindan afecto directo y apoyo a su familiar.

Finalmente, se encontró que más de la tercera parte de los cuidadores no presentó sobrecarga. Se destaca que el 27,9% presentó sobrecarga intensa, lo que puede deberse a que tienen más de una persona a su cuidado, presentan edad avanzada y/o realizan tareas propias de su rol. Este resultado se asemeja al obtenido por López Gil et al., en su estudio de 2009 *El rol del cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud*, que evaluó la sobrecarga del cuidador y sus repercusiones sobre su calidad de vida, y encontró sobrecarga en más de la mitad de la población, con un nivel de sobrecarga severa de 32,7%^[8].

En cuanto a las debilidades, cabe señalar dos: la primera, que la distribución muestral respecto del género no fue homogénea, lo que impidió la interpretación general relacionada con la calidad de vida del paciente; la segunda, que el tiempo de recolección de datos se extendió debido a que el macroproyecto del cual hacía parte esta investigación, no se desarrolló.

Se concluye que el dominio con mayor compromiso es el de su enfermedad del riñón, que afecta de manera significativa la calidad de vida de los pacientes, lo es un punto de partida para diseñar e implementar un programa encaminado a mejorar, tanto la calidad de vida del paciente, como la de su cuidador, que involucre actividades educativas, control médico y entrenamiento físico supervisado, para mejorar la tolerancia al ejercicio y prevenir complicaciones, resaltando que la totalidad de los pacientes encuestados percibieron una baja calidad de vida.

Por otro lado, aunque más de la mitad de la cuidadores no presentó sobrecarga, llama la atención que un 27,9% manifestó sentir una sobrecarga intensa.

V. REFERENCIAS

- [1]. Hays RD, et al. Kidney disease quality of life short form (KDQOL-SF™), version 1.3: A manual for use and scoring. Santa Monica, CA: RAND; 1997.
- [2]. Zarit JM, Zarit SH. Measurement of burden and social support. Paper presented at the Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America, San Diego, CA; 1982.
- [3]. Gómez-Navarro R. Prevalencia de la enfermedad renal crónica determinada mediante la aplicación de ecuaciones predictivas en personas hipertensas atendidas en Atención Primaria. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2009; 83(3):463-469.
- [4]. Urzúa A, Pavlov R, Cortés R, Pino V. Factores Psicosociales Relacionados con la Calidad de Vida en Salud en Pacientes Hemodializados. *Terapia Psicológica*. 2011; 29(1):135-140
- [5]. Seguí-Gomà A, Amador-Peris P, Ramos-Alcario AB. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2010; 13(3):155-160.
- [6]. Contreras F. Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis. *Universitas Psychologica*. 2006; 5(3):487-499.
- [7]. Díaz-Álvarez J. Habilidades de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica vinculado al Hospital San Rafael de Girardot. *Avances en Enfermería*. 2007; 25(1):69-82
- [8]. López-Gil J, et al. El rol del cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *Revista Clínica de Medicina Familiar*. 2009; 2(7):332-339.

CURRÍCULOS

Carolina Castaño Castro. Fisioterapeuta de la Universidad Santiago de Cali, con entrenamiento en fisioterapia del paciente crítico.

Lina María Hurtado Quiroz. Fisioterapeuta de la Universidad Santiago de Cali, con entrenamiento en fisioterapia del paciente crítico.

Danisa Perea Mosquera. Fisioterapeuta de la Universidad Santiago de Cali, con entrenamiento en fisioterapia del paciente crítico.

Adriana Sánchez Ruiz. Fisioterapeuta de la Universidad del Valle. Especialista en rehabilitación cardíaca y pulmonar de la Universidad del Rosario. Docente de la Universidad Santiago de Cali.