



# PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

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

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/1960.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* **Estrategias de autocuidado de los cuidadores de pacientes con enfermedad renal crónica terminal**

*Autores* Jessica Medina García

*Centro/institución* X Programa Minerva Jóvenes Investigadores, Fundación Index

*Ciudad/país* Granada, España

*Dirección e-mail* [jmg.enfermera@gmail.com](mailto:jmg.enfermera@gmail.com)

## RESUMEN

*Introducción:* El problema de investigación que se plantea en este estudio se identifica en el momento en el que los cuidadores declaran que existe una relación inversa entre cuidar y autocuidarse y al observar que el apoyo profesional va más dirigido a los pacientes que a los cuidadores.

*Objetivo principal:* 1) Describir estrategias de autocuidado en Cuidadores Principales de Enfermos Renales (CPER). Identificar las necesidades no cubiertas en CPER. 2) Conocer la autopercepción de salud en CPER. 3) Conocer cómo es el proceso de acompañamiento en el padecimiento de la enfermedad renal crónica terminal.

*Metodología:* Estudio cualitativo descriptivo tipo fenomenológico eidético. Los participantes serán CPER del Hospital Carlos Haya (Málaga) y del Hospital Virgen de las Nieves (Granada). Disponer de las necesidades más habituales de los CPER en materia de su autocuidado personal permitirá identificar posibles campos de intervención precoz para la enfermera que, indirectamente pueden tener impacto en el propio paciente con ERCT.

**Palabras clave:** Estrategias de autocuidado/ Cuidadores/ Enfermedad renal crónica terminal/ Modelo de Creencias en Salud.

## ABSTRACT

SELF-CARE STRATEGIES OF CAREGIVERS OF PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE

*Introduction:* The research problem in this study is identified at the time in which caregivers report that there is an inverse relationship between caring and self-care and seeing that professional support is more focused patients to caregivers.

*Objective:* 1) To describe self-care strategies in kidney patients's caregiver. 2) Know the self-rated health in caregivers. 3) Knowing how the process of accompaniment in the condition of chronic kidney disease.

*Methods:* Descriptive qualitative study phenomenological eidetic. Participants will be caregivers Carlos Haya Hospital (Málaga) and Virgen de las Nieves Hospital (Granada). Knowing the most common needs of caregivers about their own self-care individual would identify possible areas of early intervention for the nurse that indirectly can impact the patient with kidney disease.

**Key-words:** Self-care Strategies/ Caregivers/ Chronic Kidney Disease/ The Health Belief Model (HBM).

## TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

### Introducción

En España actualmente se estima que existen unos 45.000 pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT)<sup>1</sup>. Según el último informe de la Sociedad Española de Nefrología de 2011 la modalidad de tratamiento más prevalente es el trasplante renal (TR) con un 50,12%, seguida de la hemodiálisis (HD) con un 44,61% y la diálisis peritoneal (DP) con un 5,27%<sup>1</sup>. Los resultados del estudio EPIRCE en nuestro país muestran que la prevalencia de la ERCT en estadios 3-5 según los criterios de la Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DOQI) es de 6,8% (IC 95% DS  $\pm$  1,8) siendo de 21,4% para edades mayores de 64 años<sup>2</sup>. De este estudio se puede concluir que la edad avanzada y la asociación de enfermedades como la obesidad, hipertensión y diabetes son las características que más predominan entre los pacientes con ERCT<sup>2</sup>. De este modo, no es de extrañar que una gran parte de los pacientes presenten deterioro y dependencia derivada del envejecimiento y por tanto necesiten del cuidado de algún familiar.

El cuidador principal del enfermo renal (CPER) tipo es una mujer por debajo de 70 años sin trabajo fuera del hogar y que cuida a un familiar de primer grado<sup>3</sup>. Los cuidadores al ser fieles compañeros en el trasiego de la enfermedad de su ser querido suelen sufrir cambios en su estilo de vida. El padecimiento de la enfermedad junto a ellos genera en el cuidador cambios en la economía, en el trabajo, reduce el tiempo de ocio, causa problemas físicos y psicológicos<sup>4-8</sup>, alteraciones en el funcionamiento familiar, disminuye la percepción de salud, aumenta la sobrecarga, genera baja autoestima y autoexigencia<sup>9,10</sup>. Tener la responsabilidad de cuidar de otra persona implica tiempo y dedicación que aflora en la mayoría de los casos como un déficit de autocuidado en el cuidador<sup>11</sup>.

Por tanto, nos encontramos ante una población frágil de cuidadores con necesidades no cubiertas que al cumplir con una doble función de agentes de cuidados (cuidar de sus familiares y de sí mismos), ambos roles se interponen y en general se suele tender más a considerarlos como colaboradores que como receptores de cuidados<sup>12</sup>. Sin embargo, hay que destacar que tras la aprobación del Decreto de Apoyo a las Familias Andaluzas<sup>13</sup> esto ha cambiado y los cuidadores familiares han pasado a convertirse en población diana de la cartera de servicios de los centros sanitarios públicos. Por otro lado, en el Plan de Atención a Cuidadores en Andalucía, queda reflejada la preocupación de mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los cuidadores familiares como uno de sus objetivos generales<sup>14</sup>.

Cuando hablamos de autocuidado del cuidador nos referimos a aquellas acciones que las personas maduras realizan en un determinado momento por sí mismas con la finalidad de mantener la vida, la salud y el bienestar teniendo en cuenta sus creencias y valores<sup>15</sup>. Por otro lado, nos referimos a necesidades no cubiertas a los desequilibrios en las necesidades fundamentales (respiración, alimentación, eliminación, actividad y descanso, equilibrio entre interacción social y soledad, prevención de peligros para la vida y el bienestar, promoción del funcionamiento humano y desarrollo en grupos sociales), necesidades específicas en determinados momentos del ciclo vital (niñez, adolescencia, madurez y vejez) o en las necesidades de desviación de salud<sup>15</sup>.

El problema de investigación que se plantea en este estudio se identifica en el momento en el que los cuidadores declaran que existe una relación inversa entre cuidar y autocuidarse<sup>16-17</sup> y al observar que el apoyo profesional va más dirigido a los pacientes que a los cuidadores<sup>5,8,18,19</sup>. En la literatura se estudia diferentes temáticas en relación a los cuidadores como son la sobrecarga<sup>20-22</sup>, tipos de apoyo que brindan los equipos sanitarios a los cuidadores<sup>19</sup> o estudios que miden la efectividad de las intervenciones educativas que se les realizan a los cuidadores<sup>23</sup>. Sin embargo, en la literatura no abundan estudios que analicen el autocuidado de cuidadores de enfermos renales en un contexto donde han de ejercer el rol de cuidar a un familiar diariamente.

No obstante, existen estudios como el de Yueh-Feng Yvonne Lu y May Wykle<sup>24</sup> que analizan las respuestas de autocuidado de los cuidadores de personas con demencia en relación con los síntomas físicos y psicológicos del cuidador principal que aunque no se corresponde con el enfoque, ámbito y población de cuidadores de pacientes renales, los resultados de este estudio muestran que los familiares que tienen altos niveles de estrés presentan peor percepción de la salud y de la función física, más síntomas, altos niveles de depresión y mayor número de conductas de autocuidado.

Por lo general, también existen estudios que analizan algunas estrategias de autocuidado, pero no lo hacen de una manera directa como finalidad del estudio, sino que emergen de los resultados de la investigación<sup>4,12,25,26</sup>.

Tras la revisión del tema se puede decir que las investigaciones que estudian las conductas de autocuidado de los cuidadores se han realizado en otras patologías como por ejemplo en cuidadores de pacientes con demencias, accidente cerebro vascular, enfermedad mental o en cuidados paliativos<sup>27-30</sup>, siendo escasas las realizadas en el ámbito del enfermo renal crónico terminal<sup>31</sup>.

En este último estudio se centran en la capacidad de autocuidado que tienen los cuidadores de enfermos con diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) tras un apoyo educativo impartido por enfermeras<sup>31</sup>, lo cual pone de manifiesto la necesidad de seguir fomentando estas capacidades con programas educativos en salud, lo que afianza aún más la pertinencia del presente estudio. Disponer de las necesidades más habituales de los CPER en materia de su autocuidado personal permitiría identificar posibles campos de intervención precoz para la enfermera que, indirectamente pueden tener impacto en el propio paciente con ERCT.

Para ello, se empleará el Modelo de Creencias en Salud<sup>32</sup> ya que es un modelo que explica el comportamiento de la salud de los individuos y a la vez es una buena herramienta para hacer frente a las conductas que desencadenan problemas de salud. En nuestro caso, los cuidadores suelen adoptar conductas deficitarias de autocuidado lo cual puede desembocar en problemas de salud<sup>11</sup>. Mediante sus seis conceptos básicos (amenaza percibida, gravedad percibida, beneficios percibidos, barreras percibidas, claves para la acción y autoeficacia), nos permite abordar el problema y una vía para indagar los elementos que afectan al autocuidado de esta población.

Por tanto, el propósito de este estudio es profundizar en el día a día de los CPER, con la finalidad de esclarecer sus estrategias de autocuidado, sus necesidades, su autopercepción de salud y el padecimiento del cuidador ante la enfermedad de un ser querido.

## *Objetivos*

### *Objetivo Primario*

Describir estrategias de autocuidado en Cuidadores Principales de Enfermos Renales (CPER).

### *Objetivo Secundario*

1. Identificar las necesidades no cubiertas en CPER.
2. Conocer la autopercepción de salud en CPER.
3. Conocer cómo es el proceso de acompañamiento en el padecimiento de la enfermedad renal crónica terminal.

## **Metodología**

Es un estudio con diseño cualitativo descriptivo de tipo fenomenológico eidético. La naturaleza de la pregunta de investigación es puramente observacional y descriptiva en cuanto a estrategias de autocuidado de CPER, necesidades no cubiertas, autopercepción de la salud y acompañamiento en el padecimiento de la enfermedad de un ser querido. Se escoge esta metodología cualitativa porque nos permite describir y comprender un fenómeno, experiencia o vivencia desde la visión subjetiva de la persona<sup>33</sup>. Se considera esta metodología como la más apropiada para su abordaje ya que a través de ella se podrá desarrollar una visión holística en la relación enfermera –paciente<sup>34</sup> que facilitará la comprensión de los posibles problemas de salud.

El estudio se realizará en el Complejo Hospitalario Carlos Haya (y sus Centros periféricos de diálisis adscritos) de Málaga y en el Hospital Virgen de las Nieves de Granada. La población diana son los cuidadores principales de pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) que cumplan con los siguientes criterios de inclusión:

### *Pacientes*

Diagnosticados de Enfermedad Renal Crónica Terminal que según la clasificación de la K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: evaluación, Clasificación and Stratification<sup>35</sup> se define como la situación clínica derivada de la pérdida de la función renal con la aparición de signos y síntomas de insuficiencia renal que requieran la iniciación de tratamiento sustitutivo. Incluyen a los pacientes tratados con diálisis o trasplante independientemente del nivel de la tasa de filtración glomerular (TFG).

### *Cuidador Principal*

Cohabitar con el paciente, llevar cuidado al paciente más de 2 años, tener capacidad cognitiva y lingüística para la entrevista y en caso de que haya varios cuidadores interaccionando se seleccionará al cuidador que presente mayor peso en el cuidado del paciente.

Los criterios de exclusión serán que el paciente tenga pronóstico fatídico en los próximos 3 meses o que el CPER rechace a participar en el estudio.

El reclutamiento de participantes se realizará por conveniencia y de forma intencional, teniendo en cuenta los criterios de inclusión/exclusión. El tipo de muestreo será comparativo constante, por lo que el número de cuidadores será determinado siguiendo el principio de saturación teórica según Taylor y Bogdan<sup>36</sup>, de acuerdo con la representatividad de los conceptos que emerjan durante el análisis de los datos. Para invitar a los participantes al estudio se tendrá en cuenta a 4 enfermeras mediadoras, 2 del Complejo Hospitalario Carlos Haya y otras 2 del Hospital Virgen de las Nieves. Además nos ayudarán a identificar aquellos informantes más locuaces, que son los más apropiados para contribuir lo máximo posible a la investigación.

La recogida de datos se realizará mediante una entrevista semiestructurada que se ha diseñado para el estudio dividida en seis áreas a raíz de los cuatro grandes bloques que se desean explorar (necesidades, estrategias de autocuidado, percepción de salud y acompañamiento en el padecimiento) y se les añade otros dos bloques de preguntas; una de datos socio-demográficos para la descripción de la muestra y determinar sus criterios de diversificación, y otra donde se explora la implicación y responsabilidad del cuidador para saber cuál es la carga a la que se enfrenta todos los días. Todas las preguntas están encaminadas a lograr el objetivo del estudio. Se consensuará el lugar de la entrevista por vía telefónica con los informantes interesados, dándole la opción de acudir al centro sanitario en una sala habilitada para la entrevista o que el investigador principal se desplace al domicilio. Todas las entrevistas serán grabadas tras la aprobación de los participantes. La estimación de su duración es de aproximadamente 60 minutos. Durante la entrevista y tras la misma se recogerán notas de campos del investigador sobre la impresión general de la entrevista y aspectos relacionados con la comunicación no verbal como por ejemplo gestos, expresión facial, posturas, tono de voz y silencios ante determinados temas<sup>36</sup>.

Durante el desarrollo de las distintas entrevistas se valorará la correcta comprensión de las preguntas planteadas a los informantes y de una manera flexible si es necesario se eliminarán o modificarán aquellas preguntas que se identifiquen. En el análisis de datos para la identificación de significado y su agrupación en temas se tendrá en cuenta el guión de la entrevista y el marco teórico del Modelo de Creencias en Salud, dejando la posibilidad de establecer categorías que emerjan del discurso. Si una vez realizada la entrevista el informante nos comunica que quiere retirarse del estudio, eliminaremos su entrevista y no se tendrá en cuenta. Para evitar sesgos potenciales del investigador, se realizará una reflexión previa por escrito antes del comienzo de la investigación y tras la realización de cada entrevista.

Al tratarse de un estudio fenomenológico eidético de investigación cualitativa, el análisis de los datos se realizará de una forma cíclica y circular en continuo progreso. Además la recolección de los datos y el análisis se realizarán simultáneamente. El análisis se realizará siguiendo la propuesta de Taylor y Bogdan<sup>36</sup>:

### *Preparación de los datos*

Las entrevistas serán transcritas literalmente y con método para conocer tanto lo que dicen como su manera de decirlo. Se adjuntarán las notas de campo correspondientes y se le asignará un pseudónimo a cada informante.

### *Descubrimiento de los temas*

Tras sucesivas lecturas de las transcripciones y notas de campo, se buscarán los temas comunes hasta desarrollar los conceptos y proposiciones teóricas.

### *Codificación*

Determinar categorías y subcategorías hasta encontrar el significado de los discursos.

### *Relativización*

Interpretación de los datos en el contexto en el que fueron recogidos.

El análisis se realizará mediante el software Atlas.ti 6.2. De cara a mejorar la credibilidad del estudio, se realizará triangulación de los datos con una muestra de los informantes y con un coinvestigador.

El proyecto tiene en cuenta estrictamente los principios éticos de la declaración de Helsinki para investigaciones en seres humanos y Normas de Buena Práctica Clínica. Es requisito indispensable que todos los sujetos de estudio firmen el consentimiento informado que se adjunta en el apéndice. Se garantizará la protección y confidencialidad de los datos obtenidos, amparados por la Ley 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal mediante las siguientes la anonimización de transcripciones con pseudónimos de los informantes, las entrevistas se custodiarán en un almacenamiento digitalizado exclusivo para este fin, encriptado mediante clave alfanumérica accesible solo a la investigadora principal. Los archivos de audio además, se almacenarán comprimidos y protegidos por contraseña. En el caso del cuaderno de campo se protegerá en un archivador bajo llave.

Este proyecto tiene la aprobación del Comité de Ética CEIC-GRANADA que garantiza que cumple con las normas éticas con fecha de 26 de Julio de 2013, además tras informar sobre la propuesta de investigación en los centros cuenta con la conformidad de la Coordinación de Cuidados de Enfermería de ambos Hospitales con fecha del 10 y 11 de Septiembre de 2013.

La principal limitación de este estudio es la destreza de la investigadora principal, que se ha controlado con la formación en técnicas de investigación cualitativa durante los cinco meses previos a la realización de las entrevistas mediante simulacros de informantes reales, transcripciones, codificación, construcción de conceptos, proposiciones y triangulación con los entrevistados. Por otro lado, podemos encontrarnos con sesgos de información en los casos en que el informante no quiera responder a determinadas preguntas o nos omita información. Por último al tratarse de una investigación de naturaleza cualitativa, las conclusiones no pueden ser generalizadas, pero pueden orientar en contextos y situaciones parecidas.

## Bibliografía

1. Sociedad Española de Nefrología. Informe de Diálisis y Trasplante 2011. Disponible en: <http://www.senefro.org/modules/webstructure/files/reercongnsen2012.pdf> [Consultado el 14.04.2013].
2. Otero A, de Francisco ALM, Gayoso P, García F. Prevalence of chronic renal disease in Spain: results of the EPIRCE study. *Nefrologia*. 2010; 30(1):78-86.
3. Andreu Periz L., Moreno Arroyo C, Julve Ibañez M. Características del cuidado familiar a pacientes dependientes en programa de hemodiálisis [carta]. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2011;14(1):51-52.
4. Gomes da Rocha Thomé E, Estermann Meyer DE. Mulheres cuidadoras de homens com doença renal crônica: uma abordagem cultural. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20(3):303-11.
5. Ribeiro DF, Marques S, Kusumota L, Mendonça Ribeiro RCHM. Processo de cuidar do idoso em Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua no domicílio. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2009; 22(6):761-6.
6. Quinan P. Home hemodialysis and the caregivers' experience: a critical analysis. *CANNT J*. 2005; 15(1):25-32.
7. Luk WS. The home care experience as perceived by the caregivers of Chinese dialysis patients. *Int J Nurs Stud*. 2002; 39(3):269-77.
8. Aasen EM, Kvangarsnes M, Wold B, Heggen K. The next of kin of older people undergoing haemodialysis: a discursive perspective on perceptions of participation. *J Adv Nurs*. 2012;68(8):1716-25.
9. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010.
10. Bódalo-Lozano E. Cambios en los estilos de vida de las cuidadoras de personas dependientes. *Portularia*. 2010;10(1):85-97.
11. Cunha LF, Pereira LSM, Soares SM. A concepção de cuidado de cuidadores familiares de idosos no domicílio. *Enfermería Comunitaria (rev. digital)*. 2012; 8(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v8n2/ec7683.php> [Consultado el 18.02.2013].
12. Andreu Periz L, Gruart Armangué P, Sánchez-Salido LT. Visión enfermera de las necesidades psicosociales de los cuidadores de personas en tratamiento con Diálisis Peritoneal. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2007; 10(1):47-52.
13. Decretos 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas, 18/2003, de 4 de febrero, de ampliación de las medidas de apoyo a las familias andaluzas y 7/2004, de 20 de enero, de ampliación de las medidas de apoyo a las familias andaluzas. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, nº 56, (22-03-2004).
14. Servicio Andaluz de Salud. Plan de atención a cuidadoras familiares en Andalucía. Sevilla: Junta de Andalucía; 2005.
15. Berbiglia VA, Banfield B. Teoría del déficit de autocuidado. En: Raile Alligood M, Marriner Tomey A, coordinadoras. *Modelos y teorías en enfermería*. 7ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2011. p. 265-285.
16. Beanlands H, Horsburgh ME, Fox S, Howe A, Locking-Cusolito H, Pare K, et al. Caregiving by family and friends of adults receiving dialysis. *Nephrol Nurs J*. 2005; 32(6):621-31.
17. Coe NB, Van Houtven CH. Caring for mom and neglecting yourself? The health effects of caring for an elderly parent. *Health Econ*. 2009; 18:991-1010.
18. López Ortega J, Sánchez Jurado LI, Mengibar Yeguas R, Jiménez Jiménez S, Marchal Ocaña M. Aproximación a los cuidados informales de enfermos renales crónicos en el

- complejo hospitalario de Jaén. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2007; 10(2):55-64.
19. Ziegert K, Fridlund B, Lidell E. Professional support for next of kin of patients receiving chronic haemodialysis treatment: a content analysis study of nursing documentation. *J Clin Nurs*. 2007; 16(2):353-61.
  20. López Sánchez T, Amoedo Cabrera ML, Toro Prieto FJ, Pérez Doctor M, Chozas López MC. La metodología de cuidados en el abordaje al cansancio del cuidador del paciente incidente en programa de hemodiálisis. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2010. 13(3):190-194.
  21. Janssen DJ, Spruit MA, Wouters EF, Schols JM. Family caregiving in advanced chronic organ failure. *J Am Med Dir Assoc*. 2012; 13(4):394-399.
  22. Rutkowski B, Rychlik I. Daily hemodialysis and caregivers burden. *Nephrol Dial Transplant*. 2011; 26(7):2074-2076.
  23. Bañobre González A, Vázquez Rivera J, Outeiriño Novoa S, Rodríguez González M, González Pascual M, Graña Álvarez J et al. Efectividad de la intervención educativa en cuidadores de pacientes dependientes en diálisis y valoración de la carga. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2005;8(2):72-81.
  24. Yueh-Feng YL, Wykle M. Relationships between caregiver stress and self-care behaviors in response to symptoms. *CNR*. 2007; 16(1):29-43.
  25. Morton RL, Tong A, Webster AC, Snelling P, Howard K. Characteristics of dialysis important to patients and family caregivers: a mixed methods approach. *Nephrol Dial Transplant*. 2011; 26(12):4038-46.
  26. Wise M, Schatell D, Klicko K, Burdan A, Showers M. Successful daily home hemodialysis patient-care partner dyads: benefits outweigh burdens. *Hemodial Int*. 2010; 14(3):278-88.
  27. Furlong KE, Wuest J. Self-care behaviors of spouses caring for significant others with Alzheimer's disease: the emergence of self-care worthiness as a salient condition. *Qual Health Res*. 2008; 18(12):1662-1672.
  28. Cook AM, Pierce LL, Hicks B, Steiner V. Self-care needs of caregivers dealing with stroke. *JNN*. 2006; 38(1):31-36.
  29. Bauer R, Sterzinger L, Koepke F, Spiessl H. Rewards of caregiving and coping strategies of caregivers of patients with mental illness. *Psychiatr Serv*. 2013; 64(2):185-188.
  30. Arrieta Ayestarán M, Balagué Gea L, Bañuelos Gordon A, Clavé Arruabarrena E, Egaña Otaño L, Etxeberría Agirre A, et al. Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos. Vitoria-Gasteiz: Ministerio de sanidad y consumo; 2008.
  31. Huitzache Martínez ME, Padilla Aguirre AM. Apoyo educativo de enfermería al cuidador principal del paciente con diálisis peritoneal continua ambulatoria. *Desarrollo Científ Enferm -Méx-*. 2009; 17(6):246-251.
  32. National Cancer Institute. Theory at a glance a guide for health promotion practice. 2005.
  33. Amezcua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*. 2002; 76:423-436.
  34. Cibanal Juan L, Arce Sánchez MC. ¿Qué aporta la fenomenología a la relación enfermera-paciente? *Cul Cuid*. 1997; 1(1):25-30.
  35. National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. *Am J Kidney Dis*. 2002; 39 Supl 1:S1-S266.
  36. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 1987.