

ARTÍCULO ORIGINAL

Carga del cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en la región amazónica de Colombia

Care burden in family caregiving of people suffering chronic disease in Amazon region of Colombia / Carga do cuidado em cuidadores familiares de pessoas com doença crônica na região amazônica da Colômbia

Fecha de recibido:

31/08/2013

Fecha de aprobación:

02/08/2014

Gloria Mabel Carrillo González¹, Lorena Chaparro Díaz², Beatriz Sánchez Herrera³

RESUMEN

Objetivo: caracterizar y determinar el nivel de carga del cuidado que experimenta un grupo de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica no transmisible (ECNT) que habitan en la región amazónica de Colombia.

Metodología: estudio descriptivo de corte transversal hecho en el municipio de Leticia y zonas aledañas, entre 2 012-2 013, con un grupo de 50 cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica no transmisible. Los instrumentos de recolección empleados fueron el GCC-UN-C© y la entrevista para la percepción de carga del cuidado de Zarit en su versión de 22 preguntas.

Resultados: la caracterización de los cuidadores familiares de personas con ECNT de la región amazónica colombiana muestra que estos son, en su mayoría, mujeres, adultas jóvenes, de estratos muy bajos, quienes cuidan a sus familiares hace más de 19 meses y lo hacen por más de siete horas diarias. Estos cuidadores tienen un estado de funcionalidad bueno, al igual que un adecuado estado mental y cuentan con apoyo familiar y, en algunos casos, de acción social. No tienen conocimiento ni acceso a tecnologías de información y comunicación (TIC). La mayoría percibe tener carga con su responsabilidad de cuidado.

Conclusiones: con base en la caracterización que señala las condiciones de dificultad que tienen los cuidadores familiares de personas con ECNT que habitan en la región amazónica de Colombia y el nivel de carga del cuidado que perciben, es urgente hacer un llamado al Sistema General de Seguridad Social en Salud para definir políticas de apoyo para estas personas que se encuentran en un alto riesgo de enfermar, con las graves consecuencias que ello tendría tanto para ellos mismos como para las personas con ECNT a las que cuidan.

Palabras clave: cuidadores; costo de enfermedad; enfermedad crónica.

ABSTRACT

Objective: To characterize and determine the care burden of family caregivers of people suffering chronic noncommunicable diseases (NCDs) living in the Amazon region of Colombia.

Methodology: Cross-sectional, descriptive study conducted in the city of Leticia and surrounding areas between 2 012 and 2 013 with a group of 50 family caregivers of people suffering chronic noncommunicable diseases. The data collection tools used were GCC-UN-C© and Zarit caregiver burden interview (22-question version).

1. Enfermera, magíster en Enfermería. Profesora asociada, Universidad Nacional de Colombia.
2. Enfermera, doctora en Enfermería. Profesora asociada, Universidad Nacional de Colombia.
3. Enfermera, magíster en Enfermería. Profesora titular, Universidad Nacional de Colombia. Grupo de Cuidado al Paciente Crónico y su familia.

Dirección de

correspondencia: Gloria Mabel Carrillo. Correo electrónico: gmcarrillog@unal.edu.co

Results: The characterization of family caregivers of people suffering NCDs in the Amazon region of Colombia shows that they are mainly lower class, young adult women who have cared for their relatives for more than 19 months and do so for over seven hours per day. These caregivers function adequately and are in good mental condition; they also have help from family and, in some cases, receive assistance from social services. They are not knowledgeable about nor have access to information and communications technologies (ICT). Most perceive their caregiving responsibility as a burden.

Conclusions: Based on this characterization, which describes the care burden and the difficult conditions common to family caregivers of people suffering NCDs in the Amazon region of Colombia, it is an urgent matter to contact the General System of Social Security in Health to put in place policies that support these caregivers who are at risk of becoming ill, considering the serious consequences this would mean for them and for the NCD patients they care for.

Key words: caregivers; cost of illness; chronic disease.

RESUMO

Objetivo: caracterizar e determinar o nível de carga do cuidado que experimenta um grupo de cuidadores familiares de pessoas com doenças crônica não transmissível (ECNT) que habitam na região amazônica da Colômbia.

Metodologia: estudo descritivo de corte transversal feito no município de Leticia e zonas próximas, entre 2 012-2 013, com um grupo de 50 cuidadores familiares de pessoas com doenças crônica não transmissível. Os instrumentos de recolecção empregados foram o GCC-UN-C© e a entrevista para a percepção de carga do cuidado de Zarit em sua versão de 22 perguntas.

Resultados: a caracterização dos cuidadores familiares de pessoas com ECNT da região amazônica colombiana mostra que estes são, em sua maioria, mulheres, adultas jovens, de estratos econômicos baixos, quem cuidam a seus familiares há mais de 19 meses e o fazem por mais de sete horas diárias. Estes cuidadores têm um estado de funcionalidade bom, ao igual que um adequado estado mental e contam com apoio familiar e, em alguns casos, de ação social. Não têm conhecimento nem acesso a tecnologias de informação e comunicação (TIC). A maioria percebe ter carga com sua responsabilidade de cuidado.

Conclusões: com base na caracterização que sinala as condições de dificuldade que têm os cuidadores familiares de pessoas com ECNT que habitam na região amazônica da Colômbia o nível de carga do cuidado que percebem, é urgente fazer um chamado ao Sistema Geral de Segurança Social em Saúde para definir políticas de apoio para estas pessoas que se encontram num alto risco de adoecer, com as graves consequências que isso teria tanto para eles mesmos como para as pessoas com ECNT às que cuidam.

Palavras chave: cuidadores; efeitos psicossociais da doença; doença crônica.

INTRODUCCIÓN

Contexto amazónico

La región amazónica de Colombia comprende seis departamentos: Caquetá, Guaviare, Putumayo, Amazonas, Guainía y Vaupés. Ocupa 42.4% del área terrestre nacional y 6.2% de la biorregión amazónica¹. A pesar de la vasta extensión, según datos conciliados del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), la población de la Amazonia

colombiana para 2012 era de 1 054 813 habitantes, lo que corresponde a menos de 3% de la población nacional².

La Amazonia colombiana comparte con la cuenca hidrográfica del río Amazonas ciertos rasgos de clima y morfología. El 70% de esta región está cubierta de bosques tropicales húmedos que requieren una temperatura media superior a 22 °C y una precipitación anual superior a 2 000 mm, lo que implica lluvias constantes, repartidas a lo largo del año con un período seco, corto y marcado. Sin embargo, los suelos de la

Amazonia, aun en los del pie de monte y las vegas inundables, son, por lo general, pobres en materia orgánica y en minerales y quizás esta sea una de las razones para que las tierras estén sometidas a prácticas agrícolas que los deterioran aún más porque emplean métodos de tala, quema y abandono³. Por otra parte, actividades como la pesca han sufrido cambios sustanciales porque pasan, en muchos casos, de métodos tradicionales como el arpón y la flecha, al empleo de redes que, aunque están prohibidas por la ley, producen resultados más eficientes⁴.

En la Amazonia habitan 44 pueblos indígenas que viven en complejas organizaciones jerárquicas, entre los cuales están los Witoto, Tucano, Cubeos, Wanano, Piaroa⁵. Estos pueblos han experimentado fenómenos como la expansión de las fincas campesinas, las líneas estatales trazadas con fines de ordenamiento territorial, preservación, protección ambiental y de grupos étnicos, y la aparición de nuevos actores que propiciaron su desplazamiento. El mercado y las relaciones sociales tradicionales no fueron útiles para enfrentar actores como los hacendados, comerciantes y empresarios de la cocaína, y de otros tráficos, grupos armados y otros actores, como los funcionarios públicos, agentes estatales y civiles, representantes de ONG e investigadores, que llevaron a la construcción de nuevos espacios físicos, nuevos modos de vida y nuevas relaciones sociales⁶.

El estado de la educación en esta región, en términos de cobertura bruta y en tasa de cobertura neta en 2010, alcanzó tasas entre y 60.1% y 99.6%⁷, lo que se suma a los indicadores sobre el bienestar social y económico de la población amazónica; tienen muchas limitaciones: inexistente o escasa disponibilidad de información, deficiente, desactualizada o de mala calidad y recolección de la información con metodologías inadecuadas de evidente sesgo urbano y cultura occidental. La pobreza se debe relativizar y entender que en el caso de los pueblos indígenas es la pérdida de su capacidad para disponer libremente de su territorio por las condiciones culturales, económicas y sociales que implica. La pérdida de su autonomía afecta gravemente la calidad de vida de la población⁸.

En cuanto a la salud, son escasos los estudios sobre mortalidad indígena. El promedio de afiliación al Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) en 2011, en el régimen contaba con 139 176 personas, mientras que en el subsidiado con 719 932. La mortalidad se en 2010 fue debida a tumores en 461 casos, a problemas cardiovasculares en 703 casos y a afecciones mal definidas en 103⁹. Prevalece como causa de enfermedad la transmitida por vectores, las inmunoprevenibles y las contagiosas de obligatoria notificación, con 5 728 casos reportados en el mismo período¹⁰. Para atender a los habitantes de la región se cuenta con 113 Instituciones prestadoras de servicios (IPS) públicas, 259 IPS privadas y un total de 298 profesionales de la salud, y 1 443 camas

hospitalarias¹¹. En los datos del DANE, el Ministerio, el Instituto Nacional de Salud, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica o las secretarías de salud departamentales no se reportan programas especializados en atención a enfermos crónicos o a sus cuidadores.

El cuidado de personas con enfermedad crónica

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado la enfermedad crónica como un problema de salud pública mundial. Estas enfermedades son especialmente amenazantes para los países de ingresos bajos y medios¹². En Colombia las enfermedades crónicas ocupan los primeros lugares de mortalidad y la enfermedad cardiovascular, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes mellitus son las más prevalentes¹³. La Organización Panamericana de la Salud ha creado un lineamiento mediante el Programa Carmen¹⁴ que ha sido acogido por el Plan Nacional de Salud Pública, la legislación y la academia en Colombia¹⁵⁻¹⁷.

Las enfermedades crónicas son permanentes, incurables, irreversibles, cíclicas con períodos de remisión y recaídas, exigen modificar el estilo de vida generan impacto en la persona que las sufre y en su contexto familiar y social¹⁸. Ha sido ampliamente documentado que en la familia el impacto recae especialmente en el cuidador, quien, en muchas ocasiones, debe transformar múltiples aspectos de su vida y asumir responsabilidades adicionales^{19,20}, lo que se asocia con estrés y sobrecarga²¹⁻²³, con alteración en la calidad de vida y en el bienestar^{24,25}, con percepción de falta de habilidad para el cuidado²⁶⁻²⁹ y con la percepción de nuevas necesidades de apoyo³⁰⁻³⁴.

Son varios los intentos por definir y medir la carga de la ECNT. Algunos revisan el impacto epidemiológico, otros el económico, otros la carga objetiva y subjetiva para los pacientes y sus cuidadores (generalmente, los familiares) y pocos señalan aspectos positivos que se suman a esta carga. A partir del análisis y medición de carga con el cuidado se encuentran estudios con ancianos enfermos o con demencia³⁵⁻³⁹, cuidado de familiares con otras enfermedades neurológicas^{40,41}, cuidado de personas en diálisis⁴², estudios que se centran en los niveles de estrés con el cuidado⁴³⁻⁴⁵, que ven al cuidador en medio de una dificultad mayor, como víctima oculta o con cambios en el bienestar⁴⁶⁻⁵⁰, que miden la depresión que ocasiona el cuidado del familiar enfermo^{51,52}, que abordan las formas de afrontar el cuidado, la competencia para el mismo o su eficacia⁵³⁻⁵⁶, que atienden la recompensa que puede dar el hecho de cuidar⁵⁷, que ponderan sus resultados⁵⁸, que se concentran en el impacto familiar^{59,60}, que atienden al cuidador que es pareja⁶¹, que analizan el vínculo en diada del cuidador y la persona cuidada⁶², que atienden el costo⁶³, que analizan lo multidimensional⁶⁴, que miden

el soporte percibido⁶⁵ y que se centran en la autopercepción de carga⁶⁶. Puede señalarse, con base en la revisión, que predominan en la valoración de las implicaciones de la carga: (i) consecuencias e impacto en los aspectos físicos, psicológicos, sociales, laborales y económicos del cuidador principal y grupo familiar que asume la atención de la persona enferma; (ii) afrontamiento, culpa, estrés psicológico y reacciones emocionales en los cuidadores formales e informales; (iii) efectos en el funcionamiento familiar, incluido el receptor del cuidado; (iv) experiencia del cuidador principal y satisfacción con el cuidado; (v) estilos de vida del cuidador principal; (vi) limitaciones, estado cognitivo y discapacidad del receptor del cuidado.

Según la revisión en las bases de datos: Scielo Ovid Nursing, Recercat, Medline, Academic OneFile, TDX, OAIster, RCAAP, Directory of Open Access Journals, EconLit, Jstor, AGRIS, HeinOnline, British Library Document Supply Centre Inside Serials & Conference Proceedings, General OneFile, Project MUSE, Business Source Complete, Gale Virtual Reference Library, Catálogo de Bibliotecas Universidad Nacional de Colombia y Science Direct, entre 1999 y 2014, con los descriptores: cuidadores; enfermedad crónica, cruzados con: Colombia; Amazonas, en inglés y español, se puede afirmar que no se encontraron reportes sobre cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica.

El presente estudio, en el marco del Programa para la disminución de la carga de la ECNT en Colombia, responde a las políticas nacionales e internacionales de respuesta a la problemática del cuidado de las personas con enfermedad crónica y de sus familiares y tiene como finalidad identificar las características y la percepción de carga del cuidado de cuidadores familiares de personas con ECNT que viven en la región amazónica colombiana.

METODOLOGÍA

Diseño cuantitativo descriptivo, de corte transversal. El estudio se llevó a cabo en el municipio de Leticia y sus regiones vecinas en el departamento del Amazonas, en Colombia. La muestra fue intencional con 50 cuidadores familiares de personas con ECNT entre 2012-2013.

Para determinar la muestra se contó con el apoyo de las instituciones de salud de la región. Durante la recolección de la información se utilizaron dos instrumentos: (i) el GCC-UN C©, para caracterización de los cuidadores de personas con ECNT de autoría del Grupo de Cuidado al Paciente Crónico de la Universidad Nacional de Colombia, que incluye datos socio-demográficos como género, edad, grado máximo de escolaridad, estado civil, ocupación, religión, estrato socio-económico, cuidado a partir del diagnóstico, tiempo que lleva como cuidador,

número de horas dedicadas al cuidado, relación con la persona a quien cuida, empleo de TIC, estado de salud y funcionalidad del cuidador y de la persona a quien cuida⁶⁷. (ii) Encuesta de percepción de la carga del cuidador de Zarit, instrumento que cuantifica el grado de carga que tienen los cuidadores de las personas dependientes; consta de un listado de 22 afirmaciones que describen cómo se sienten a veces los cuidadores; para cada una de ellas, el cuidador debe indicar la frecuencia con la que se siente así, en una escala de 1 (nunca), 2 (rara vez), 3 (algunas veces), 4 (bastantes veces), 5 (casi siempre). La puntuación global oscila, por tanto, entre 22 y 110 puntos y sus resultados señalan: ausencia de sobrecarga (≤ 46), sobrecarga ligera (47 a 55), sobrecarga intensa (≥ 56). La encuesta de Zarit cuenta con pruebas psicométricas en diferentes idiomas, incluido el español, en las que se reporta una validez de 0.92 y un alfa de Cronbach de 0.87⁶⁸.

Para llevar a cabo la recolección de la información se contó con una enfermera profesional, quien actuó como auxiliar de investigación, quien vive y trabaja en la región. Para cumplir con esta función fue previamente capacitada y recibió acompañamiento permanente del Grupo investigador. El tiempo de las entrevistas fluctuó entre 45 y 90 minutos y se realizaron en la institución hospitalaria o en la residencia de los participantes, de acuerdo con sus preferencias. Los desplazamientos para realizar la entrevista fueron terrestres y fluviales y duraron entre diez minutos y seis horas. Los datos fueron registrados en formato físico y a partir de estos registros se hizo la tabulación y análisis mediante el programa estadístico SPSS en su versión 17.0.

Esta investigación mantuvo rigor ético y tuvo en cuenta la Resolución 8 430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, lo que incluyó, entre otros aspectos, el consentimiento informado de cada participante y el manejo confidencial de la información. El Proyecto contó con aval del Consejo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y del Comité Académico Administrativo de la Sede Amazonia de la misma institución. Las investigadoras acataron la Política ambiental de la Universidad Nacional de Colombia y se comprometieron con el uso responsable de recursos⁶⁹.

RESULTADOS

Caracterización

Con base en el instrumento GCC-UN-C, a continuación se presentan los datos de caracterización de los cuidadores de personas con ECNT en la región amazónica colombiana. (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Caracterización de cuidadores familiares de personas con ECNT en la región amazónica colombiana.

Categoría	Subcategoría	%
Género	Masculino	12
	Femenino	88
Edad	<18 años	6
	De 18 a 35 años	38
	De 36 a 59 años	50
	De 60 a 75 años	6
	>75 años	0
Edad del receptor de cuidado	> el rango de edad del cuidador	66
	Igual rango de edad que el cuidador	24
Sabe leer y escribir	< el rango de edad del cuidador	10
	Sí	100
Grado de escolaridad	No	0
	Primaria incompleta	10
	Primaria completa	12
	Bachillerato incompleto	36
	Bachillerato completo	32
	Técnico	10
	Universidad incompleta	0
	Universidad completa	0
	Posgrado	0
	Estado civil	Soltero (a)
Casado (a)		14
Separado (a)		4
Viudo (a)		0
Unión libre		46
Ocupación	Hogar	36
	Empleado (a)	22
	Trabajo independiente	34
	Estudiante	6
Religión	Otro	2
	Católica	86
	Cristiana	14
	Otra	0
Nivel de compromiso religioso	Alto	2
	Medio	24
	Bajo	74
	Estrato 1 (nivel más bajo)	94
	Estrato 2	6
	Estrato 3	0
Nivel socioeconómico	Estrato 4	0
	Estrato 5	0
	Estrato 6 (nivel más alto)	0
	Sin estrato	6

Categoría	Subcategoría	%
Cuida a la persona desde el diagnóstico	Sí	80
	No	20
Tiempo que lleva como cuidador	De 0 a 6 meses	2
	De 7 a 18 meses	2
	De 19 a 36 meses	20
	> 37 meses	76
	< 6 horas	2
Número de horas que requiere para el cuidado	De 7 a 12 horas	44
	De 13 a 23 horas	40
	24 horas	14
Único cuidador	Sí	22
	No	78
	Ninguno	56
Apoyos con que cuenta	Acción social	38
	Familiar	6
	Esposo (a)	22
Relación con la persona a quien cuida	Madre / padre	60
	Hijo (a)	14
	Otra	4
	6-8	98
Escala de funcionalidad Pules	9-11	2
	12-24	0
Test de estado mental SPMSQ	0-2	98
	3-4	2
Escala de funcionalidad Pules Receptor del cuidado	6-8	90
	9-11	8
	12-24	2
Test de estado mental SPMSQ Receptor del cuidado	0-2	90
	3-4	8
	5-7	2
	8-10	0
Diagnósticos médicos Receptor del cuidado	Hipertensión – diabetes	64
	Cáncer	30
	IRC	4
	Otros	2
Auto-valoración uso de TIC	Alto	4
	Medio	22
	Bajo	74
Posibilidad de acceso a TIC	Alto	0
	Medio	6
	Bajo	94
Diagnóstico médico	CA	2
	No	98

Carga percibida

En cuanto a la carga que experimentan los cuidadores, el 10% de ellos presenta sobrecarga intensa, 48% sobrecarga leve y el 42% no presenta sobrecarga. Teniendo en cuenta el resultado de la escala de Zarit que ofrece puntajes entre 22 (ausencia total de sobrecarga) y 110 puntos (total sobrecarga), el promedio de los totales de la puntuación está en 47.22, el menor valor es 38 y el mayor, 67. (Figura 1).

DISCUSIÓN

En este grupo de cuidadores familiares predomina el género femenino, con siete veces más mujeres que hombres; se han reportado antes proporciones similares en la distribución de género entre los cuidadores y corresponden a los roles de cuidado que asume la mujer como parte de su función social^{70,71}, y que pueden asociarse con el nivel de carga⁷² y problemas depresivos⁷³. Este fenómeno se asocia con los patrones culturales dominantes en la sociedad colombiana que asigna a la mujer el papel de cuidadora y principalmente el cuidado de personas dependientes⁷⁴. Los planteamientos del Acuerdo de mujeres indígenas de la Amazonia colombiana en la Organización de Pueblos Indígenas de la Amazonía Colombiana (OPIAC), deja ver las profundas brechas que existen para ellas⁷⁵.

Sobre la edad de los cuidadores es notable el hecho de que sólo hay un 6% mayor de 60 años, ninguno mayor de 75, lo que concuerda con la expectativa de vida regional que es inferior al promedio nacional⁷⁶. El 88% de cuidadores se trata de personas adultas, en edad productiva, que seguramente pueden ver afectada su cotidianidad cuando

asumen esta responsabilidad. Vale la pena señalar que sólo el 56% tiene empleo o trabajo independiente. El 86% de los casos está conformado por personas mayores o de la misma edad, por lo general padres o esposos, como se ha visto en otros grupos de cuidadores⁷⁷.

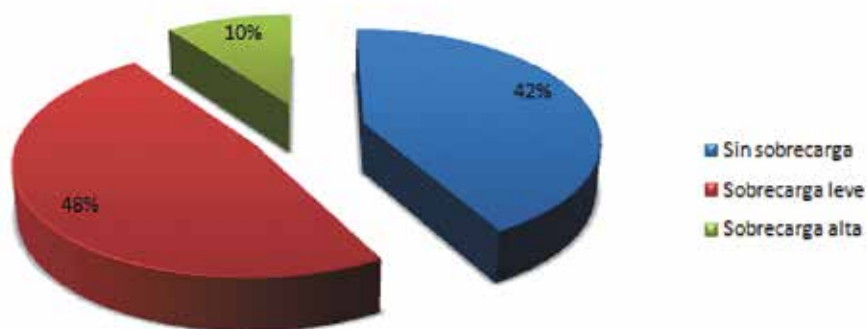
La totalidad del grupo entrevistado sabe leer y escribir, dato relevante si se tiene en cuenta la estadística de analfabetismo regional⁷⁸. Sin embargo, el nivel de escolaridad es bajo, con 90% con menos del bachillerato y ningún cuidador con nivel universitario, ni siquiera incompleto. Es necesario tener en cuenta el alto riesgo que esta situación presenta frente al denominado analfabetismo en salud que ha sido asociado con riesgos importantes en el momento de asumir responsabilidades de cuidado⁷⁹. De estos cuidadores, 82% cuenta con una pareja estable. Esta unión podría ser un respaldo relevante, especialmente, cuando quien requiere apoyo es el hombre⁸⁰.

Acercas del compromiso religioso, llama la atención que con la distribución etnográfica, en la que casi la mitad de la población es amerindia o indígena y que mantiene costumbres culturales arraigadas, la totalidad de los cuidadores se reconoce como católicos o cristianos, aunque su compromiso religioso es, en 98% de los casos, medio o bajo. Es preciso reconocer que la selección por conveniencia puede afectar este resultado.

El nivel de vida del grupo de cuidadores, en el que el 94% está compuesto por estrato 1 y el resto ni siquiera está estratificado, refleja las dificultades regionales de las NBI, como se señaló, llegan a 37.6%⁸¹. Esta situación dificulta la vida cotidiana, mucho más cuando se tiene que responder por el cuidado de personas con ECNT⁸².

A diferencia de muchos grupos de cuidadores, este señala que en 78% de los casos no son únicos, lo que deja ver que viven en grupos familiares o socialmente

Figura 1. Percepción de carga del cuidador familiar de las personas con ECNT en la región amazónica colombiana.



organizados⁸³. En ellos, a diferencia de otros grupos, el apoyo de acción social es reconocido por 38% de los cuidadores, mientras sólo el 6% reconoce el familiar.

En general, este grupo cuenta con un buen nivel de salud que se refleja en su funcionalidad y su estado mental, el 98%, en ambos casos, presenta total funcionalidad y un estado mental intacto. El 2% restante, aunque pequeño en número, refleja una alerta máxima para el sistema de seguridad por tratarse de una persona enferma que responde por otra en las mismas condiciones, sobre todo porque en ese 2% se reporta cáncer de tiroides⁸⁴. Se corresponde este hallazgo con los casos de mortalidad reportados en el contexto amazónico⁸⁵.

En una región con tan extensa área geográfica, las TIC resultan fundamentales para la comunicación; sin embargo, sólo el 4% en este grupo tiene alto conocimiento y ningún cuidador un buen nivel de acceso. Esta información permite cuestionar en la práctica algunos datos oficiales reportados en 2012⁸⁶.

Al observar que este grupo cuida a la persona con ECNT desde el momento del diagnóstico (80% de los casos) y que 96% los han cuidado por más 19 meses, con una mayoría por más de 37 meses durante más de siete horas al día en 54% de los casos 13% y 14% las 24 horas, y todo esto dentro de un contexto que se caracteriza por limitación socio-económica, en nada sorprende que el 58% de estos cuidadores reporte carga y el 10%, carga intensa. Tal grado de sobrecarga se ha documentado en cuidadores familiares en diferentes estudios nacionales e internacionales⁸⁷. Estos hallazgos ratifican estudios mencionados que reportan el impacto del cuidado de familiares con ECNT en el cuidador familiar^{88,89}, lo que

se asocia con estrés y sobrecarga⁹⁰⁻⁹², con alteración en la calidad de vida y el bienestar⁹³⁻⁹⁶, con percepción de falta de habilidad para el cuidado^{97,98} y con percepción de nuevas necesidades de apoyo^{99,100}.

Si bien la región amazónica significa un recurso de vida no sólo para Colombia sino para el mundo, las condiciones de sus habitantes y, en este caso de los cuidadores familiares de personas con ECNT, deben ser prontamente atendidas. El SGSSS debe revisar y priorizar sus políticas frente a los cuidadores familiares que son personas que apoyan su actividad y cuidan a una persona con ECNT sin tener el menor reconocimiento y que, de no tener apoyo para hacerlo, vivirán las consecuencias de la carga del cuidado y se convertirán en personas enfermas¹⁰¹. Es imperativo crear métodos para el fortalecimiento del soporte social de esos cuidadores, así como para mejorar su habilidad de cuidado con el fin de disminuir su nivel de carga.

Sería recomendable que en estudios posteriores se retomaran propuestas de validación existentes para analizar las implicaciones de estos niveles de percepción de carga del cuidado. Esto podrá ayudar a definir las consecuencias e impacto físico, psicológico y socio-laboral y económicos sobre el cuidador principal, la forma de afrontamiento y las reacciones emocionales en los cuidadores, los efectos de la carga en el funcionamiento familiar, las experiencias del cuidador principal y la satisfacción con el cuidado, los estilos de vida del cuidador principal para saber cómo fortalecer la promoción de la salud y las situaciones particulares que enfrentan los cuidadores por las limitaciones del receptor del cuidado.

REFERENCIAS

1. Gaiaamazonas.org, Gaia Amazonas [sede web]. Bogotá: Fundación Gaia Amazonas; 2011 [acceso 19 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.gaiaamazonas.org/es/amazonia-colombiana-region-con-alta-biodiversidad>.
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Población y demografía. Proyecciones de población. Visor: Proyecciones de población total por sexo y grupos de edad de 0 hasta 80 y más años (2005-2020). [acceso 1 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion>.
3. Biblioteca virtual Luis Ángel Arango [sede web]. Bogotá: Leonor Herrera; 2010 [acceso 25 de febrero de 2013] Amazonía ccolombiana. Disponible en: <http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/arqueologia/prehisp/cp21.htm>
4. Cienciagora.com.co, Cienciágora [sede web]. Bogotá: Universia; 2010. Novedades de ciencia y tecnología. [acceso 23 de febrero de 2013]. Disponible en: http://cienciagora.com.co/novedades_de_ciencia_y_tecnologia/peces-del-amazonas-colombiano-se-estan-extinguendo/446.html.
5. Todocolombia.com, Toda Colombia es mi pasión [sede web] Bogotá: Martínez GA; 2011. Etnias. [acceso 23 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.todacolombia.com/etnias/gruposindigenas/amazonia.html>.
6. Rengifo DL, González S. La Amazonía colombiana: perspectivas de una integración subregional para el desarrollo. PolicyPapers. La inserción de Colombia en el sistema internacional cambiante. 2006: 1-8. [acceso 23 de febrero 2013]. Disponible en: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/kolumbien/50481.pdf>.

7. Centro virtual de noticias de la educación [sede web]. Bogotá: CVNE; 2011 [actualizado 01 de septiembre de 2011, acceso 23 de febrero de 2013]. Secciones Nacional. Disponible en: <http://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/w3-article-281388.html>.
8. Observatorio Desc Amazonía, Nodo Colombia. Situación de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales en la Amazonía colombiana. Bogotá, D.C.: 2007: 37-47. [acceso 23 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://ilsa.org.co:81/biblioteca/dwnlds/otras/otpb28/otpb28-05.pdf>.
9. Ministerio de Salud y Protección Social 2012: 26-27. [acceso 1 de diciembre de 2013] Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/IBS%202012.pdf>.
10. Ministerio de Salud y Protección Social 2012: 42-45. [acceso 1 de diciembre de 2013] Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/IBS%202012.pdf>. Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - Instituto Nacional de Salud. SIVIGILA, 2011.
11. Ministerio de Salud y Protección Social 2012: 54-55. [acceso 1 de diciembre de 2013] Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/IBS%202012.pdf>.
12. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales. OMS, Ginebra, 2013.
13. Robledo R. Las enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia. Boletín del Observatorio en Salud. 2010; 3(4):1-9.
14. Organización Panamericana de la Salud. Carmen. Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles [Internet]. [acceso 20 de junio de 2013] Disponible en: <http://www.col.ops-oms.org/prevencion/carmen.asp>.
15. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Pública. [Internet]. [acceso 20 de junio de 2013]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SaludP%C3%BAblica.aspx>.
16. Congreso de la República de Colombia. Ley 1335 de 2009. [Internet]. [acceso 20 de junio de 2013]. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/Ley/2009/ley_1335_2009.html.
17. Agudelo CC, Hoz F, Mojica MJ, Eslava CJ, Robledo MR, Cifuentes P, *et al.* Prioridades de investigación en salud en Colombia: perspectiva de los investigadores. Rev salud pública. 2009; 11(2):301-309.
18. Barrera L, Pinto N, Carrillo M, Chaparro L, Sánchez B. Cuidado a los cuidadores: familiares de personas con enfermedad crónica. Bogotá: Unibiblos; 2009.
19. Barrera L, *et al.* 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.
20. Montalvo PA, Flórez TI. Cuidadores de Cartagena y su contexto de cuidado: estudio comparativo. Aquichán. 2009; 9(2):135-146.
21. Rubira DEA, Munhoz Gaíva MA, Espinosa M, Martínez Barbosa DA, Gonçalves Silva, Belasco A. Cuidando del niño con cáncer: evaluación de la sobrecarga y calidad de vida de los cuidadores. Rev Latino-Am Enfermagem. [revista en Internet] 2011; 19(3): [9 pantallas].
22. Barrera L, Carrillo GM, Chaparro DL, Sánchez CB. Modelo para abordar la carga del cuidado de la ECNT en Colombia. Revista Orinoquia. 2013. En prensa.
23. Martínez González L, Robles Rendón M, Ramos del Río B, Santiesteban Macario F, García Valdés M, Morales Enríquez M, *et al.* Carga percibida del cuidador primario del paciente con parálisis cerebral infantil severa del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación. 2008; 20:23-29.
24. García M. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gaceta Sanitaria; 2004. [Internet]. [Citado el 20 de junio de 2013]. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0213-91112004000800011&script=sci_arttext.
25. Flórez Torres IE, Montalvo Prieto Amparo, Herrera Lian A y Romero Massa E. Afectación de los bienestar en cuidadores de niños y adultos con enfermedad crónica. Rev Salud Pública. 2010; 12(5):754-764.
26. 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.
27. 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.
28. Galvis CL. Habilidad de cuidado de los cuidadores de personas con enfermedad crónica en Villavicencio, Meta. Avances en Enfermería. 2004; 22(1):8-12.
29. Ramírez OM. Habilidad de cuidado de los cuidadores principales de pacientes con cáncer gastrointestinal. Avances en Enfermería. 2005; 23(2):7-17.
30. Chaparro L. Cómo se constituye el "vínculo especial" de cuidado entre la persona con enfermedad crónica y el cuidador familiar. Aquichán. 2011; 11(1):7-22.
31. Vega AO. Percepción del apoyo social funcional en cuidadores familiares de enfermos crónicos. Aquichán. 2011; 11(3):274-286.
32. Vega OM, González DS. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Enfermglob [revista en la Internet]. 2009 [acceso: 5 de julio de 2013]; 16. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci>.
33. Barrera Ortiz L, Pinto Afanador N, Sánchez Herrera B. Evaluación de un Programa para Fortalecer a los Cuidadores Familiares de Enfermos Crónicos. Revista De Salud Pública. 2006; 8(1):141-152.

34. Barrera L, Carrillo G, Chaparro L, Pinto N, Rodríguez A, Sánchez B. Effect of the Program "Caring for caretakers": Findings of a multicenter study. *Colombia Médica*. 2011; 42(2):35-44.
35. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *Gerontologist*. 1980; 20(6):649-655.
36. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlated of feelings of burden. *Gerontologist*. 1980; 20:649-655.
37. Greene JG, Smith R, Gardiner M, Timbury GC. Measuring behavioural disturbance of elderly demented patients in the community and its effects on relatives. *Age Ageing*. 1982; 11:121-126.
38. Zarit JM. Predictors of burden and distress for caregivers of senile dementia patients. Unpublished doctoral dissertation. Repositorio institucional de University of Southern California, Los Angeles, 1982.
39. Teri L, Truax P, Logsdon R, Uomoto J, Zarit S, Vitaliano P. Assessment of behavioral problems in dementia: The Revised Memory and Behavior Problems Checklist. *Psychol Aging*. 1992; 7(4):622-631.
40. Hooker K, Manoogian-O'Dell M, Monahan DJ, Frazier LD, Shifren K. Does Type of Disease Matter? Gender Differences Among Alzheimer's and Parkinson's Disease Spouse Caregivers. *Gerontologist*. 2000; 40(5):568-573.
41. Factor S, Weiner W. *Parkinson's Disease Diagnostic and Clinic Management*. Demos Medical Publishing. 2008: 764.
42. Belasco A, Barbosa D, Bettencourt A, Diccini S, Sesso R. Quality of Life of Family Caregivers of Elderly Patients on Hemodialysis and Peritoneal Dialysis. *Am J Kidney Dis*. 2006; 48(6):955-963.
43. Zarit SH, Orr NK, Zarit JM. Understanding the stress of caregivers: planning an intervention. Chapter 4 in: *The hidden victims of Alzheimer's disease: Families under stress*. 1985. New York: New York University Press.
44. England M, Roberts B. Theoretical and psychometric analysis of caregiver strain. *Res Nurs Health*. 1996; 19(6):499-510.
45. Stull DE. The multidimensional caregiver strain index (MCSI): Its measurement and structure. *Journal of Clinical Geropsychology*. 1996; 2(3):175-196.
46. Gupta R. The revised caregiver burden scale: A preliminary evaluation. *Res Soc Work Prac*. 1999; 4:508-520.
47. Given CW, Given B, Stommel M, Collins C, King S, Franklin S. The caregiver reaction assessment (CRA) for caregivers to persons with chronic physical and mental impairments. *Res Nurs Health*. 1992; 15:271-283.
48. Stull DE, Kosloski K, Kercher K. Caregiver burden and generic well-being: Opposite sides of the same coin? *Gerontologist*. 1994; 34(1):88-94.
49. Vitaliano P, Russo J, Young H, Becker J, Maiuro J. The screen for caregiver burden. *Gerontologist*. 1991; 31(1):76-83.
50. Sugihara Y, Sugisawa H, Nakatani Y, Hougham G. Longitudinal Changes in the Well-Being of Japanese Caregivers: Variations Across Kin Relationships. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2004; 59(4):177-184.
51. Bass D, Bowman K. The transition from caregiving to bereavement: The relationship of care-related strain and adjustment to death. *Gerontologist*. 1990; 30(1):35-42.
52. Stommel M, Given CW, Given B. Depression as an overriding variable explaining caregiver burdens. *J Aging Health*. 1990; 2(1):81-102.
53. Denney JE. Development and validation of the caregiving self-efficacy scale. *Dissertation Abstracts International*. 1994; 54(7):3839.
54. Vernooij Dassen MJF, Persoon JMG, Felling AJA. Predictors of sense of competence in caregivers of demented persons. *Social Science and Medicine*. 1996; 43(1):41-49.
55. Vernooij Dassen MJ, Felling AJ, Brummelkamp E, Dauzenberg MG, van den Bos GA, Grol R. Assessment of caregiver's competence in dealing with the burden of caregiving for a dementia patient: A short sense of competence questionnaire (SSCQ) suitable for clinical practice. *J Am Geriatr Soc*. 1999; 47(2):256-257.
56. Aaltje J, Hein Van H, Harm Van M, Giel N, Chad G, Vernooij-Dassen M, *et al*. Sense of competence questionnaire among informal caregivers of older adults with dementia symptoms: A psychometric evaluation. *Clin Prac Epidemiol Mental Health*. 2007; 3:11.
57. Picot SJF, Youngblut J, Zeller R. Development and testing of a measure of perceived caregiver rewards in adults. *J Nurs Meas*. 1997; 5(1):33-52.
58. Bakas T, Champion V. Development and psychometric testing of the Bakas caregiving outcomes scale. *Nurs Res*. 1999; 48(5):250-259.
59. Stein RE, Riessman CK. The development of an impact-on-family scale: Preliminary findings. *Med Care*. 1980; 18(4):465-472.
60. Stein RE, Jessop DJ. The impact on family scale revisited: further psychometric data. *J Dev Behav Pediatr*. 2003; 24(1):9-16.
61. Zarit S, Tood P, Zarit J. Subjective Burden of Husbands and Wives as Caregivers: A Longitudinal Study. *Gerontologist*. 1986; 26(3):260-266.
62. Fredman L, Daly MP. Patient-caregiver functional unit scale: A new scale to assess the patient-caregiver dyad. *Fam Med*. 1997; 29(9):658-665.

63. Kosberg J, Cairl R. The cost of care index: A case management tool for screening informal care providers. *Gerontologist*. 1986; 26(3):273-278.
64. Novak M, Guest C. Application of a Multidimensional Caregiver Inventory. *Gerontologist*. 1989; 29:798-803.
65. Goodman C. Perceived social support for caregiving: Measuring the benefit of self-help/support group participation. *J Gerontol Soc Work*. 1991; 16(3/4):163-175.
66. Simmons LA. Self-perceived burden in cancer patients: validation of the Self-perceived Burden Scale. *Cancer Nurs*. 2007; 30(5):405-411.
67. Grupo de Cuidado al Paciente Crónico y su Familia. Formato de caracterización de los cuidadores de personas con ECNT. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería; 2012.
68. Breinbauer H, Vásquez H, Mayanz S, Guerra C, Millán T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus Versiones Original y Abreviada. *Revista Med Chile*. 2009; 137(1):657-665.
69. Acuerdo 16 de 2011. Por el cual se establece la Política Ambiental de la Universidad Nacional de Colombia. Consejo Superior Universitario. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 18 de octubre de 2011.
70. Nigenda G, López OM, Matarazzo C, Juárez RC. La atención de los enfermos y discapacitados en el hogar: Retos para el sistema de salud mexicano. *Salud pública Méx*. 2007; 49(4):286-294.
71. Sánchez AM. Mujeres puertorriqueñas de edad mediana como principales proveedoras de cuidado a adultos/as mayores. *Cuadernos Mujer salud*. 1999; 4:124-135.
72. Flores GE, Rivas R E, Seguel P F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Cienc Enferm*. 2012; 18(1):29-41.
73. Marcon SR, Rubira EA, Espinosa Martínez M, Barbosa DA. Calidad de vida y los síntomas depresivos en cuidadores y los adictos a las drogas. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012; 20(1):167-174.
74. Arango Gaviria LG, Molinier P. El trabajo y la ética del cuidado. Colección La Carreta Social. Medellín: La Carreta Editores; Escuela Estudios de Género, Universidad Nacional de Colombia; 2011.
75. Organización de Pueblos Indígenas de la Amazonía Colombiana (OPIAC). Mandato del Primer Encuentro de Coordinadoras del Área de Mujer y Familia de la OPIAC. 2012. Disponible en: <file:///C:/Users/Beatriz/Downloads/hacia%20un%20mandato%20mujeres%20amazonicas%202012.pdf>.
76. Departamento Nacional de Estadística. El censo 2005 deja ver una nueva realidad demográfica. Bogotá: DANE; 2005 [acceso 06 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/files/BoletinProyecciones.pdf>.
77. Lagarde M. Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción. *Emakunde*. 2003: 1-5. [acceso 14 de marzo de 2013]. Disponible en: http://webs.uvigo.es/pmayobre/textos/marcela_lagarde_y_de_los_rios/mujeres_cuidadoras_entre_la_obligacion_y_la_satisfaccion_lagarde.pdf
78. Departamento Nacional de Estadística. Indicadores sobre analfabetismo. Bogotá: Colombia aprende. 2003. [acceso 01 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.colombiaprende.edu.co/html/home/1592/article-87778.html>
79. Luengo MC, Araneda PG, López EM. Factores del cuidador familiar que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado. *IndexEnferm* [revista en línea]. 2010. [acceso 7 de marzo de 2013]; 19(1):14-18. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100003&lng=es.
80. Verschuren J, Enzlin P, Dijkstra P, Geertzen J, Dekker R. Chronic disease and sexuality: a generic conceptual framework. *J Sex Res*. 2010; 47(2): 153-170.
81. Departamento Nacional de Estadística. Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por total, cabecera y resto, según municipio y nacional. Bogotá: DANE 2011. [acceso 18 de marzo de 2013]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/censo/files/resultados/NBI_total_municipios_30_Jun_2011.pdf.
82. Lim SL, Gaziano TA, Gakidou E, Reddy KS, Farzadfar F, et al. Prevention of chronic disease in high-risk individuals in low-income and middle-income countries: health effects and costs. *Lancet*. 2007; 370:2054-2062.
83. Bayes R. Cuidando al cuidador, evaluación del cuidador y apoyo social, análisis de los recursos psicológicos y soporte emocional del cuidador. Universidad Autónoma de Barcelona [sitio en internet]. 2002. [acceso 4 de octubre de 2007]. Disponible en: www.fehad.org/vahad/pn022.htm.
84. Pérez PA, García OL, Rodríguez SE, Losada BA, Porras SN, Gómez MA. Función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia. *Aten Primaria*. 2009; 41(11):621-628.
85. Ministerio de Salud y Protección Social. 2012: 26-27. Consultado en diciembre de 2013 en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/IBS%202012.pdf>.
86. Departamento Nacional de Estadística, DANE. Indicadores básicos de tecnologías de la información y la comunicación, TIC, año 2010. Colombia: DANE. 2010. [acceso 06 de marzo de 2013]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/comunicados/cp_tic_2010.pdf.
87. Rojas MM. Asociación entre la habilidad de cuidado del cuidador con el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor que vive situación de enfermedad crónica, en la ciudad de Girardot. *Avances en Enfermería*. 2007; 25(1):33-45.

88. Stavro VD, Montalvo PA, Flórez TI. Cuidando a cuidadores familiares de niño en situación de discapacidad. *Aquichan*. 2008; 8(2):197-211.
89. Montalvo PA, Flórez TI. Cuidadores de Cartagena y su contexto de cuidado: estudio comparativo. *Aquichan*. 2009; 9(2):135-146.
90. Rubira DEA, Munhoz Gaíva MA, Espinosa Martínez M, Barbosa DA, Gonçalves Silva, Belasco A. Cuidando del niño con cáncer: evaluación de la sobrecarga y calidad de vida de los cuidadores. *Rev Latino-Am Enfermagem* [revista en internet]. 2011; 19(3): [09 pantallas].
91. Barrera L, Carrillo M, Chaparro L, Sánchez B. Modelo para abordar la carga del cuidado de la ECNT en Colombia. *Revista Orinoquia*. 2013. En prensa.
92. Martínez González L, Robles Rendón M, Ramos del Río B, Santiesteban Macario F, García Valdés M, Morales Enríquez M, et al. Carga percibida del cuidador primario del paciente con parálisis cerebral infantil severa del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*. 2008;20:23-29.
93. García M. El Impacto de Cuidar en la Salud y La calidad de Vida de las Mujeres. *Gaceta Sanitaria*. 2004. [Internet]. [acceso 20 de junio de 2013]. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0213-91112004000800011&script=sci_arttext.
94. Merino de Herrera S. Calidad de vida de cuidadores familiares que cuidan niños en situación de enfermedad crónica. *Avances en Enfermería*. 2004; 22(1):39-46.
95. Escobar CL. Perception of the quality of life of family caregivers of adults with cancer. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2012;30(3):320-329.
96. Flórez Torres IE, Montalvo Prieto A, Herrera Lían A, y Romero Massa E. Afectación de los bienestar en cuidadores de niños y adultos con enfermedad crónica. *Rev Salud Pública*. 2010. 12(5):754-764.
97. 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.
98. 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.
99. Chaparro L. Cómo se constituye el "vínculo especial" de cuidado entre la persona con enfermedad crónica y el cuidador familiar. *Aquichan*. 2011; 11(1):7-22.
100. Vega AO. Percepción del apoyo social funcional en cuidadores familiares de enfermos crónicos. *Aquichán*. 2011; 11(3):274-286.
101. Pérez LL, Díaz DM, Herrera CE, Silveira HP. Síndrome del "Cuidador" en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. *Rev Cubana Enfermer*. 2001; 17(2):107-111.