



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19 – 2013

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/015o.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN ORAL en "CUIDADOS Y TECNOLOGÍA: UNA RELACIÓN NECESARIA" I Congreso Virtual, IX Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia, reunión celebrada del 21 al 22 de noviembre de 2013 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Las cinco características necesarias para ofrecer cuidado institucional en situaciones de enfermedad crónica**
Autores **Mauricio Arias Rojas, Beatriz Sánchez Herrera**
Centro/institución **Universidad Nacional de Colombia**
Ciudad/país **Bogotá, Colombia**
Dirección e-mail **emariasr@unal.edu.co**

RESUMEN

Objetivo: Describir las características que una institución de salud debe tener para ofrecer cuidado en situaciones de enfermedad crónica no transmisible y los indicadores requeridos para evaluarlas.

Método: Estudio descriptivo exploratorio de corte transversal realizado en el año 2013. Bajo la guía conceptual del -Modelo para abordar la carga del cuidado de la enfermedad crónica no transmisible, descrito para Colombia, buscó evidencia científica para describir las características que una institución de salud debe tener para ofrecer cuidado en situaciones de enfermedad crónica no transmisible y la forma en que dichas características pueden ser evaluadas.

Resultados: La evidencia respalda cinco condiciones que toda institución de salud debe cumplir para dar cuidado en situación de enfermedad crónica no transmisible. El estudio propone los indicadores que se relacionan con cada una de ellas y que permiten llevar el -Modelo para abordar la carga del cuidado de la enfermedad crónica no transmisible a la práctica.

Conclusión: Con base en la evidencia científica, se definen como características institucionales indispensables para ofrecer cuidado en situación de enfermedad crónica no transmisible el acceso, la seguridad, la continuidad, el favorecimiento de la habilidad de cuidado y el soporte para el cuidado con empleo de tecnologías de información y comunicación. Los indicadores de este cuidado deben incluir a la persona con enfermedad crónica no transmisible, su cuidador familiar, la diada receptor-cuidador familiar, los profesionales de la salud y las instituciones mismas.

Palabras clave: Seguridad/ Cuidadores/ Enfermedad Crónica/ Instituciones de Salud/ Costo de Enfermedad (Fuente: DeSC).

ABSTRACT

THE FIVE NECESSARY CHARACTERISTICS FOR PROVIDING INSTITUTIONAL CARE DURING CHRONIC ILLNESS

Objective: To describe the characteristics that a health institution must have in order to care for people with chronic illness as well as the indicators that are required for evaluating such characteristics.

Method: This is a descriptive cross sectional study that was conceptually oriented by the “Model for Addressing the Chronic Illness Care Burden”. The scientific evidence in order to identify and describe the characteristics that a health institution must have in order to care for people with chronic illness as well as the indicators that are required for evaluating such characteristics, were search.

Results: The available evidence supports five conditions that all the health institutions must have in order to care for people with chronic illness. The study defined the corresponding indicators for evaluating such conditions and by doing so, it allowed the implementation of the “Model for Addressing the Chronic Illness care Burden” in the practice.

Conclusion: Based on available evidence the institutional conditions for caring for people with chronic illness are: adequate access, safety, continuity of care, promoting caring ability and giving social support with information and communication technologies for promoting care. The indicators for this chronic care include the person with chronic illness, the family caregiver, the dyad care receptor - caregiver, the health professionals and the institutions.

Key-words: Safety/ Caregivers/ Chronic Illness/ Health Facilities/ Cost of Illness.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

La enfermedad crónica se define como un trastorno funcional orgánico y mental, que dura más de seis meses, exige modificar el estilo de vida, es permanente, multicausal, genera incapacidad residual, requiere largos periodos de cuidado, tratamiento especializado y control, y tiene impacto sobre la persona, su familia y su contexto.¹ Se asocian con la aparición de enfermedad crónica no trasmisible (ECNT) la falta de acciones preventivas, los estilos de vida poco saludables, algunos factores hereditarios, los efectos de la contaminación, el avance en los tratamientos y que ayudan a que situaciones agudas pasen a ser crónicas, el aumento en la expectativa de vida y sin duda las secuelas de accidentes, violencia, maltrato y pobreza. Hay diferencias entre la enfermedad aguda y crónica que se pueden analizar desde diferentes parámetros. [Tabla 1]

Tabla 1. *Diferencias entre la enfermedad aguda y la enfermedad crónica*

Condición	Enfermedad aguda	Enfermedad crónica
Aparición	Rápida, dinámica con signos y síntomas que por lo general se relacionan con la enfermedad	Puede ser súbita o insidiosa
Resolución	Rápida con recuperación, secuelas puntuales o muerte	Tiene episodios de mejoría y exacerbación y algunas veces remisión sin síntomas por largos periodos pero continúa toda la vida. Se vuelve parte de la identidad de la persona.
Causas	Se vincula a agentes infecciosos o a síntomas específicos que son causas concretas	Relacionadas más con el estilo de vida. No tienen causas únicas.
Tiempo	Comienza en forma aguda y por lo general es predecible cuánto dura	Lenta, insidiosa y por tiempo indefinido

Fuente: Adaptado de Sánchez B (2013)

La enfermedad crónica es un problema contundente desde el punto de vista epidemiológico que además de generar el 63% de las muertes a nivel mundial tiene tendencia al incremento y en especial en los países en desarrollo.² Más allá del impacto individual y familiar que es contundente, la ECNT logra afectar las esferas sociocultural, financiera y política lo que en conjunto genera una carga importante.³

Por lo general hay algún nivel de estigma frente a cada condición y etapa de la misma, es por ello que la persona con ECNT opta por enfrentar la situación o vivir escondida y con el temor al rechazo social.⁴

La enfermedad crónica se explica mediante varios modelos que incluyen los sistémicos o multicausales,⁵ los evolucionistas,⁶ los de adaptación,⁷ los psicosociales,⁸ los familiares,⁹ los de las diadas,¹⁰ los mentales¹¹ los asistenciales¹² y los de análisis parciales o totales de la carga del cuidado.^{13,14} Estos permiten abordar y dar sentido a la experiencia del cuidado en la ECNT.

Corbin y Strauss proponen un modelo para la comprensión de la trayectoria de la ECNT dentro del cual se muestra la variación de condiciones y escenarios que genera el recorrido a través de la ECNT. Ellas señalan que dicha trayectoria incluye las siguientes etapas: (a) la Pre-trayectoria, compuesta de factores genéticos o comportamientos de estilos de vida que se adoptan en un individuo o comunidad, los cuales generan en mayor o menor medida riesgo para el desarrollo de condiciones crónicas, es importante resaltar que todo esto se genera previo a la enfermedad por ende no hay signos ni síntomas. En ella se espera prevenir la ECNT. (b) Instauración de la trayectoria, momento en el que aparecen los síntomas perceptibles, incluido el periodo de diagnóstico. En esta fase es importante que las personas comprendan la trayectoria y tengan un esquema de lo que podrá suceder. (c) Fase de estabilidad, se da cuando el curso de la enfermedad y los síntomas se encuentran bajo control. Las actividades de la

vida diaria son manejadas por la persona en medio de las limitaciones que le genera la ECNT. Por lo general las personas se encuentran en su hogar con un régimen terapéutico. Se centra el cuidado en mantener las rutinas, la adherencia al régimen terapéutico y el fortalecimiento del auto cuidado. (d) Fase inestable, aparece cuando hay incapacidad de tener bajo control la sintomatología o cuando se reactiva la enfermedad interfiriendo en las actividades de la vida diaria o las rutinas de la persona con ECNT y de forma eventual a su grupo familiar. Aunque la enfermedad o los síntomas no están controlados por el régimen, casi nunca se requiere hospitalización y se busca retornar a la estabilidad. (e) Fase aguda, Los síntomas son más severos y continuos, con desarrollo de complicaciones de la ECNT, esto lleva a requerir institucionalización o de cuidado especializado para tratar de retornar el control. (f) La Crisis, que aparece cuando se tiene un peligro inminente de perder la vida que requiere tratamiento o cuidado de emergencia. (g) Fase de regreso, presente cuando de manera gradual se tiene un retorno a un camino aceptable de la vida dentro de los límites posibles impuestos por la incapacidad o la ECNT. Este retorno implica con frecuencia curación física, rehabilitación y ajuste de las actividades de la vida diaria. (h) Descenso, que como su nombre lo indica es el deterioro físico gradual acompañado del incremento de la incapacidad o dificultad para controlar los síntomas. Esta fase e implica una mayor actividad del cuidador en la medida en que la persona con ECNT se vuelve más dependiente. Fase terminal, son las semanas, días y horas que preceden a la muerte.^{15,16}

En medio de esta realidad de la ECNT se pretende hacer una descripción de las características que una institución de salud debe tener para ofrecer cuidado en situaciones de enfermedad crónica no trasmisible (ECNT), así como los indicadores requeridos para evaluarlas si estas características están presentes.

Método

En el marco de una capacitación en el tema del Cuidado Crónico basado en la evidencia ofertado por la Organización de Estados Americanos y la Organización Panamericana de la Salud que fue tomada por los investigadores, se hizo un análisis del “Modelo para abordar la carga del cuidado de la ECNT” y se buscó la evidencia requerida para complementarlo con la identificación y descripción de las características que una institución de salud debe tener para ofrecer un cuidado de calidad al paciente crónico y su familia así como los indicadores de logro son requeridos para evaluarlas.

Proceso

El Grupo de Cuidado al Paciente Crónico de la Universidad Nacional de Colombia, consciente del impacto que genera el incremento de la ECNT en Colombia y los demás países de América Latina, además de proponer múltiples acciones de tipo preventivo, ha buscado apoyar a quienes ya tienen una ECNT y a sus cuidadores familiares, los cuidadores profesionales y a las instituciones de salud que deben abordar esta situación cuyos retos son cada día más complejos. En tal sentido, este Grupo planteó el “Modelo para abordar la carga del cuidado de la ECNT”,¹⁴ que orienta conceptualmente la investigación Programa para la Disminución de la Carga de la ECNT en Colombia desarrollado por la Unión temporal carga de la enfermedad crónica en Colombia con respaldo de COLCIENCIAS y que se resume a continuación con permiso de las autoras:

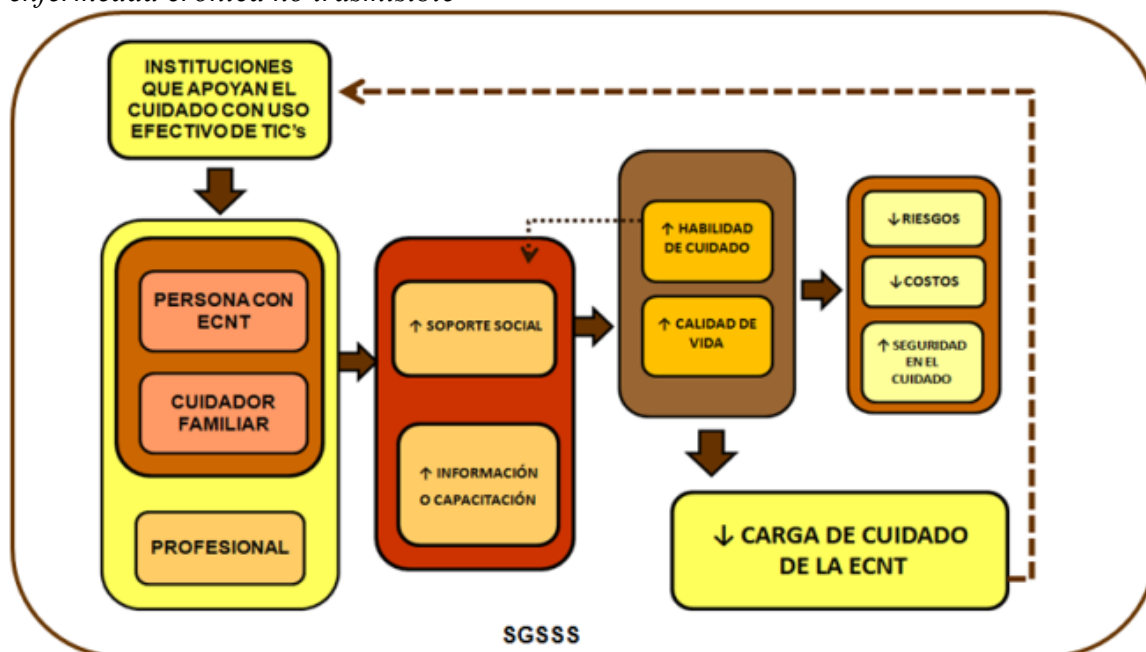
Son conceptos fundamentales del “Modelo para abordar la carga del cuidado de la ECNT” el cuidado, la experiencia de la ECNT, la carga y la calidad de vida. Giran alrededor de estos conceptos centrales los de habilidad de cuidado, soporte social y tecnologías de información y comunicación (TIC).

Los supuestos básicos de dicho modelo señalan que el cuidado se da entre personas concretas y en un contexto determinado e implica integralidad y unicidad. La salud en la ECNT se asocia con la calidad de vida de la persona enferma y de su cuidador familiar. El contexto y las transiciones inciden de manera importante en la calidad de vida de la persona con ECNT y de sus cuidadores. El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), es el contexto más amplio de la atención en salud para las personas con ECNT y este debe garantizar seguridad en el cuidado. La experiencia de ECNT implica al SGSSS a través de la persona con la enfermedad, sus cuidadores familiares, los profesionales de la salud y las instituciones de salud. La percepción de carga se asocia de manera importante con la calidad de vida de quienes viven la experiencia de la ECNT y la satisfacción de quienes suministran el servicio. Las TIC pueden ser un medio útil para prestar soporte social a quienes viven la experiencia del cuidado de la ECNT. El soporte social puede facilitar el cuidado de las personas con ECNT, mejorar la calidad de vida y disminuir la percepción de carga del cuidado. Cuidar familiar o profesionalmente a las personas con ECNT implica habilidad. La habilidad de cuidado permite fortalecer y aprovechar las opciones de soporte social.

Las instituciones se vuelven más atractivas cuando logran disminuir la carga del cuidado de la ECNT fortaleciéndola habilidad de cuidado de las personas con la enfermedad, la de sus cuidadores familiares y capacitando a sus profesionales. Y por último, que el SGSSS debe responder a las necesidades del cuidado de las personas con ECNT y de sus cuidadores familiares.

Los sujetos del cuidado que incluyen a las personas con ECNT, los cuidadores familiares, la diada cuidador-receptor como sujeto y los profesionales de la salud pueden mejorar su nivel de información y capacitación o su nivel de soporte social si las instituciones apoyan el cuidado. Para este apoyo se consideran útiles las tecnologías de información y comunicación (TIC) disponibles. Este soporte e información o capacitación fortalecidos generan a su vez mayor habilidad de cuidado y mejor calidad de vida. Se genera un círculo virtuoso entre la mayor habilidad y el soporte social, de manera que cuanto más hábil el sujeto de cuidado, mayor aprovechamiento podrá tener del soporte disponible. Al tener mayor habilidad se disminuyen los riesgos innecesarios, los costos del cuidado y se incrementa su nivel de seguridad con la consecuencia total de tener una menor carga del cuidado. En la medida en que las instituciones logren fomentar este tipo de apoyo a las personas que viven la experiencia del cuidado de la ECNT se volverán más atractivas generando magnetismo frente a posibles usuarios. [Figura 1]

Figura 1. Estructura interna del “modelo para abordar la carga del cuidado de la enfermedad crónica no transmisible”



Fuente: Barrera y cols (2013)

El contexto del “Modelo para abordar la carga del cuidado de la ECNT”. Para las personas con ECNT y sus familias el SGSSS es adverso.¹⁷ Desde la perspectiva del usuario con una ECNT la atención es fraccionada, desintegrada, dificulta los procesos exigiendo múltiples autorizaciones para diferentes problemas relacionados con la ECNT, no considera ni apoya a los cuidadores familiares, no se encuentra preparado para abordar la ECNT, incrementa las transiciones innecesarias y con ello el costo, el riesgo y la inseguridad de las personas con ECNT y no tiene propuestas para ajustarse a la realidad que vive el país frente al incremento de estas enfermedades. Frente a este contexto se espera para disminuir la carga del cuidado de la ECNT que cada uno de los actores del cuidado tenga unos logros individuales y la suma de ellos genere un impacto positivo sobre el SGSSS.

El “Modelo para abordar la carga del cuidado de la ECNT” considera indicadores de logro frente a cada uno de los integrantes de la experiencia del cuidado de la ECNT incluyendo a la persona con la enfermedad, a su cuidador familiar y a los dos como diada, los profesionales, las instituciones y el SGSSS.¹⁴

Serán indicadores de logro en este proceso en el caso de las personas con ECNT que estén mejor informados, más apoyados, tengan mayor nivel de seguridad en su cuidado y en consecuencia una mejor calidad de vida. Con los Cuidadores familiares de las personas con ECNT se espera que sean más hábiles en el cuidado, tengan mejor soporte social, menores costos del cuidado y al igual que las personas con ECNT una mejor calidad de vida. De los profesionales se espera un mejor nivel de preparación frente al reto que asumen, un mayor nivel de información, mayor satisfacción con lo que hacen en su trabajo y que estén brindando un cuidado más seguro. En el caso de las instituciones se espera que hagan un mejor uso de las TIC, den un cuidado con calidad y mayor seguridad y sin duda que se conviertan en unas instituciones más atractivas para sus usuarios.

Sin duda contar con este “Modelo para abordar la carga del cuidado de la ECNT” ha sido un avance importante para orientar la investigación que busca disminuir la carga del cuidado de la ECNT en Colombia. El proceso adelantado en este trabajo que buscó hacer explícita la evidencia científica, permitió avanzar en el análisis de dicho modelo y proponer de manera operativa condiciones de evaluación de sus logros, para lo cual cada uno de los conceptos claves de los supuestos del modelo fue llevado a las bases de datos Scielo, MEDline y SienceDirect y al Repositorio institucional de la Universidad Nacional de Colombia para buscar la evidencia disponible y reportada en las mismas. De los estudios encontrados se seleccionaron aquellos que por su contenido se consideraran relevantes para respaldar los supuestos del “Modelo para abordar la carga del cuidado de la ECNT”. Una vez clasificada la evidencia se agruparon los estudios por áreas del cuidado en una matriz específicamente diseñada para ello y que permitió identificar de acuerdo con las áreas del cuidado requeridas, las características que deben tener las instituciones para poder dar cuidado en situaciones crónicas de salud. Por último se cruzaron las características del cuidado identificadas con los sujetos del cuidado que plantea el “Modelo para abordar la carga del cuidado de la ECNT” y a partir de ello se identificaron los indicadores de logro que deben reflejarse en cada uno de estos sujetos.

Aspectos éticos

El estudio consideró lo dispuesto por el consejo de organizaciones de las ciencias médicas (CIOMS), la Ley 911 de 2004 del Congreso de la República por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería, la resolución 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Aspectos ambientales

Los autores acataron la normatividad institucional sobre el manejo del medio ambiente, en especial en el uso adecuado de los recursos como el papel según la normatividad del Consejo Superior Universitario de la Universidad Nacional de Colombia.

Resultados

A partir del análisis y búsqueda de evidencia de cada uno de los supuestos del “Modelo para abordar la carga del cuidado de la ECNT”, se encontró el respaldo teórico y empírico que estos tienen y se agrupó alrededor de áreas estratégicas del cuidado de la salud. [Tabla 2]

Tabla 2. Evidencia que respalda al “modelo para abordar la carga del cuidado de la enfermedad crónica no trasmisible”

Supuesto	Evidencia significativa para el modelo	Área del cuidado
El cuidado se da entre personas concretas y en un contexto determinado e implica integralidad y unicidad	Palhares y cols. (2002); ¹⁸ Ayala y cols. (2010); ¹⁹ Chaparro DL. (2011); ²⁰ Giraldo Y Franco (2008); ²¹ Ferré y cols. (2011); ²² Cuervo (1999); ²³ Alvis y cols. (2002); ²⁴ Rivera y Triana (2007); ²⁵ Hageness SM y cols. (2002); ²⁶ Fujita N y cols. (2012); ²⁷ Misago C y cols. (1999); ²⁸ Carneiro RK y Moreira LC (2006) ²⁹	Cuidado accesible (humano e integral)
El contexto y las transiciones inciden de manera importante en la calidad de vida de la persona con ECNT y de sus cuidadores	Zea y Torres (2007); ³⁰ Andrietta y cols. (2011); ³¹ Bull y cols. (2000); ³² Ben-Morderchaiy cols. (2010); ³³ Koelling y cols. (2005); ³⁴ Roebuck (1999); ³⁵ Ballard (2010); ³⁶ Pi-Chu y cols. (2005); ³⁷ Gee y cols. (2010); ³⁸ Ragnhild y cols. (2005); ³⁹ Chiang y cols. (2012); ⁴⁰ Hiskett G. (2010); ⁴¹ Thrutchley y cols. (1997) ⁴²	Cuidado continuo
El SGSSS es el contexto más amplio de la atención en salud para las personas con ECNT y este debe garantizar seguridad en el cuidado	OMS (2008); ⁴³ Aspen y cols. (2004); ⁴⁴ Rothschild y Leape (2000); ⁴⁵ Ball (2011); ⁴⁶ Macy ML y cols. (2012); ⁴⁷ Alkon A y cols. (2009); ⁴⁸ Marsteller JA y cols. (2010); ⁴⁹ Casey MM y cols. (2006); ⁵⁰ Wright AA y cols. (2005); ⁵¹ Halpin HA y cols. (2013); ⁵² Hansten R. (2003) Evaluar y simplificar el informe de cambio de turno para mejorar el pensamiento crítico; ⁵³ Peterson LA y cols. (1998); ⁵⁴ Coleman EA y cols. (2006); ⁵⁵ Rogers G y cols. (2006); ⁵⁶ Rozich JD y cols. (2004) ⁵⁷	Cuidado seguro
La experiencia de ECNT implica al SGSSS a través de la persona con la enfermedad, sus cuidadores familiares, los profesionales de la salud y las instituciones de salud	Céspedes y cols. (2000); ⁵⁸ Martínez y cols. (2002); ⁵⁹ Vargas (2004); ⁶⁰ Agudelo y cols. (2011); ⁶¹ Yepes y cols. (2010); ⁶² Centro de Estudios para el Desarrollo Universidad Nacional de Colombia, CID (2010); ⁶³ Salud Colombia. (2010); ⁶⁴ República de Colombia, Consejo de Estado, Sentencia T- 760 (2008); ⁶⁵	Cuidado accesible
Las instituciones se vuelven más atractivas cuando logran disminuir la carga del cuidado de la ECNT fortaleciendo la habilidad de cuidado de las personas con la enfermedad y la de sus cuidadores familiares y capacitando a sus profesionales	López. (2004); ⁶⁶ Havens y cols. (2002); ⁶⁷ Kramer (2005) y Kramer y cols (2005) Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos. Partes I a la IV; ^{68- 71} The American Nurses Credentialing Center (ANCC); ⁷² Aiken y cols. (1987); ⁷³ Needleman y cols. (2002); ⁷⁴ Kane (2007); ⁷⁵ Aiken (2002); ⁷⁶ Salmond y cols. (2010); ⁷⁷ Graf E. (2011); ⁷⁸ Kalisch y Lee (2012); ⁷⁹ Chen y Johantgen (2010) ⁸⁰	Cuidado accesible

El SGSSS debe responder a las necesidades del cuidado de las personas con ECNT y de sus cuidadores familiares	Samb y cols. (2010); ⁸¹ Ham. (2010); ⁸² Johnson SE y Stein RE (2001); ⁸³ Barr VJ y cols. (2003); ⁸⁴ Glasgow y cols. (2001); ⁸⁵ McCulloch DK y cols. (1998); ⁸⁶ Wagner EH y cols. (1999); ⁸⁷ Wagner EH y cols. (1996); ⁸⁸ Wagner EH y cols. (2001); ⁸⁹ Organización Mundial de la Salud. (2002); ⁹⁰ Harris MI (2000); ⁹¹ Bonami AE y cols. (2000) ⁹²	Cuidado accesible
La percepción de carga se asocia de manera importante con la calidad de vida de quienes viven la experiencia de la ECNT y la satisfacción de quienes suministran el servicio	Rogero. (2010); ⁹³ Chaparro DL y cols. (2013); ⁹⁴ Carrillo GM y cols. (2011); ⁹⁵ Cárdenas DC y cols. (2010); ⁹⁶ Nahm ES y cols. (2004); ⁹⁷ Rotondi AJ y cols. (2005); ⁹⁸ Grant J y cols. (2002); ⁹⁹ Rossi A y cols. (2012); ¹⁰⁰ Maytum JC y cols. (2004); ¹⁰¹ Álvarez BM (2003) Motivación laboral en un servicio de urgencias hospitalario ¹⁰²	Soporte social para el cuidado
El soporte social puede facilitar el cuidado de las personas con ECNT, mejorar la calidad de vida y disminuir la percepción de carga del cuidado	Sörensen y cols. (2002) ¹⁰³ ; Scott y cols. (2002); ¹⁰⁴ Vega. (2011) ¹⁰⁵ ; Klemm P y cols. (2005) ¹⁰⁶ ; Weinert C y cols. (2005) ¹⁰⁷ ; Vega OM y Gonzáles DS. (2009) ¹⁰⁸ ; Schwarz KA y Roberts B. (2000) ¹⁰⁹ ; Vinaccia S y cols. (2007) ¹¹⁰ .Espinosa MC y cols. (1996) ¹¹¹ ; Clemente y cols. (2008) ¹¹² ; Coleman J. (2005) ¹¹³	Soporte social para el cuidado
Las TIC pueden ser un medio útil para prestar soporte social a quienes viven la experiencia del cuidado de la ECNT	Valenzuela Y cols. (2009) ¹¹⁴ ; Cárdenas y cols.(2010) ¹¹⁵ ; Monteagudo.(2004) ¹¹⁶ ; San Miguel. (2011) ¹¹⁷ ; WandenBerghe y cols. (2011) ¹¹⁸ ; Lanusa.(2005) ¹¹⁹ ; Schiavo. (2007) ¹²⁰ ; Oddershede y cols. (2008), ¹²¹ ; Jardines.(2007) ¹²² ; Castiel y Álvarez. (2005) ¹²³ ; Castiely Sanz (2010), ¹²⁴ ; Eastin M y Larose R. (2005) ¹²⁵	Uso de TIC para favorecer el cuidado
Cuidar familiar o profesionalmente a las personas con ECNT implica habilidad	Blanco. (2007) ¹²⁶ ; Díaz, J. (2007) ¹²⁷ ; Montalvo A. (2007) ¹²⁸ ; Galvis. (2004) ¹²⁹ ; Barrera y cols. (2011) ¹³⁰ ; Barrera y cols. (2006) ¹³¹ ; Nkongho. (1990) ¹³² ; Ramírez OM. (2005) ¹³³ ; Celma VR. (2003) ¹³⁴ ; Johnson Marion y cols. (2002) ¹³⁵	Habilidad de cuidado
La habilidad de cuidado permite fortalecer y aprovechar las opciones de soporte social	Flórez TI y Montalvo PA. (2009) ¹³⁶ ; Stavro y cols. (2008) ¹³⁷ ; Söderhamn O y cols. (2000) ¹³⁸ ; Al-Janabi H y cols. (2010) ¹³⁹ ; Van SA y cols. (2000) ¹⁴⁰ ; Araújo SM y cols. (2013) ¹⁴¹ ; Griffin MM. (1993) ¹⁴² ; Grant JS y cols. (2006) ¹⁴³ ; Geila BD. (1999) ¹⁴⁴	Habilidad de cuidado

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del estudio (2013)

Dentro del análisis del “Modelo para abordar la carga del cuidado de la ECNT” y con base en la evidencia disponible se identificaron cinco áreas del cuidado indispensables para que cualquier institución de salud pueda dar una atención óptima en situaciones de enfermedad crónica y se hizo su respectiva descripción. [Tabla 3]

Tabla 3. Condiciones requeridas por una institución que cuida personas con enfermedad crónica no trasmisible

Las cinco condiciones para el cuidado de la salud en situación de ECNT	
Condición	Descripción
Facilitar el acceso al cuidado	Dar cuidado humanizado, integral y culturalmente apropiado
Garantizar el cuidado seguro	Dar un cuidado sólido desde el punto de vista técnico y confiable desde el punto de vista subjetivo que prevenga el riesgo y tenga mecanismos para mejorar ser difundido en forma permanente.
Favorecer el cuidado continuo	Dar cuidado atendiendo las etapas y escenarios en los cuales se presenta la experiencia de la ECNT
Mejorar la habilidad de cuidar	Promover el auto cuidado, y dar elementos cognitivos y actitudinales que permitan el empoderamiento del cuidador familiar
Dar soporte social para el cuidado con uso de TIC	Aprovechar los mecanismos de información y comunicación disponibles para acompañar la experiencia del cuidado de la ECNT de manera tal que se disminuya la carga y se mejore la calidad de vida de quienes están involucrados.

Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados del estudio (2013)

Una vez descritas las condiciones requeridas por las instituciones para dar cuidado en situaciones de ECNT, se revisaron y agruparon los indicadores según los sujetos que interactúan en la experiencia del cuidado en situaciones de ECNT. [Tabla 4]

Tabla 4. Indicadores para evaluar las cinco condiciones institucionales que permiten dar un buen cuidado crónico

Condición requerida en el cuidado de la salud	Indicadores según participante en la experiencia del cuidado de la ECNT				
	Persona con ECNT	Cuidador familiar	Diada persona con ECNT- cuidador familiar	Profesional de la Salud	Institución Prestadora de Servicios de Salud
Facilitar el acceso al cuidado	La persona con ECNT encuentra su espacio en la institución de salud	El cuidador familia de la persona con ECNT encuentra su espacio en la institución de salud	La Diada persona con ECNT – Cuidador familiar encuentran su espacio en la institución de salud	El profesional de salud que trabaja en cuidado crónico comprende las necesidades particulares de acceso de la persona con ECNT y su cuidador familiar	La institución ofrece programas para la persona con ECNT, el cuidador familiar de la persona con ECNT y la diada receptor – cuidador familiar
	La persona	El cuidador	La Diada	El	La

	con ECNT percibe mejor calidad de vida	familiar de la persona con ECNT percibe mejor calidad de vida	persona con ECNT – Cuidador familiar es atendida	profesional siente mayor satisfacción con lo que hacen en su trabajo	institución reporta medición de calidad y satisfacción en el cuidado según percepción de los usuarios con ECNT
Garantizar el cuidado seguro	La persona con ECNT reconoce los cinco riesgos más importantes frente al cuidado de su salud y sabe qué hacer al respecto	EL cuidador de la persona con ECNT reconoce los cinco riesgos más importantes frente al cuidado de su salud y sabe qué hacer al respecto	La diada reconoce el costo de la enfermedad y busca disminuirlo	El profesional reconoce los cinco riesgos más importantes frente al cuidado de su salud y sabe cuál es su papel para disminuirlos o controlarlos	La institución cuenta con una política de cuidado seguro que es aplicada y medida en forma periódica
Favorecer el cuidado continuo	La persona con ECNT reconoce la importancia de tener un registro de su condición.	El cuidador familiar de la persona con ECNT reconoce la importancia de mantener un registro de la condición y cuidados de su familiar enfermo	La diada cuidador familiar - Persona con ECNT reconoce la importancia de mantener un registro de su condición y cuidados	El profesional reconoce cuál es su papel frente al plan de transición y egreso para garantizar un cuidado continuo al paciente y respaldar al cuidador familiar	La institución debe contar con una política de Plan de transición y egreso que es aplicada y medida en forma periódica
Mejorar la habilidad de cuidar	La persona con ECNT busca estar mejor informada sobre su condición y su cuidado	El cuidador familiar de la persona con ECNT busca mejorar su nivel de habilidad en el cuidado	La diada receptor-cuidador de la persona con ECNT asumen la responsabilidad de informarse	El profesional de la salud fomenta el auto cuidado en la persona con ECNT y su cuidador familiar	La institución ofrece un programa para mejorar la habilidad de cuidado de los cuidadores

			sobre la condición de ECNT y los apoyos con que cuentan para el cuidado		familiares de personas con ECNT
Dar soporte social y hacer uso apropiado de tic disponibles para el cuidado	La persona con ECNT percibe mayor apoyo para su cuidado	El cuidador familiar de la persona con ECNT cuenta con mayor soporte social para asumir la tarea del cuidado	La Diada cuidador familiar-persona con ECNT reconoce la forma como puede darse apoyo en el cuidado	El profesional de la salud cuanta con un mayor nivel de información sobre el cuidado de las personas con ECNT que refleja en su atención	La institución de salud es más atractiva para los usuarios con ECNT, los cuidadores familiares y los profesionales de la salud que les prestan sus servicios
	La persona con ECNT conoce y emplea las TIC disponibles para facilitar el cuidado de la salud	El cuidador familiar conoce y emplea las TIC disponibles para facilitar el cuidado propio y el de la persona con ECNT.	La Diada persona con ECNT-cuidador familiar conocen y emplea las TIC disponibles para facilitar su relación y cuidado	El profesional de la salud que atiende personas con ECNT conoce y emplea las TIC disponibles para actualizarse, informarse y facilitar el cuidado de la salud de sus usuarios.	La institución emplea y evalúa el uso de las TIC disponibles y adecuadas para facilitar el cuidado de la salud de sus usuarios y dar respaldo a sus profesionales.

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del estudio (2013)

Discusión y conclusiones

En respuesta al contexto de incremento de la ECNT² y de todos los retos que este cambio epidemiológico genera,¹ en una condición cambiante y con tendencia al deterioro,³ al estigma⁴ y al alto costo, es necesaria la orientación de la práctica bajo la guía de un modelo conceptual.^{6-13,17,18}

Este trabajo eligió la orientación del “Modelo para abordar la carga del cuidado de la ECNT”.¹⁴ A partir del mismo, se buscó la evidencia disponible y se definieron las cinco

características institucionales indispensables para abordar de manera integral el cuidado en situación de ECNT. Dichas características incluyen: el acceso,^{18-29,58-92} la seguridad,⁴³⁻⁵⁷ la continuidad,³⁰⁻⁴² el favorecimiento de la habilidad de cuidado¹²⁶⁻¹⁴⁴ y el soporte para favorecer el cuidado con empleo de TIC disponibles.⁹³⁻¹²⁵

Los indicadores de este cuidado se circunscriben a la persona con ECNT, su cuidador familiar, la diada receptor-cuidador familiar, los profesionales de la salud y las instituciones mismas.

El SGSSS debe estar preparado para abordar las situaciones de ECNT⁸¹⁻⁸³ para lo cual el “Modelo para abordar la carga de la ECNT”,¹⁴ las características institucionales que se proponen basadas en la evidencia disponible y los indicadores de logro para evaluarlas en cada sujeto que está involucrado en la experiencia, pueden resultar de gran utilidad.

Se sugiere que para lograr un impacto importante en el SGSSS, es necesario continuar en la implementación del “Modelo para abordar la carga de la ECNT”, su evaluación y la socialización de sus resultados en la aplicación que se adelanta en Colombia.

Bibliografía

1. Barrera OL, Chaparro DL, Sánchez HB, Carrillo GG. Capítulo 2: Mirada a los cuidadores familiares. Cuidando a los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. 1ª ed. Bogotá: Empresa Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2010. p. 45-60.
2. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2013 Una mina de información sobre salud pública mundial. Ginebra: OMS; 2013.
3. Curtin M, Lubkin I. What is chronicity?. En: Lubkin I, Larsen P. Chronic Illness Impact and intervention. 4 ed. Toronto: Jones and Bartlett Publishers; 1998. p. 3-25.
4. Goffman E. Notes on the Management of Spoiled Identity. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey 1963. En: Joachim G; Arcorn S. Stigma of visible and invisible chronic conditions. Journal of Advanced Nursing. 2000; 23(1):243-248.
5. Newman MA. Health as expanding consciousness. 2da ed. USA: Jones and Bartlett Publishers; 1994.
6. White C, Graves WJ, Godfrey SM, Bonner A, Sloane P. Beyond the medical model: the culture change revolution in long-term care. Journal of American Medical Directors Association. 2009; 10:370-378.
7. Roy C, Andrews HA. The Roy Adaptation Model. 1ª ed. USA: Appleton & Lange; 1999.
8. Álvarez RL. Modelos explicativos y de intervención psicosocial de la enfermedad crónica. Med Unab. Universidad Autónoma de Bucaramanga. 2006; 9(3):250-256.
9. Grey M, Knaft K, McCorkle R. A framework for the study of self- and family management of chronic conditions. Nurs Outlook. 2006; 54:278-286.
10. Lyons KS, Sayer AG. Longitudinal Dyad Models in Family. Journal of Marriage and Family. 2005; 67(4):1048-1060.
11. Johnson L. Chapter 9: mental models and thought. En: The Cambridge Handbook of Thinking and Reasoning. 1a ed. USA: 2005. p. 185-208.
12. Jova MR, Rodríguez SA, Díaz PA, Balcindes AS, Sosa LI, Pol De Vos, Van der SP. Modelos de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en Cuba y el mundo. MEDISAN. 2011; 15(11):1609-1620.

13. Barrera OL, Pinto AN, Sánchez HB. Hacia la construcción de un modelo de cuidado de cuidadores de personas con enfermedad crónica. *Actualizaciones en Enfermería*. 2008; 11(2):23-29.
14. Barrera OL, Carrillo GM, Chaparro DL, Sánchez HB. "Modelo para abordar la carga del cuidado de la ECNT" en Colombia. *Revista Orinoquia*. 2013, En prensa.
15. Corbin J, Strauss A. A nursing model for chronic illness management based upon the trajectory framework. En: Woog P. *The Chronic Illness Trajectory Framework*. New York: Springer; 1992. p. 9-28.
16. Corbin J. Introduction and overview: chronic illness and nursing. Bernstein R, Corbin J. *Chronic illness. Research and Theory for nursing practice*. Springer Publishing Company; 2001. p. 1-15.
17. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs*. 2001; 20(6):64-78.
18. Palhares GE, Aparecida SC, Ferreira E, Eller SM. Utilização do plano de cuidados como estratégia de sistematização da assistência de enfermagem. *Cienc. Enferm*. 2002; 8(2):49-58. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532002000200006&lng=es [Consultado el 06 de julio de 2013].
19. Ayala VR, Alvarado NC, Cuevas AJ. La discriminación en el aprendizaje del cuidado. *Cienc. Enferm*. 2010; 16(3):85-101. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532010000300010&lng=es [Consultado el 06 de julio de 2013].
20. Chaparro DL. Cómo se constituye el "vínculo especial" de cuidado entre la persona con enfermedad crónica y el cuidador familiar. *Aquichán*. 2011; 11(1):7-22.
21. Giraldo MC, Franco AG. Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor. *Avances en Enfermería*. 2008; 26(1):43-58.
22. Ferré GC, Rodero SV, Cid-BD, Vives-RC, Aparicio CM. *Guía de cuidados de enfermería: cuidar al cuidador en atención primaria*. 1ª ed. Tarragona: Publidisa, S.A.; 2011.
23. Cuervo N. Relación entre la percepción de los comportamientos de cuidado del paciente y el personal de enfermería. *Actualizaciones en Enfermería*. 1999; 2(3):9-16.
24. Alvis T, Moreno M, Muñoz S. Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización. En: *El arte y la ciencia del cuidado*. Bogotá: Unibiblos; 2002. p. 207-216.
25. Rivera LN, Triana A. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la clínica del Country. *Avances en Enfermería*. 2007; 25(1):54-66.
26. Hageness SM, Kreitzer MJ, Kinney ME. Complementary, integrative and holistic care in emergency nursing. *Emergency Nursing*. 2002; 37(1):123-133.
27. Fujita N. Humanised care and a change in practice in a hospital in Benin. *Midwifery*. 2012; 28:481-488.
28. Misago C, Umenai T, Onuki D, Henada K. Humanized Maternity Care. *The Lancet*. 1999; 354:1391-1392.
29. Carneiro RK, Moreira LC. O discurso e a prática do cuidado aorecém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006; 14(1):85-92.
30. Zea HM, Torres MB. Adultos mayores dependientes hospitalizados: La transición del cuidado. *Invest. Educ. Enferm*. 2007; 25(1):40-49. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072007000100004&lng=en [Consultado el 06 de julio de 2013].

31. Andrietta MP, Lopes MR, Bottura LB. Plan del alta hospitalaria para pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 19(6):1445-1452. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000600023&lng=en [Consultado el 06 de julio de 2013].
32. Bull M, Hansen H, Gross C. A professional-patient partnership model of discharge planning with elders hospitalized with heart failure. *Applied Nursing Research*. 2000; 13(1):19-28.
33. Morderchai BB, Herman A, Kerzman H, Irony A. Structured discharge education improves early outcome in orthopedic patients. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*. 2010; 14(2):66-74.
34. Koelling T, Johnson M, Cody R, Aaronson K. Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart failure. *Journal of the American Heart Association*. 2005; 111(2):179-185.
35. Roebuck A. Telephone support in the early Post discharge period following elective cardiac surgery: does it reduce anxiety and depression levels?. *Intensive and Critical Care Nursing*. 1999; 15(3):142-146.
36. Ballard-HJ. Nurse practitioners improving the transition from hospital to home and reducing acute care readmission rates in heart failure patients. *Heart & Lung*. 2010; 39(4):365-366.
37. Pi CL, Jin LW, Su YC, Fu MY. Effectiveness of a discharge-planning pilot program for orthopedic patients in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*. 2005; 42(7):723-731.
38. Gee JA, Laforest S, Pugacz A, Guthrie A, Salem W, Sabatka S. Getting serious about transition: a medication reconciliation model of care in the management of heart failure. *Heart & Lung*. 2010; 39(4):366.
39. Hellesøa R, Sorensenb L, Lorensena M. Nurses' information management across complex health care organizations. *International Journal of Medical Informatics*. 2005; 74(11-12): 960-972.
40. Chiang LC, Chen WC, Dai YT, Ho YL. The effectiveness of telehealth care on caregiver burden, mastery of stress, and family function among family caregivers of heart failure patients: A quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*. 2012; 49(10):1230-1242.
41. Hiskett G. Clinical and economic consequences of discharge from hospital with on-going TNP therapy: a pilot study. *J Tissue Viability*. 2010; 19(1):16-21.
42. THrutchley D, Delong D, Rymer M. Stroke home health care: The transition to independence. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 1997; 6(6).
43. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en: www.who.int/patientsafety [Consultado el 06 de julio de 2013].
44. Aspen P, Corrigan J, Wolcott J, Erikson S. Patient safety achieving a new standard for care. Washington: Committee on Data Standards for Patient Safety. The National Academies Press; 2004.
45. Rothschild J, Bates D, Leape L. Preventable medical injuries in older patients. *Arch Intern Med*. 2000; 160(18):2717-2728.
46. Ball J. Data collection and review in the delivery of safe care. *NursManag*. 2011; 17(9):20-32.
47. Macy ML, Clark SJ, Sasson C, Meurer WJ, Freed GL. Emergency physician perspectives on child passenger safety: a national survey of attitudes and practices. *Academic pediatrics*. 2012; 12(2):131-137.

48. Alkon A, Bernzweig J, To K, Wolff M, Mackie JF. Child care health consultation improves health and safety policies and practices. *Academic Pediatrics*. 2009; 9(5):366-370.
49. Marsteller JA, Hsiao CJ, Underwood WS, Woodward P, Barr MS. A simple intervention promoting patient safety improvements in small internal medicine practices. *Qual Prim Care*. 2010; 18(5):307-316.
50. Casey MM, Moscovice IS, Davidson G. Pharmacist staffing, technology use, and implementation of medication safety practices in rural hospitals. *J Rural Health*. 2006; 22(4):321-330.
51. Wright AA, Katz IT. Bar coding for patient safety. *New England Journal of Medicine*. 2005; 353(4):329-331.
52. Halpin HA, McMenamin SB, Simon LP, Jacobsen D, Vanneman M, Shortell S, Milstein A. Impact of participation in the California Healthcare Associated Infection Prevention Initiative on adoption and implementation of evidence-based practices for patient safety and health care-associated infection rates in a cohort of acute care general hospitals. *American Journal of Infection Control*. 2013; 41(4):307-311.
53. Hansten R. Streamline change-of-shift report. *Nursing Management*. 2003; 34(8):58-59.
54. Peterson LA, Orav EJ, Teich JM, O'Neil AC, Brennan TA. Using a computerized sign-out program to improve continuity of inpatient care and prevent adverse events. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*. 1998; 24(2):77-87.
55. Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min SJ. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*. 2006; 166(17):1822-1828.
56. Rogers G, Alper E, Brunelle D, Federico F, Fenn CA, Leape LL, Kirle L, Ridley N, Clarridge BR, Bolcic-Jankovic D, Griswold P, Hanna D, Annas CL. Reconciling medications at admission: safer practice recommendations and implementation strategies. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*. 2006; 32(1):37-50.
57. Rozich JD, Howard RJ, Justeson JM, Macken PD, Lindsay ME, Resar RK. Standardization as a mechanism to improve safety in health care. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*. 2004; 30(1):5-14.
58. Céspedes JE, Jaramillo IM, Olaya S, Reynales J, Uribe C; Castaño R, et al. Efectos de la Reforma de la Seguridad Social en Salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud. *Salud Pública*. 2000; 2(2):145-164.
59. Martínez F, Robayo G, Valencia O. ¿Por qué no se logra la cobertura universal de la seguridad social en salud? Bogotá: Fesalud; 2002.
60. Vargas YG. ¿Es equitativo el gasto social en salud?. *Cuad. Econ*. 2005; 23(41):171-193. Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/ceco/v23n41/v23n41a07.pdf. [Consultado el 06 de julio de 2013].
61. Agudelo CA, Cardona J, Ortega J, Robledo Martínez R. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011; 16(6):2817-2828.
62. Yepes FJ, Ramírez Manuel SL; Ramírez ML, Jaramillo I. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. *Assalud en coedición con la Universidad del Rosario, Facultad de Economía y Mayol*. Bogotá: Ediciones S.A; 2010.
63. Centro de Estudios para el Desarrollo, CID, Universidad Nacional de Colombia. Investigación financiamiento y equidad en el SGSSS. Bogotá: Observatorio de Protección Social; 2010.
64. Castro HC, Restrepo RA, Martínez AF. Finanzas de salud, un problema estructural. *Salud Colombia*. 2010. Disponible en:

<http://www.saludcolombia.com/actual/saludperman/portada.htm> [Consultado el 06 de julio de 2013].

65. Sentencia T- 760 de 2008. Consejo de Estado, Bogotá, DC, 31 de julio de 2008.

66. López AS. Hospital magnético, hospital excelente. *Index de Enfermería*. 2004; 13(44-45):7-8. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100001&lng=es [Consultado el 06 de julio de 2013].

67. Havens DS, Labov TG, Faura T, Aiken LH. Entorno clínico de la enfermera hospitalaria. *Enfermería Clínica*. 2002; 12(1):13-21. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/35/35v12n01a13027064pdf00.pdf> [Consultado el 06 de julio de 2013].

68. Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos. Parte I. *Nursing*. 2005; 23(3):8-13.

69. Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos. Parte II. *Nursing*. 2005; 23(4):15-19.

70. Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos. Parte III. *Nursing*. 2005; 23(5):14-17.

71. Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos. Parte IV. *Nursing*. 2005; 23(6):21-25.

72. American Nurses Credentialing Center [sede Web]. Estados Unidos: American Nurses Credentialing Center. ANCC Magnet Recognition Program [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.nursecredentialing.org/magnet.aspx> [Consultado el 06 de julio de 2013].

73. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 2002; 288(16):1987-1993.

74. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med*. 2002; 346(22):1715-1722.

75. Kane RL, Shamiliyan TA, Mueller C, Duval S and Wilt TJ. The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes. Systematic Review and Meta-Analysis. *Medical Care*. 2007; 45(12). Disponible en: <http://www.ona.org/documents/File/pdf/KaneRNStaffingPatientOutcomesMedCare.pdf> [Consultado el 06 de julio de 2013].

76. Aiken LH. Investigación internacional en resultados de enfermería implicaciones clínicas, políticas y de investigación. *Research in Nursing & Health*. 2002 [diapositivas de PowerPoint]. Disponibles en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/Resultados_Enfermeria_Implicaciones_Clinicas_Politicasy_Investigacion.pdf [Consultado el 06 de julio de 2013].

77. Salmond S, Begley R, Brennan J, Saimbert M. A comprehensive systematic review of evidence on determining the impact of magnet designation on nursing and patient outcomes: is the investment worth it? *J Adv Nurs*. 2010; 66(6):207-212.

78. Graf E. Magnet Children's Hospitals: Leading Knowledge Development and Quality Standards for Inpatient Pediatric Fall Prevention Programs. *Journal of Pediatric Nursing*. 2011; 26(2):122-127.

79. Kalisch BJ, Lee KH. Missed nursing care: Magnet versus non-Magnet hospitals. *Nursing Outlook*. 2012; 60(5):e32-e39.

80. Chen YM, Johantgen ME. Magnet Hospital attributes in European hospitals: A multilevel model of job satisfaction. *International Journal of Nursing Studies*. 2010; 47(8):1001-1012.

81. Samb B, Desai N, Nishtar S, Mendis S, Bekedam H, Wright A, et al. Prevention and management of chronic disease: a litmus test for health systems strengthening in low-income and middle-income countries. *The Lancet*. 2010; 376(9754):1785-1797.
82. Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Economics, Policy and Law*. 2010, 5(pt 1):71-90.
83. Silver EJ, Stein RE. Access to care, unmet health needs, and poverty status among children with and without chronic conditions. *Ambulatory Pediatrics*. 2001; 1(6):314-320.
84. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. The expanded chronic care model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. *Hospital Quarterly*. 2003; 7(1):73-82.
85. Glasgow RE, Orleans CT, Wagner EH. Does the chronic care model serve also as a template for improving prevention?. *Milbank Q*. 2001; 79(4):579-612.
86. McCulloch DK, Price MJ, Hindmarsh M, Wagner EH. A population-based approach to diabetes management in a primary care setting: early results and lessons learned. *Eff Clin Pract*. 1998; 1(1):12-22.
87. Wagner EH. Care of older people with chronic illness. En E. Calkins, C. Boulton and E.H. Wagner, eds., *New ways to care for older people: Building systems based on evidence*. New York: Springer; 1999. p. 39-64.
88. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q*. 1996; 74(4):511-544.
89. Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost L, McCulloch D, Carver P, Sixta C. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *Journal on Quality Improvement*. 2001; 27(2):63-80.
90. World Health Organization. *Innovative care for chronic conditions: Building blocks for action*. Geneva: WHO; 2002.
91. Harris MI. Health care and health status and outcomes for patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2000; 23:754-758.
92. Bonami EA. Assessment of Chronic Illness Care: How well does your organization provide care for chronic illness?. En: *Institute for Health Care Improvement Congreso Nacional*. Seattle, Estados Unidos; 2000.
93. Rogero GJ. *Los tiempos del cuidado: EL impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. España: Instituto de Mayores y Servicios Sociales IMSERSO; 2010.
94. Chapparó DL, Sánchez HB, Carrillo GG, Barrera OL. ICT as a social support mechanism for family caregivers of people with chronic illness: a case study. *Aquichán*. 2013; 13(1): 27-40.
95. Carrillo GG, Chapparó DL, Barrera OL, Pinto AN, Sánchez HB. El blog como herramienta de soporte social para personas con enfermedad crónica. *Ciencia y enfermería*. 2011, XVII(3): 137-149.
96. Cárdenas DC, Melenge B, Pinilla J, Carrillo GM, Chapparó OL. Soporte social con el uso de las TIC para cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica: un estado del arte. *Aquichán*. 2010; 10(3):204-213.
97. Nahm ES, Resnick B, Gaines J. Testing the reliability and validity of computer mediated social support measures among older adults a pilot study. *Comput Inform Nurs*. 2004; 22(4):211-219.
98. Rotondi AJ, Sinkule J, Spring M. An Interactive web-based intervention for persons with TBI and their families. *J head Trauma Rehabil*. 2005; 20(2): 173-185.

99. Grant J, Elliot T, Weaver M, Bartolucci A, Newman J. telephone intervention with family caregivers of stroke survivors after rehabilitation. *Stroke*. 2002; 33(8):2060-2065.
100. Rossi A, Cetrano G, Pertile R, Rabby L, Donisi V, Grigoletti L, et al. Burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among staff in community-based mental health services. *Psychiatry Research*. 2012; 200(2-3):933-938.
101. Maytum JC, Heiman MB, Garwick AW. Compassion fatigue and burnout in nurses who work with children with chronic conditions and their families. *Journal of Pediatric Health Care*. 2004; 18(4):171-179.
102. Álvarez BM. Motivación laboral en un servicio de urgencias hospitalario. *Enfermería Clínica*. 2003; 13(1):16-25.
103. Sörensen S, Pinquart M, Dubertin P. ¿Qué tan efectivas son las intervenciones con los cuidadores? un meta-análisis actualizado. *The Gerontologist*. 2002; 42(3):356-372.
104. Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E, Knight K, Hasselblad V, Gano A Jr, Ofman JJ. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness which ones work? Metaanalysis of published reports. *BMJ*. 2002; 26; 325(7370):925.
105. Vega AO. Percepción del apoyo socialfuncional en cuidadores familiares de enfermoscrónicos. *Aquichán*. 2011; 11(3):274-286.
106. Klemm P, Wheeler E. Cancer caregivers online: hope, emotional roller coaster and physical/ emotional/ psychological responses. *Comput Inform Nurs*. 2005; 23(1):38-45.
107. Weinert C, Cudney S, Winters C. Social Support in Cyberspace. The Next Generation. *Comput Inform Nurs*. 2005; 23(1):7-15.
108. Vega OM, González DS. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*. 2009; 16. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci> [Consultado el 5 de julio de 2013].
109. Schwarz KA, Roberts B. El apoyo social y la tensión de los cuidadores familiares de adultos mayores. *Nursing Practice In Action*. 2000; 14(2):77-90.
110. Vinaccia AS, Japcy MQ, Hamilton F, Pérez BH, Sánchez MO, Londoño A. Calidad de vida y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. *Anales de psicología*. 2007; 23(2):245-252.
111. Espinosa MC, Clerencia M, Serrano M, Alastuey C, Mesa P, Perlado F. Apoyo social, demencia y cuidador. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 1996; 31(1):31-35.
112. Clemente A, Florencia M, Stefani D. apoyo social, bienestar psicológico y salud percibida en personas de edad. *Perspectivas en Psicología*. 2008; 5(2):47-53.
113. Coleman J. The effect of a frequently asked questions module on a pancreatic cancer web site patient/family chat room. *CancerNursing*. 2005; 28(6):460-468.
114. Valenzuela JI, Camacho JC, Argüello A, Cendales JG, Fajardo R. Percepciones de los trabajadores del sector salud frente a Internet y las tecnologías móviles en Colombia. *Rev Panam Salud Pública*. 2009; 25(4):367-374. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009000400012&lng=en [Consultado el 08 de julio de 2013].
115. Cárdenas CD, Melenge DB, Pinilla J, Carrillo GG, Chaparro-DL. Soporte social con el uso de las TIC para cuidadores de personas con enfermedad crónica: un estado del arte. *Aquichán*. 2010; 10(3):204-213.
116. Monteagudo PJ. Tecnologías de la Información y Comunicaciones. *Educación Médica*. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132004000200004&lng=es [Consultado el 06 de julio de 2013].

117. Begoña SM. Las tecnologías de la información y la comunicación en el Espacio Europeo de Educación Superior. *Salud Colectiva*. 2011; 7(Supl 1):S5-S7.
118. Wanden BC, Sabucedo L, Martínez DV. Investigación virtual en salud: las tecnologías de la información y la comunicación como factor revolucionador en el modo de hacer ciencia. *Salud Colectiva*. 2011; 7(Supl 1):S29-S38.
119. Lanusa RS, Rojo PN, Caraballosa HM, Capote MR, Pérez PJ. Las tecnologías de información y comunicación y la gestión del conocimiento en el sector salud. *Rev Cubana Salud Pública*. 2005; 31(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000300008&lng=es [Consultado el 06 de julio de 2013].
120. Schiavo E. Investigación científica y tecnológica en el campo de las TIC: ¿conocimientos técnicos, contextuales o transversales?. *Revista CTS*. 2007; 9(3):91-113.
121. Oddershede HA, Carrasco GR, Barham AM. Multi-criteria decision model for assessing health service information technology network support using the analytic hierarchy process. *Computación y Sistemas*. 2008; 12(2):173-182.
122. Jardines MJ. Acceso a la información y equidad en salud. *Rev Cubana Salud Pública*. 2007; 33(3):1-8.
123. Castiel LD, Álvarez DC. Las tecnologías de la información y la comunicación en salud pública: las precariedades del exceso. *Rev Esp Salud Publica*. 2005; 79(3):331-337.
124. Castiel LD, Sanz VJ. El acceso a la información como determinante social de la salud. *Nutr Hosp*. 2010; Supl. 3(25): 26-30.
125. Eastin M, Larose R. Alt. Support: modeling social support online. *Computer in Human Behavior*. 2005; 21(6):977-992.
126. Blanco D. Habilidad de cuidado de los cuidadores principales de niños en situación de enfermedad crónica que consultan en la clínica Colsanitas. *Avances en Enfermería*. 2007; 25(1):19-32.
127. Díaz J. Habilidades de cuidado de cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica vinculados al Hospital San Rafael de Girardot. *Avances en Enfermería*. 2007; 25(1):69-82.
128. Montalvo A. Los cuidadores de pacientes con Alzheimer y su habilidad en el cuidado en la ciudad de Cartagena. *Avances en Enfermería*. 2007; 25(2):90-100.
129. Galvis CL. Habilidad de cuidado de los cuidadores de persona con enfermedad crónica en Villavicencio Meta. *Avances en Enfermería*. 2004; 22(1):8-12.
130. Barrera OL, Carrillo GG, Chaparro DL, Pinto AN, Rodríguez A, Sánchez HB. Effect of the Program "Caring for caretakers": Findings of a multicenter study. *Colombia Médica*. 2011; 42(2)(Supl 1).
131. Barrera OL, Pinto AN, Sánchez HB. Evaluación de un Programa para Fortalecer a los Cuidadores Familiares de Enfermos Crónicos. *Revista de Salud Pública*. 2006; 8(1):141-152.
132. Nkongho N. The caring ability inventory. measurement of nursing outcomes: self-care and coping. New York: Springer Publishing Company; 1990. p. 3-16.
133. Ramírez OM. Habilidad de cuidado de los cuidadores principales de pacientes con cáncer gastrointestinal. *Avances en Enfermería*. 2005; XXIII(2):7-17.
134. Celma VM. Cuidadoras informales y enfermedades dentro del hospital. *Rol de Enfermería*. 2003; 26(3):190.
135. Johnson M. Clasificación de resultados de enfermería (CRE): rendimiento del cuidador familiar: atención directa. 2da edición. España: Mosby; 2002.
136. Montalvo PA, Flórez TI. Cuidadores de Cartagena y su contexto de cuidado: estudio comparativo. *Aquichán*. 2009; 9(2): 135-146.

137. Stavro VD, Montalvo PA, Flórez TI. Cuidando a cuidadores familiares de niño en situación de discapacidad. *Aquichán*. 2008; 8(2):197-211.
138. Söderhamn O, Lindencrona C, Christina EK. Ability for self-care among home dwelling elderly people in a health district in Sweden. *International Journal of Nursing Studies*. 2000; 37(4):361-368.
139. Al-Janabi H, Frew E, Brouwer W, Rappange D, Van EJ. The inclusion of positive aspects of caring in the Caregiver Strain Index: Tests of feasibility and validity. *International Journal of Nursing Studies*. 2010; 47(8):984-993.
140. Van SA, Visserb A, Zouwea NV. Caring for caregivers: experiences and evaluation of interventions for a palliative care team. *Patient Education and Counseling*. 2000; 41(1):93-105.
141. Araújo SM, Groppo SN, Bocchi EA, Viggiani BM. Caring for heart transplant recipients: The lived experience of primary caregivers. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2013; 42(2):120-125.
142. Griffin MM. Caring for caregivers: A nursing role in a corporate setting. *Geriatric Nursing*. 1993; 14(4):200-204.
143. Grant JS, Elliott TR, Weaver M, Glandon GL, Raper JL, Giger JN. Social support, social problem-solving abilities, and adjustment of family caregivers of stroke survivors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2006; 87(3): 343-350.
144. Geila BD. Three phase development of caring capacity in primary caregivers for relatives with Alzheimer's disease. *Journal of Aging Studies*. 1999; 13(2):177-197.