

## Eficacia de las intervenciones de enfermería mediante un programa para el cuidado en el hogar

### Effectiveness of the nursing interventions by means of a program for home care

Sandra Lucrecia Romero Guevara<sup>I</sup>, Jenny Paola Sanabria Estupiñan<sup>II</sup>, Leidy Johanna Rueda Díaz<sup>III</sup>

<sup>I</sup> Enfermera. Magíster en Enfermería con énfasis en Cuidado del Paciente Crónico. Profesor auxiliar. Docente Escuela de Enfermería Universidad Industrial de Santander. Colombia.

<sup>II</sup> Estudiante enfermería, IX semestre. Escuela de Enfermería Universidad Industrial de Santander. Colombia.

<sup>III</sup> Enfermera. Profesor auxiliar. Docente Escuela de Enfermería Universidad Industrial de Santander. Colombia.

---

#### RESUMEN

El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería en personas con enfermedad crónica y sus cuidadores, dadas mediante el programa Preparación y Apoyo para el Cuidado en el Hogar. Estudio cuasiexperimental. Se valoraron las etiquetas de resultado Conocimiento: proceso de la enfermedad, Conocimiento: régimen terapéutico, Preparación del cuidador familiar domiciliario, Bienestar del cuidador principal. Los participantes se asignaron a tres grupos. El primer grupo recibió preparación para el alta, el segundo grupo recibió preparación para el alta e intervención telefónica y el tercer grupo recibió además de lo anterior, una visita en su domicilio. Tras la intervención se encontró diferencias de 0.55 y 0.20 en el CRE final de la etiqueta Conocimiento Proceso de la Enfermedad de las personas del segundo y tercer grupo, respectivamente. Se encontró que las intervenciones de enfermería dadas mediante el programa son eficaces para las personas con enfermedad crónica y sus cuidadores familiares.

**Palabras clave:** Cuidadores familiares, preparación para el alta, visita domiciliaria, llamada telefónica, enfermedad crónica.

## ABSTRACT

The objective of present study was to assess the effectiveness of nursing interventions in persons presenting with a chronic disease and their carers according to the Training and Support Program for Home Care. Present study was quasi-experimental. The following labels were assessed: Knowledge result: disease course, Knowledge: therapeutic regimen, Training of family carer at home, Wellbeing of main carer. The participants were randomized to three groups. The first group received training related to discharge, the second one received training for the discharge and telephone intervention and the third one received also of above mentioned trainings, a visit in its home. After intervention there were differences of 0.55 and 0.20 in the final CRE of the Knowledge label of Disease Course of the persons of second and third group, respectively. We found that the nursing interventions applied by means of the program are effective for the persons presenting with a chronic diseases and their family carers.

**Key words:** Family carer, training for discharge, home visit, telephone call, chronic disease.

---

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha observado un aumento de la morbimortalidad por enfermedades crónicas, especialmente en los países en vía de desarrollo.<sup>1</sup> Los avances tecnológicos y científicos han llevado a la generación de estrategias de atención en salud, así como importantes avances en la medicina, lo cual ha favorecido el aumento en la esperanza de vida y por tanto la población mayor de 60 años, etapa de la vida en la que con mayor frecuencia se aumentan los riesgos de enfermar o de perder la autonomía, funcionalidad y por ende se va a requerir del cuidado de otros.<sup>2</sup> Igualmente, los países en desarrollo están pasando por un período de rápida transición epidemiológica, de enfermedades infecciosas como la diarrea y la neumonía a crónicas, es así que tres de las cuatro principales causas de muerte en todo el mundo son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas las cuales van ligadas a un estado de enfermedad crónico.<sup>3,4</sup>

Lo anterior ha puesto de manifiesto una problemática en relación con la oferta y demanda de servicios de las personas con enfermedad crónica, evidenciada en un déficit de la satisfacción de las necesidades y el desplazamiento de cuidados al hogar, lo cual representa una carga para los usuarios y sus cuidadores familiares.<sup>5</sup>

Todo esto supone la necesidad de apoyar y potenciar desde las áreas de desempeño de enfermería, el acompañamiento y educación de las personas con enfermedad crónica y a sus cuidadores informales dentro del entorno familiar y comunitario. La evidencia indica que los cuidadores son más competentes y disminuyen los niveles de estrés cuando tienen un apoyo formal que les ayude a potenciar sus habilidades y conocimientos, lo cual contribuye a mejorar la calidad de vida del binomio cuidador-cuidado.<sup>6</sup>

En correspondencia a lo anterior, la escuela de enfermería de la Universidad Industrial de Santander (UIS) diseñó el *Programa de Preparación y Apoyo para el Cuidado en el Hogar*, el cual nació como una propuesta de extensión, con el ánimo de apoyar el cuidado en el hogar de las personas con situación y/o enfermedad crónica que egresan del servicio de hospitalización de medicina interna del Hospital Universitario de Santander (HUS).

El programa fue ejecutado utilizando el proceso de enfermería, el cual es una herramienta metodológica que nos permite establecer diagnósticos de necesidades, aplicar unas intervenciones y evaluar la eficacia de las mismas.<sup>7</sup> Éste proyecto se apoyó en la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE)<sup>8</sup> y la Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE).<sup>9</sup>

El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería en personas con enfermedad crónica y sus cuidadores familiares que egresan del servicio de medicina interna de un hospital público de tercer nivel de complejidad, quienes presentan los diagnósticos de enfermería: Conocimientos Deficientes, Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico, Riesgo de Cansancio o Cansancio en el Rol del Cuidador, dadas mediante el programa Preparación y Apoyo para el Cuidado en el Hogar.

## MÉTODOS

El estudio fue de carácter, comparativo, cuasiexperimental. La población la conformaron las personas con enfermedad crónica y/o en situación de cronicidad y/o cuidadores familiares egresados del servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Santander (E.S.E HUS) de la ciudad de Bucaramanga (Colombia), quienes de forma voluntaria participaron en el Programa Preparación y Apoyo para el Cuidado en el Hogar de ésta institución.

La muestra estuvo conformada por (n=246) personas, quienes fueron asignadas a tres grupos, el primer grupo o grupo control (n=91) recibió únicamente preparación para el alta antes del egreso; el segundo grupo (n=103) recibió además de la preparación para el alta intervención telefónica entre la 1ª y 2ª semana posterior al egreso y el tercer grupo además de lo anterior recibió visita domiciliaria (n=52).

Los criterios de inclusión fueron: que la persona enferma y/o su cuidador familiar presentará al menos uno de los siguientes diagnósticos de enfermería: Conocimientos Deficientes, Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico, Riesgo de Cansancio o Cansancio en el Rol del Cuidador; además, para las personas que recibieron intervención telefónica: tener una línea telefónica donde contactarlas y para las personas asignadas a la visita domiciliaria: residir en el área metropolitana de Bucaramanga. Como único criterio de exclusión se consideró la presencia de alteraciones cognitivas en personas sin cuidador familiar.

Las personas que cumplieron con los criterios establecidos fueron invitadas a participar en el estudio de forma voluntaria. La asignación a los grupos fue de forma intencional, considerando, que quienes tenían mayores necesidades de cuidado y educación recibieran la intervención con visita domiciliaria.

Además, para evaluar la presencia de los diagnósticos de enfermería se diseñó un formato de valoración teniendo en cuenta los dominios de la NANDA y una lista de

chequeo para la identificación de las principales características definitorias de los mismos. Los anteriores formatos contaron con validez facial y de contenido por expertos.

De otro lado, para cada uno de los grupos se determinó el valor promedio del CRE inicial en las etiquetas de resultado: Bienestar del cuidador principal (2508), Conocimiento proceso de la enfermedad (1803), Conocimiento: régimen terapéutico (1813), Preparación del cuidador familiar domiciliario (2202);<sup>9</sup> estando las tres últimas etiquetas operacionalizadas en estudios realizados por la escuela de enfermería de la Universidad Industrial de Santander.<sup>10,11,12</sup> Para la etiqueta Conocimiento Proceso de la Enfermedad se utilizaron 3 indicadores de los 10 propuestos por la CRE; para la etiqueta Conocimiento: Régimen terapéutico se utilizaron 11 indicadores de los 12 propuestos; Preparación del cuidador familiar domiciliario 6 de los 19 propuestos y para Bienestar del cuidador principal 6 de los 13 propuestos. Cada uno de los indicadores fue medido en una escala tipo Likert con una puntuación de 1 a 5, donde 1 corresponde a la ausencia de la condición y 5 a lo máximo esperado.

Así mismo, la preparación para el alta consistió en sesiones educativas individualizadas, brindadas durante la hospitalización y al momento del egreso de la institución, las cuales fueron fraccionadas y reforzadas según las necesidades del binomio cuidador- persona cuidada y la disponibilidad de tiempo del interventor.

De la misma manera, las personas que fueron asignadas al grupo de intervención telefónica recibieron una sesión educativa telefónica reforzando los conocimientos suministrados previamente durante la preparación para el alta. Las personas que fueron asignadas al grupo de visita, recibieron además de la preparación para el alta y una intervención telefónica, una visita en su domicilio donde se brindó educación para el fortalecimiento de conocimientos y habilidades instrumentales.<sup>13,14</sup> La intervención telefónica y visita domiciliaria se realizaron entre la 1ª y 3ª semana posterior al egreso.

Las sesiones educativas realizadas durante el alta, la visita domiciliaria y llamada telefónica, integraron actividades de las Intervenciones Planificación del alta, Apoyo al cuidador principal, Educación Sanitaria, Enseñanza Proceso-Enfermedad y Enseñanza individual.<sup>8</sup>

Los participantes del estudio fueron evaluados dos veces. La primera evaluación se realizó cuando ingresaron al programa y la segunda posterior a la aplicación de las intervenciones.

El análisis de los datos se realizó en Stata v.10 con apoyo de un epidemiólogo vinculado a la escuela de enfermería de la Universidad Industrial de Santander (UIS). Se realizó el análisis descriptivo de las características basales de los grupos intervenidos y del grupo control. Las variables cualitativas se presentaron como frecuencias absolutas y relativas; las variables cuantitativas se describieron con media y desviación estándar. Para evaluar el efecto de la intervención sobre los puntajes promedios finales de los grupos intervenidos y no intervenidos, se realizó el Análisis de Covarianza (ANCOVA) con sus intervalos de confianza de 95%.

El estudio cumplió con las recomendaciones para realizar investigación en humanos, establecidas en la resolución 008430 del 4 de octubre de 1993, del Ministerio de Salud, por el cual se establecen las normas científicas y técnicas para la investigación en salud, clasificándose ésta investigación como un estudio sin riesgo.

## RESULTADOS

Al comparar los grupos de personas que participaron en el programa Preparación y Apoyo para el Cuidado en el Hogar se evidenció que los grupos fueron similares en cuanto a características socio-demográficas, género y estado civil (tabla 1).

**Tabla 1.** Caracterización de los grupos: Grupo control n=91; Grupo seguimiento telefónico n=103 y Grupo visita domiciliaria n=52.\*

| VARIABLE                               | Grupo Control<br>n | %  | Grupo Telefónico<br>n | %            | Grupo Visita Dom<br>n | %  |
|--|--------------------|----|-----------------------|--------------|-----------------------|----|
| Genero (Masculino)                     | 58                 | 64 | 51                    | 50           | 31                    | 60 |
| Estado Civil (Soltero)                 | 54                 | 59 | 53                    | 51           | 28                    | 55 |
| Riesgo según Cuidados (Alto)           | 34                 | 37 | 44                    | 43           | 29                    | 56 |
| Situaciones de Enfermedad              | 21                 | 23 | 25                    | 24           | 16                    | 31 |
| Cardiovascular                         | 21                 | 23 | 32                    | 31           | 8                     | 15 |
| Pulmonar                               | 18                 | 20 | 32                    | 31           | 5                     |    |
| Metabólica                             | 19                 | 21 | 20                    | 19           | 10                    |    |
| Neoplásica                             | 12                 | 13 | 24                    | 23           | 11                    | 21 |
| Genitourinaria                         | 17                 | 18 | 17                    | 17           | 10                    | 19 |
| Inmunológica                           | 13                 | 14 | 12                    | 12           | 4                     |    |
| Neurológica                            | 8                  | 8  | 10                    | 10           | 8                     |    |
| Hematológica                           | 7                  | 8  | 6                     | 6            | 5                     |    |
| Gastrointestinal                       | 1                  | 1  | 5                     | 5            | 10                    |    |
| Dermatológica                          |                    |    |                       |              | 6                     |    |
|  |                    |    |                       |              | 12                    |    |
|  |                    |    |                       |              | 1                     | 2  |
|  |                    |    |                       |              | 0                     | 0  |
| Cuidador (n=227)<br>Genero (Masculino) | 14                 | 18 | 27                    | 27           | 11                    | 21 |
| n: número de usuarios                  |                    |    |                       | % porcentaje |                       |    |
| * Prueba exacta de Fischer.            |                    |    |                       |              |                       |    |

Igualmente, el número de personas con las que se convive, la edad de la persona enferma y el cuidador, son también muy similares en los tres grupos (tabla 2).

**Tabla 2.** caracterización entre los grupos: Grupo control n=91; Grupo seguimiento telefónico n=103 y Grupo visita domiciliaria n=52.\*

| VARIABLE                            | Grupo Control |               | Grupo Telefónico |                       | Grupo Visita Dom |    |
|-------------------------------------|---------------|---------------|------------------|-----------------------|------------------|----|
|                                     | Media         | DE            | Media            | DE                    | Media            | DE |
| Edad (años/usuario)                 | 48            | 22            | 49               | 21                    | 49               | 23 |
| Número de Personas con las que vive | 3             | 2             | 3                | 3                     | 4                | 2  |
| Edad (años/cuidador)                | 46            | 11            | 50               | 15                    | 44               | 13 |
| DE: desviación estándar usuarios    |               | %: Porcentaje |                  | n: número de usuarios |                  |    |
| * Prueba exacta de Fischer.         |               |               |                  |                       |                  |    |

De la misma forma variables como la presencia del diagnóstico de enfermería Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico y Cansancio del Rol Cuidador fue similar en los tres grupos, no así el diagnóstico Conocimientos deficientes el cual se presentó en menor porcentaje en el grupo que recibió intervención telefónica. El diagnóstico Cansancio del Rol Cuidador predominó en el grupo que sólo recibió preparación para el alta (tabla 3).

**Tabla 3.** Frecuencia de los Diagnosticos de Enfermería en los grupos: Grupo control n=91; Grupo seguimiento telefónico n=103 y Grupo visita domiciliaria n=52\*

| VARIABLE (Diagnostico de Enfermería)      | Grupo Alta |                       | Grupo Telefónico |    | Grupo Visita Domiciliaria |    |
|---|------------|-----------------------|------------------|----|---------------------------|----|
|   | n          | %                     | n                | %  | n                         | %  |
| Manejo inefectivo del régimen terapéutico | 72         | 78                    | 69               | 67 | 41                        | 79 |
| Conocimientos deficientes                 | 62         | 62                    | 36               | 35 | 32                        | 62 |
| Riesgo de Cansancio Del Rol Cuidador      | 26         | 29                    | 30               | 17 | 10                        | 19 |
| Cansancio del Rol Cuidador                | 29         | 33                    | 17               | 29 | 20                        | 38 |
| %: Porcentaje                             |            | n: número de usuarios |                  |    |                           |    |
| * Prueba exacta de Fischer.               |            |                       |                  |    |                           |    |

Al analizar la frecuencia de las intervenciones en los grupos se evidenció que las intervenciones mayormente aplicadas fueron: Enseñanza: proceso enfermedad y Planificación del alta (tabla 4).

**Tabla 4.** Frecuencia de Intervenciones de Enfermería en los grupos: Grupo control n=91; Grupo seguimiento telefónico n=103 y Grupo visita domiciliaria n=52.\*

| VARIABLE (Intervención de Enfermería) | Grupo Control |                       | Grupo Telefónico |    | Grupo Visita Dom |    |
|---------------------------------------|---------------|-----------------------|------------------|----|------------------|----|
|                                       | n             | %                     | n                | %  | n                | %  |
| Enseñanza: proceso enfermedad         | 36            | 72                    | 32               | 87 | 20               | 75 |
| Planificación del alta                | 35            | 65                    | 31               | 83 | 19               | 66 |
| Enseñanza individual                  | 32            | 57                    | 16               | 48 | 15               | 50 |
| Apoyo al cuidador principal           | 15            | 47                    | 8                | 33 | 27               | 42 |
| Enseñanza grupal                      | 14            | 26                    | 5                | 16 | 12               | 41 |
| Educación sanitaria                   | 20            | 34                    | 4                | 11 | 8                | 26 |
| %: Porcentaje                         |               | n: número de usuarios |                  |    |                  |    |
| * Prueba exacta de Fischer.           |               |                       |                  |    |                  |    |

Al realizar el Análisis de Covarianza y analizar el efecto de las intervenciones en las etiquetas del CRE final, ajustado por el CRE inicial, se evidenció una diferencia estadísticamente significativa en el CRE FINAL de la etiqueta Conocimiento Proceso de la Enfermedad de las personas que hacían parte del grupo de visita domiciliaria e intervención telefónica; sin embargo, solo hubo diferencia estadísticamente significativa para el grupo de intervención telefónica en las etiquetas Conocimientos Régimen Terapéutico, Preparación para el Cuidador Domiciliario y Bienestar del Cuidador Principal (tabla 5).

**Tabla 5.** Análisis del efecto de la intervención en las etiquetas de la Clasificación de Resultados de Enfermería final

| Etiqueta de resultado: Conocimiento proceso de la enfermedad          |            |       |                 |
|---|------------|-------|-----------------|
| GRUPO   | Delta      | P*    | IC 95%          |
| Grupo Control   | REFERENCIA |       |                 |
| Grupo Visita Domiciliaria   | 0,20       | 0,037 | 0,012 - 0,40    |
| Grupo Telefónico  | 0,55       | 0,000 | 0,36 - 0,73     |
| Etiqueta de resultado: Conocimiento: régimen terapéutico              |            |       |                 |
| GRUPO   | Delta      | P*    | IC 95%          |
| Grupo Control   | REFERENCIA |       |                 |
| Grupo Visita Domiciliaria   | 0,12       | 0,192 | (-)0,064 - 0,32 |
| Grupo Telefónico  | 0,34       | 0,000 | 0,181 - 0,51    |
| Etiqueta de resultado: Preparación del cuidador familiar domiciliario |            |       |                 |
| GRUPO   | Delta      | P*    | IC 95%          |
| Grupo Control   | REFERENCIA |       |                 |
| Grupo Visita Domiciliaria   | 0,151      | 0,225 | (-)0,95 - 0,39  |
| Grupo Telefónico  | 0,486      | 0,000 | 0,26 - 0,706    |
| Etiqueta de resultado: Bienestar del cuidador principal               |            |       |                 |
| GRUPO   | Delta      | P*    | IC 95%          |
| Grupo Control   | REFERENCIA |       |                 |
| Grupo Visita Domiciliaria   | 0,186      | 0,217 | (-)0,113 - 0,48 |
| Grupo Telefónico  | 0,388      | 0,002 | 0,144 - 0,63    |
| * Prueba exacta de Fischer.   |            |       |                 |

## DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio confirman los hallazgos encontrados en la literatura en relación a la eficacia de las intervenciones educativas con apoyo telefónico. Se considera que la intervención telefónica puede ser más efectiva, en parte, porque identifica y maneja los temas importantes y pertinentes en relación a las necesidades individuales, así mismo, si la intervención se estandariza puede llegar a ser sensible e ignorar la alta subjetividad y la naturaleza dinámica de la experiencia del cuidador.<sup>15</sup> Entre otras ventajas, se puede ajustar la agenda con horarios flexibles, no requiere movilizarse, incrementando la accesibilidad especialmente en aquellas personas que viven en áreas rurales a las que la llamada telefónica les toma menos tiempo que el que invertirían si tuvieran que desplazarse a hacer una actividad persona a persona.<sup>16, 17</sup>

Del mismo modo, la presente investigación muestra que las intervenciones de enfermería aplicadas, entre las que se encuentran apoyo al cuidador principal, tienen un efecto positivo en la etiqueta de resultado bienestar del cuidador, lo que se evidencia una diferencia de 0,38 (p=0.002) en la etiqueta en mención para el grupo que recibió las intervenciones por teléfono; similar a lo encontrado por Bohórquez y Castañeda<sup>18</sup> en un ensayo clínico controlado que la eficacia de la

intervención de enfermería Apoyo al cuidador principal en cuidadores de enfermos crónicos con diagnóstico de enfermería Cansancio del rol del cuidador donde tras cinco sesiones de intervención se encontró una diferencia de 0,5 ( $p=0.000$ ) para la misma etiqueta de resultado.

En relación al efecto no significativo de la intervención en las etiquetas de resultado Conocimientos Régimen Terapéutico, Preparación para el Cuidador Domiciliario y Bienestar del Cuidador Principal, en las personas que recibieron visita domiciliaria pudo estar dado porque las personas sujetos de cuidados asignados a éste grupo tenían un estado de salud mayormente comprometido, considerando que la selección de los grupos se hizo por conveniencia según la necesidad de cuidados.

Sin embargo, en un ensayo clínico controlado que determinó la eficacia de las intervenciones de enfermería para el diagnóstico Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico en adultos con enfermedades crónicas,<sup>19</sup> se evidenció tras cinco sesiones de intervención domiciliaria una diferencia de 1.1 con un IC del 95% (0.6 - 1.6), lo cual puede sugerir que se requieren mayor número de sesiones de intervención domiciliaria para lograr los efectos positivos en personas con características similares al grupo de intervención domiciliaria de éste estudio.

Vale la pena resaltar que los resultados de éste estudio fueron difícilmente comparables con resultados de otras investigaciones, teniendo en cuenta que tras una ardua revisión de la literatura no se encontraron estudios que evaluaran la eficacia de las intervenciones de enfermería, utilizando lenguaje estandarizado, dentro de un programa de preparación para el alta, menos aún comparando la intervención directa en casa con la aplicación de la misma vía telefónica.

También al igual que otros estudios,<sup>16,20</sup> en éste, la mujer sigue prevaleciendo como cuidadora. Aunque la inclinación en la participación por género es menor para los hombres, estos están involucrándose cada vez más como cuidadores familiares, lo cual se manifiesta en 18 % para éste estudio.

Entre las limitantes de éste estudio se encuentran: la no aleatorización de los grupos y el que las personas que realizaron la intervención fueron las mismas que evaluaron las etiquetas de resultado, situación que origina sesgos de selección y medición respectivamente.

Como principal conclusión tenemos que las intervenciones de enfermería dadas mediante el programa Preparación y Apoyo para el Cuidado en el Hogar son eficaces para las personas con enfermedad crónica y para sus cuidadores familiares los cuales presentan los diagnósticos de enfermería: Conocimientos Deficientes, Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico, Riesgo de Cansancio y/o Cansancio en el Rol del Cuidador.

Por demandar las personas con enfermedades crónicas o en situación de cronicidad y a sus cuidadores familiares educación y orientación sobre los cuidados a tener en el hogar, se requiere de la implementación de programas que apoyen ésta tarea. Igualmente, es fundamental el diseño de estrategias que permita la optimización de recursos, como lo es la utilización de tecnologías en información y comunicación, como lo es el teléfono. En el mismo sentido, es importante determinar la costo-eficacia y reproducibilidad de los mismos teniendo en cuenta la situación socioeconómica de la población beneficiaria y el contexto del sistema sanitario.

Se sugiere la aplicación del proceso de enfermería y utilización del lenguaje estandarizado NANDA, NIC y NOC en la ejecución de programas que propicien la continuidad de los cuidados en el hogar, por facilitar la comunicación entre el

personal de enfermería, comparar resultados y estandarizar procesos, situación que favorece la autonomía y visibilidad de la profesión.

Agradecimientos al profesor *Fabio Alberto Camargo* por su apoyo en el análisis estadístico en este estudio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. World Health Organization. World Health Statistics 2008. Disponible en: [http://www.who.int/whosis/whostat/EN\\_WHS08\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Full.pdf) [Consultado: 20 de Junio 2010].
2. Zavala M. Características Sociodemográficas de los Cuidadores de Ancianos. Memorias del Cuarto Congreso Chileno Antropología; 2001 Universidad de Concepción, Chile.
3. Organización Mundial de la Salud. OMS. Departamento de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud. Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital. 2006. Disponible en: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1/es/print.html](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/print.html) [Consultado: 30 de Mayo 2010].
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. II edición. 2004. Pag: 17-42.
5. Sánchez B. Habilidad de Cuidado de los Cuidadores de Personas en Situación de Enfermedad Crónica. En: Grupo de cuidado Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. «el arte y la ciencia del cuidado». Unibiblos Bogotá, 2002. p. 373-385.
6. Power S.E. The family caregiver program. Design and Effectiveness of an Education Intervention. Home Healthcare Nurse 2008; 24 (8): 513-516.
7. Ibáñez LE, Sarmiento LV. El proceso de enfermería. Bucaramanga: Editorial Universidad Industrial de Santander; 2003.
8. McCloskey LC, Bulechek GM, editors. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Cuarta Edición (Edición en Español). Versión en Español. Madrid: Elsevier España S.A; 2005.
9. Moorhead S, Johnson M, Mass M. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). Tercera Edición (Edición en español). Versión en Español. Madrid: Elsevier España S.A; 2005.
10. Cáceres FM, Forero C, Jaimes LS, Nieto IC, Ramírez LM. Validez y Reproducibilidad de la operacionalización de los indicadores de los Resultados Conducta de cumplimiento, Conocimiento: Régimen terapéutico y Conducta terapéutica: enfermedad o lesión, para el Diagnóstico Manejo inefectivo del Régimen Terapéutico. Universidad Industrial de Santander 2005. (En prensa).
11. Orozco LC, Cáceres FM, Forero C, Jaimes LS, Nieto C, Ramírez LM. Aspectos Psicométricos de los indicadores de las etiquetas de resultados Conducta de

cumplimiento, Conocimiento régimen terapéutico y Conducta terapéutica: enfermedad o Lesión. Universidad Industrial de Santander 2006. (en prensa).

12. Cáceres FM, Barragán ME, Jerez FA, García BD, Ariza E, Lalinde GH. Prevalencia de diagnósticos de enfermería en el adulto hospitalizado en Medicina Interna. Universidad Industrial de Santander 2004. (en prensa).

13. Kulak AG. Parallels between maths and reading disability: common issues and approaches. *Journal of Learning Disabilities* 1993; 26 (10): 666-673.

14. Jordi DL. La enseñanza y aprendizaje de las habilidades y destrezas motrices básicas. INDE. Barcelona España 1999; 1: 70-76.

15. Grant JS, Elliot TR, Weavwe M, Bartolucci AA, Newman JG. telephone intervention with family caregivers of stroke survivors after rehabilitation. *Stroke* 2002; 33: 2060-2065.

16. Smith TL, Toseland RW. The effectiveness of a telephone support program for caregivers of frail older adults. *The Gerontologist* 2006; 46 (5): 2-10.

17. Martindale JA, Nicholson LO, Burns R, Malone C. Telephone support groups a lifeline for isolated Alzheimer´s Disease caregivers. *Alzheimer´s Care Quarterly* 2002; 3 (2): 181-189.

18. Bohórquez BV, Castañeda PB, Trigos SL, Camargo FF, Orozco LC. Eficacia De La Intervención Apoyo Al Cuidador Principal En Cuidadores De Enfermos Crónicos con Diagnóstico De Enfermería Cansancio del Rol Del Cuidador. Universidad Industrial de Santander 2008. (en prensa).

19. Rojas SO, Rueda DL, Vesga GL, Orozco VL, Forero BC, Camargo FF. Eficacia de las Intervenciones de Enfermería para el Diagnóstico «Manejo Inefectivo del régimen terapéutico». *Enfermería Clínica* 2007; 19 (6): 299-305.

20. Grant JS, Elliot TR, Weavwe M, Bartolucci AA, Newman JG. Telephone intervention with family caregivers of stroke survivors after rehabilitation. *Stroke* 2002; 33 (1): 2060-65.

Recibido: 5 de octubre de 2010.

Aprobado 16 de noviembre de 2010.

### **Correspondencia:**

#### **Sandra Lucrecia Romero**

Carrera 32 N° 29-31, Teléfono: 57-7-6345745, Facultad de Salud, Escuela de Enfermería, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia. E Mail: [sandyrg1@gmail.com](mailto:sandyrg1@gmail.com).