**CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DEL CUIDADOR FAMILIAR DE LA PERSONA MAYOR EN UNA LOCALIDAD DE BOGOTA COLOMBIA**

**RESUMEN**

**Objetivo**: caracterizar los cuidadores familiares de la persona mayor en situación de dependencia, para contribuir al desarrollo de programas adaptables a las necesidades de los cuidadores. **Metodología:** diseño descriptivo cuantitativo de corte transversal entre agosto de 2010 a marzo 2011. La recolección de información mediante entrevista domiciliaria, con cuestionario de caracterización socio demográfica. La muestra intencional de 91 cuidadores. Para el análisis estadístico se empleó programa SPSS versión 15. **Resultados:** se evidenció cuidadores familiares en un rango de edad de 36 a 59 años (53%), la mayoría mujeres 81%, con niveles de escolaridad de primaria o bachillerato incompleto 45%, casados(as) 36%, con dedicación completa al hogar 53%, afiliados al régimen subsidiado o del Estado 87%; el rol de cuidador familiar lo han ejercido por más de 37 meses (87%), con una dedicación diaria de 24 horas (54%) y la mayoría es cuidado por el hijo(a). Estos cuidadores no poseen herramientas suficientes para enfrentar las situaciones negativas derivadas del cuidado de la persona mayor. **Conclusiones**: características como la edad, nivel de educación, tiempo de dedicación al cuidado, la red de apoyo, la ocupación, y la situación socioeconómica hacen inminente la búsqueda de alternativas para los cuidadores que no cuentan con recursos para acceder a niveles óptimos de información, estos resultados permite a diferentes sectores ejecutar acciones, generar programas de acuerdo a necesidades identificadas que impacten sobre la calidad de vida de los cuidadores; la normativa existente del Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrece apoyo mínimo a los cuidadores.

**PALABRAS CLAVES**

Fuente: DeCS, Cuidadores; Enfermería; factores socioeconómicos; Enfermedad crónica, dependencia.

**SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERIZATION FAMILY CAREGIVER OF THE EARLIER PEOPLE IN A LOCALITY OF BOGOTA COLOMBIA**

**ABSTRACT**

**Objective**: characterize family caregiversof the earlier people in situation of dependency, to the development of adaptive to the needs of caregivers. **Method**: a quantitative and descriptive design from august 2010 to march 2011. Data collection was done through a face to face interview using the socio demographic characterization survey. There was a practical sample with 91 caregivers. The program Statistical analysis used SPSS version 15. **Results**: was evident that the family caregivers is in 36 to 59 age range, (53%), mostly women 81%, primary or high school incomplete 32%, married 36%, work at home 53%, public health system 87%; the role of family caregiver has practiced for more than 37 months (87%), 24 hours daily dedication (54%), and most are caring for the child (a).These caregivers do not have enough tools to deal with negative situations arising from de care of the elderly people. **Conclusion**s: characteristics as age, education level, time dedicated to the care, support network , occupation, socioeconomic status and make imminent the search for alternatives for caregivers who do not have resources to access to optimal levels of information, these results allows different sectors to implement actions and generate programs according to the identified needs that impact on the quality of life for caregivers ; the existing regulations of the General System of Health Social Security provides minimal support for caregivers.

**Keywords**

Source: DeCS, Caregivers, Nursing, Socioeconomic Factors, Chronic disease, dependency.

**INTRODUCCIÓN**

A nivel internacional la pirámide poblacional muestra tendencia hacia el incremento de la población adulta mayor, como consecuencia del control de la natalidad, y de variaciones de los estilos de vida, aumento de la longevidad, introducción de tecnologías en salud y múltiples cambios de los sistemas de salud del mundo.

[[1]](#endnote-1) [[2]](#endnote-2)

Estas dinámicas son expuestas en los informes sanitarios mundiales como agentes atribuibles de la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales registran en los últimos años un aumento desmesurado, siendo las causales del 80% de las muertes en los países, en especial de aquellos con ingresos medios y bajos; [[3]](#endnote-3) [[4]](#endnote-4) [[5]](#endnote-5)  cifras que sobrepasan la capacidad tecnológica y del recurso humano disponible.[[6]](#endnote-6) [[7]](#endnote-7)

Las enfermedades crónicas son prevenibles bajo estrategias viables y costo-efectivas basadas en el manejo de los factores de riesgo, sin embargo su escaso impacto sobre los indicadores de salud han demarcado un reto enorme para reducir las consecuencias sobre la calidad de vida de las poblaciones, porque invade esferas familiares con transformaciones en las dinámicas interpersonales y físicas que aceleran la pérdida de autonomía para la realización de actividades de la vida diaria, requiriendo así de actores cercanos que acompañen la aceptación, afrontamiento y resolución de la patología. Varios estudios reportan que la presencia de dichos actores produce mayor adhesión al tratamiento, control de la enfermedad y estrecha la probabilidad de complicaciones a mediano y largo plazo.3 4 5 6

En América Latina y el Caribe el panorama demográfico es similar al internacional con respecto al aumento de la población mayor, 6 [[8]](#endnote-8) [[9]](#endnote-9)  a su vez se ilustra un similar predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles como productores de vulnerabilidad y dependencia funcional; 1 2 8 9 [[10]](#endnote-10) [[11]](#endnote-11) [[12]](#endnote-12)  la dependencia es traducida a la dificultad de realizar las actividades de la vida diaria tanto en términos de acción como de pensamiento, por lo que requiere apoyo del otro; lo que trae consigo un aumento de la demanda de cuidados permanentes que obliga la disponibilidad de un cuidador dentro de la red inmediata que posee la persona mayor.1 6 7 8 9

Los estudios nacionales e internacionales de características sociodemográficas de los cuidadores familiares han reportado que en su mayoría son mujeres las que asumen la responsabilidad de brindar ayuda y apoyo de forma voluntaria y sin remuneración; [[13]](#endnote-13) con acciones de cuidado físico, social, psicológico y religioso; y un elevado compromiso afectivo, durante las 24 horas del día. 9 10 12 [[14]](#endnote-14) [[15]](#endnote-15) [[16]](#endnote-16)

Las cuidadoras han sido ubicadas en edades entre los 36 a los 59 años, etapa denominada Intermedia por la variedad de funciones que realizan,11 12 [[17]](#endnote-17) son únicas cuidadoras 8  y llevan más de 18 meses en este rol, con una dedicación diaria de 13 a 24 horas11, pertenecientes al estrato socioeconómico 28 y 3.15 [[18]](#endnote-18)  El reconocimiento de las características ha permitido identificar la dinámica situacional en la que viven los cuidadores, a mayor pérdida de funcionalidad de la persona con enfermedad crónica, más sobrecarga percibirá el cuidador; comprometiendo su salud física y mental, lo que disminuye la percepción de bienestar y confort. 13 16 [[19]](#endnote-19)

Está transición en el mundo ha permitido construir un panorama de las Enfermedades Crónicas No Trasmisibles ECNT e involucrar a múltiples disciplinas, como la Enfermería que ha sido una de las profesiones de la salud vinculada a los procesos educativos e investigativos para el monitoreo, vigilancia y seguimiento de las enfermedades de larga duración;9 la valoración de las características sociodemográficas, contribuye a generar estrategias y desarrollar programas de apoyo a cuidadores que den respuesta a sus necesidades 12 16. El objetivo de este estudio se orientó a la caracterización de los cuidadores familiares de la persona mayor con Enfermedad Crónica no Transmisible en situación de dependencia.

**METODOS**

El estudio tiene un diseño descriptivo cuantitativo de corte transversal desarrollado entre agosto de 2010 a marzo de 2011. La muestra fue de tipo intencional de 91 cuidadores de personas mayores en situación de dependencia vinculados al Proyecto 496 “años dorados”, de la Localidad de Usaquén en Bogotá- Colombia. Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta fueron: cuidadores familiares de las personas mayores vinculados al proyecto 496, mayores de edad, que aceptaran participar en el estudio voluntariamente; los criterios de exclusión fueron: tener diagnósticos de trastornos mentales y/o cognitivos. La recolección de información fue realizada mediante visita domiciliaria, se empleó el cuestionario de caracterización socio demográfico elaborado por el Grupo de Cuidado al Paciente Crónico de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Para el análisis estadístico de los datos fue empleado el programa SPSS versión 15, se hizo cálculo de medidas de frecuencia absolutas y relativas de cada una de las variables sociodemográficas; se cumplió el control de confiabilidad de la base de datos.

Los aspectos éticos en la investigación cumplieron con la normativa para Colombia: el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar a través del consentimiento informado, de acuerdo con La Ley 911 de 2004, para la profesión de Enfermería,[[20]](#endnote-20) para Colombia la resolución 8430 de 1993,[[21]](#endnote-21) constituida bajo la Declaración De Helsinki (equipo de profesionales idóneos, rigurosidad científica, protección a la dignidad humana y a la confidencialidad).

El estudio recibió el aval institucional del comité de ética y de la Subdirección de la Secretaría de Integración Social Usaquén, Bogotá D.C-Colombia, para la realización de la investigación. Se obtuvo la aprobación del uso de la encuesta de caracterización de los cuidadores diseñada por el Grupo de Cuidado al Paciente Crónico de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

**RESULTADOS**

Las características socio demográficas del cuidador familiar de personas mayor de la Localidad de Usaquén en Bogotá D.C, Colombia, se presentan en la Tabla N°1, [[22]](#endnote-22) en cuanto a la edad la mayoría estaban entre 36 a 59 años (53%), mientras que el 24% estaba en el rango de 18 y 24 años y mayores de 60 años un (23%). En cuanto al sexo del cuidador familiar, el 81% eran mujeres.

La mayoría de los cuidadores familiares, sabían leer y escribir, situación que se relaciona con el nivel de escolaridad de primaria o bachillerato, donde el (45%) cursó algún nivel, mientras que el (39%) completo los estudios, solo el (11%) tuvo acceso a un nivel de educación superior y el 5% reporto no tener ningún nivel de formación.

El estado civil de los cuidadores que predominó, fue casado(a) 36%. La ocupación de los cuidadores familiares de mayor reporte es dedicación al hogar, seguido por tener vinculación laboral y trabajo independiente. En cuanto a la seguridad social el 87% posee régimen subsidiado o sistema de salud público. El 46% de los cuidadores familiares pertenecían al estrato 2.

Con referencia a si el cuidador brindaba cuidado desde el momento del diagnóstico el 89% si lo hacía, refiriendo que el tiempo en dicha actividad la realizan desde hace más de 37 meses; con una dedicación diaria de 24 horas (54%), menos de 6 horas (21%), entre 7 a 12 horas (15%) y de 13 a 23 horas (10%).

El 58% de los cuidadores contaba con redes de apoyo como subsidio económico, talleres para cuidadores y la vinculación de otros miembros de la familia; en algunos casos eran apoyados por cuidadores formales en la modalidad de técnicos en auxiliares de enfermería; mientras que el 42% no contaba con redes de apoyo y era único cuidador.

En cuanto a la relación de la persona mayor con el cuidador, la mayoría corresponde a hijos (as) que cuidan a sus padres, seguido por otros como cuñados (as), las nueras, yernos, sobrinos, primos (as), esposo (a), abuelo (a), un amigo (a), y en menor número madre/padre.

**DISCUSION**

En estudios similares de cuidadores familiares la edad de la mayoría de los cuidadores se encuentra en el rango de 36 a 59 años.12 15 16 [[23]](#endnote-23)  Este rango de edad se caracteriza por la multiplicidad de roles sociales: padres, hijos, esposos, trabajadores que en un momento dado puede ser causal de sobrecarga en el cuidador, porque todos exigen de dedicación y esfuerzo. 9 12 15

En cuanto al sexo del cuidador familiar la mayoría de los estudios mostraban similitud con los resultados de esta investigación, predominio mujeres en el rol del cuidador 8 9 12 13 15 16 17, las mujeres como depositarias y transmisoras de conocimientos para el cuidado de la salud en el núcleo familiar. Así es como las hijas son las que asumen en su mayoría la acción de cuidar, siendo este rol una herencia cultural que ha recibido la mujer en su papel de cuidar, ya que desde edades tempranas son entrenadas para el cuidado de los hijos, por eso asumen socialmente la tarea de cuidar. 7 9

El nivel educativo del cuidador, corresponde con otros estudios donde la mayoría sabe leer y escribir, transitan desde algún grado de escolaridad básica, 8 12 13 15 21 inclusive el Universitario. 15 La escolaridad es un factor protector porque proporciona elementos básicos que facilitan el fortalecimiento de la habilidad de cuidado: atención, vigilancia y acompañamiento; lo que disminuye los impactos sociales, económicos y emocionales del cuidado, además contribuye con la estructura adecuada de su red de apoyo. 12

La red de apoyo inmediata está relacionada con el estado civil de los cuidadores, para este estudio la mayoría de cuidadores son casados con un núcleo familiar conformado. La literatura reporta que los cuidadores son casado(a)s, soltero(a)s y en unión libre, 7 12 15 21 siendo la pareja y la familia extensa el principal apoyo en su rol como cuidador, que acompañan las responsabilidades asumidas16; en algunos casos también se cuenta con orientación técnica de cuidadores formales a través de ayuda institucional, económica y socio-municipal, sin embargo estos esfuerzos gubernamentales y no gubernamentales son insuficientes al compararlos con los desafíos que afrontan diariamente los cuidadores. 15 16 21

En este sentido las organizaciones han centrado esfuerzos por facilitar espacios sociales de distracción que disminuyen el riesgo de sobrecarga del cuidador y potencian los mecanismos de afrontamiento.16 Se plantea la necesidad del diseño de programas tendientes a fortalecer las redes de apoyo identificadas como vitales dentro del escenario de cuidado.

La red de apoyo puede facilitar la ocupación de los cuidadores familiares, el estado civil soltero-a con red de apoyo identificado, permite y da la oportunidad de asumir ocupaciones diferentes a la del hogar, aunque prevalece la dedicación exclusiva al cuidado como se muestra en otros estudios. 7 Sin embargo aunque el vínculo laboral no es estable, predomina el trabajo informal (por horas, y actividades) que les ayuda a suplir las necesidades económicas teniendo en cuenta que la mayoría pertenece a estrato 2 y 3 y el nivel educativo y el tiempo que dedican al cuidado no les permite adquirir mayores compromisos laborales. Se considera que el mantener un rol laboral tiene varios efectos: en primer lugar puede ser un factor protector que disminuye las repercusiones del cuidado sobre la salud del cuidador, como ocurre en la persona que es ama de casa, lo que exige una alta dedicación al cuidado, generando restricciones de la vida social, teniendo consecuencias sobre su desarrollo personal, el autoestima y de su red de apoyo. 13 En segundo lugar puede ser un factor causal de sobrecarga de roles, generador de angustia y estrés por las necesidades económicas que tiene el hogar y por las corresponsabilidades de cuidado adquiridas que disminuyen el tiempo de dedicación en el mercado laboral.

Para este estudio la actividad principal de los cuidadores familiares de personas mayores es el hogar 8 12 15, otras actividades identificadas como ser empleado(a), o ser trabajador independiente. A pesar que la ocupación de los cuidadores de este estudio no es exclusiva al cuidado de la persona mayor, la mayoría inicia el cuidado desde el momento del diagnóstico 12 [[24]](#endnote-24), donde el reconocimiento y aceptación de la enfermedad provoca alteraciones no sólo en el enfermo sino también en la familia, su aparición produce una redistribución de los roles familiares y genera iniciativas de atención y acompañamiento en las actividades diarias de la persona mayor con el propósito de darle bienestar. 7

La mayoría de los cuidadores brindan apoyo y soporte a sus familiares por largos periodos, situación que es coincidente con la de este estudio los cuidadores han ejercido su labor por más de 37 meses, en muchos de los casos los cuidadores brindan acompañamiento por 24 horas, 12 porque su ocupación como amas de casa, les permite permanecer en el hogar,7 8 algunas de ellas tienen vinculo laborales informales gracias a que cuentan con una red de apoyo para el cuidado. Algunos autores, describen que los cuidadores cuentan con poca o nula red de apoyo por lo que deben brindar cuidado durante 24 horas, lo que eleva los niveles de depresión y angustia por la incertidumbre que genera el estado de salud de la persona mayor, acelerando la aparición de problemas de salud física: alteraciones cardiovasculares e inmunológicos, además de estados prolongados de estrés. 13 22 [[25]](#endnote-25)

LaIntervención de enfermería asociadas a las condiciones socioeconómicas del cuidador familiar deben estar orientadas al reconocimiento de los cuidadores como un actor esencial del sistema de salud, facilitar “herramientas educativas”, 22 [[26]](#endnote-26) para mejorar la habilidad de cuidado, de tal manera que logren satisfacer las necesidades de la persona enferma, además que den respuesta a la problemática familiar, y para mantener la propia salud y fomentar una buena relación con la persona cuidada. 17 22 [[27]](#endnote-27) [[28]](#endnote-28) [[29]](#endnote-29)

Escuredo-Rodríguez, [[30]](#endnote-30) considera la necesidad de promover y apoyar a los Grupos de Ayuda Mutua (GAM), como un sistema de soporte que permita al cuidador intercambiar trucos y experiencias, formas de producción en el hogar, mecanismos de fortalecimiento de vínculos y dinámicas familiares, que mejoren los sistemas de comunicación, de expresión, de afrontamiento y de resolución de conflictos, lo que puede orientar la toma de decisiones de manera individual y familiar

El autor propone la búsqueda de alternativas de apoyo a estos cuidadores que no poseen herramientas suficientes como programas de ayuda mutua o autoayuda a cuidadores, intervenciones educativas para enfrentar las situaciones negativas derivadas del cuidado como afectación de su salud física, psicológica[[31]](#endnote-31)

 **CONCLUSIONES**

El cuidador familiar de la persona mayor se caracteriza por ser de sexo femenino, hijo(a) de la persona mayor, tiene un nivel de escolaridad de primaria incompleta, casado(a), su principal ocupación es el hogar. Con predominio de la afiliación al sistema público de salud, ligado al estrato 1, 2 y 3. Ellos cuidan a la persona mayor desde el momento del diagnóstico, por más de 37 meses, dedicaban diariamente a esta labor 24 horas; algunos contaban con redes de apoyo identificadas: la familia y los talleres ofertados por el proyecto 496 “ años dorados” de la Localidad de Usaquén Bogotá-Colombia.

Son razones afectivas las que impulsan a ofrecer los cuidados a pesar de no contar con experiencia y entrenamiento previo. Se presenta afectaciones múltiples relacionadas con la salud física y mental, así como en el ámbito social y económico, por lo que se hace inminente la búsqueda de alternativas de apoyo para los cuidadores que no cuentan con recursos para acceder a niveles óptimos de información acerca de las enfermedades crónicas que presenta el adulto mayor, al que ofrecen sus cuidados. 11

Para el profesional de enfermería el estudio de las características socio demográficas le permite explorar el cuidado en otros contextos, que involucran dimensiones, relaciones, factores y vínculos, que se convierten en retos frente al diseño, ejecución y evaluación de intervenciones de apoyo como respuesta a las necesidades identificadas, para afrontar los conflictos, miedos, desafíos que experimente la población.22 Este estudio hace evidente la realidad de los cuidadores, de personas mayores con enfermedad crónica no trasmisible.

Agradecimientos a la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A por facilitar los recursos y brindar el apoyo para el desarrollo del proyecto de investigación. A la Secretaria de Integración Social de Usaquén Bogotá- Colombia, por el apoyo a través de su equipo de trabajo y de programas con iniciativa social que fomentan el desarrollo de procesos de investigación.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Berrío MI. Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública. Rev Colomb anestesiol. 2012; 40 (3): 192–194.

Cardona D, Peláez E. Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2012; 28 (2): 335-348.

Serra MA. Las enfermedades crónicas no transmisibles en la Convención Internacional Cuba-Salud 2015. Revista Finlay [revista en Internet]. 2015 [citado 2015 dic 10]; 5(2):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/362>.

Brenes L, Menéndez J, Guevara A. “Comorbilidad y Discapacidad: su relación en Adultos Mayores de Ciudad de La Habana”. GEROINFO. RNPS. 2006; 2 (2): 1- 24. Disponible en: http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/367/Art\_BrenesHern%C3%A1ndezL\_Comorbilidad Discapacidad\_2006.pdf?sequence=1.

González A. La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: De paciente pasivo a paciente activo. Enferm Clin. 2014; 24(1):67- 73.

Silva E, Rodríguez J, Zas V. “Promoción de salud y envejecimiento activo”. Geroinfo. 2013; 8 (1): 1- 15.

1. Zanetti M. Las enfermedades crónicas no transmisibles y tecnologías en salud. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011 [citado 2014 Dic 21]; 19 (3): 1-2. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/es\_01.pdf.

Carrillo GM, Sanchéz B, Barrera L.. Habilidad de cuidado de cuidadores familiares de niños y adultos con enfermedad crónica. Index Enferm  [revista en la Internet]. 2014  Sep [citado  2015  Dic  16] ;  23(3): 129-133. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1132-12962014000200003&lng=es.  http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000200003.

Ferraz K, Cruz V, Ramon J, Silva R, Nagib E, Missias R. Calidad de vida de cuidadores familiares de ancianos: una revisión integradora. Revista Cubana de Enfermería. 2013; 29 (4): 1-6. Disponible en: http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/253/73.

Galvéz M, Saucedo MC, Calderón A, Pacheco I, Carmona F, García AM. El proceso de afrontamiento en cuidadoras familiares de personas con alto grado de dependencia. Distrito Sanitario Costa del Sol, Servicio Andaluz de Salud (SAS). Fundación Index. 2014; 20 (20): 1-5 [Documento en Internet]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/pdf/374.pdf>.

Ocampo J, Herrera J, Torres P, Rodríguez J, Loboa L, García C. Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. Colomb Med 2007; 38: 40-46.

Carrillo, G, Chaparro L, Sánchez B. Carga del cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en la región pacífica colombiana. Cienc. enferm. [online]. 2014; 20 (2): 83-91.

Lund L, Ross L, Aagaard M, Groenvold M. Cancer caregiving tasks and consequences and their associations with caregiver status and the caregiver’s relationship to the patient: a survey. BMC Cancer. 2014; 14 (541): 1-13.

Ganapathy V, et al. Caregiver burden, productivity loss, and indirect costs associated with caring for patients with poststroke spasticity. Clinical Interventions in Aging 2015:10 1793–1802.

1. Úbeda I. Calidad de vida de los cuidadores Familiares: evaluación mediante un cuestionario. Universidad de Barcelona. [Tesis doctoral ]. 2009 [citado 2013 Mar 20]; 1-293. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2081/IUB_TESIS.pdf;jsessionid=C2099CEBC3E875CD1F6F781B30CF6D29.tdx2?sequence=1>.
2. Vaquiro S, Stiepovich J. Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. Ciencias y enfermería. [Revista en la Internet]. 2010 Apr [citado 2013 Mar 20]; 16(2): 9-16. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n2/art_02.pdf>

Castaño C, Perea D, Hurtado L, Sánchez A. Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes y sus cuidadores en una unidad renal de la ciudad de Cali en 2013. Ciencia & Salud. 2014; 2(8):29-35.

Cerquera A, Granados F, Buitrago A. Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo alzheimer. Psychol. av. discip. 2012; 6 (1): 35- 45.

Ganapathy V, et al. Caregiver burden, productivity loss, and indirect costs associated with caring for patients with poststroke spasticity. Clinical Interventions in Aging 2015:10 1793–1802.

República de Colombia. Ley 911 de 2004: Código Deontológico de Enfermería. 20014 [citado 2013 Mar 27]; 23 p. Disponible en: http://nuevo.unisystem.edu.co/wp- content/uploads/2014/10/ley\_911\_de\_2004.pdf.

1. República de Colombia. Resolución Nº 008430 de 1993. Ministerio de Salud. [Documento en la Internet] 1993. [Citado 2014 Mar 27]: 1-12. Disponible en: <http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf>
2. Encuesta de Caracterización de los cuidadores familiares de personas con enfermedad Crónica aplicada a cuidadores localidad de Usaquén Bogotá D.C.-Colombia, Noviembre 2010-enero 2011.

Delgado E, Suarez O, De Dios R, Valdespino I, Sousa Y, Braña G. Características y factores relacionados con sobrecarga en una muestra de cuidadores principales de pacientes ancianos con demencia. Semergen. 2014;40(2): 57- 64.

LeSeure P, Chongkham S. The Experience of Caregivers Living with Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Synthesis. J. Pers. Med. 2015; 1 (5): 406-439.

1. Flórez I, Montalvo A, Herrera A, et al. Afectación de los bienestares en cuidadores de niños y adultos con enfermedad crónica. Rev. salud públic [revista en la Internet]. 2010 Oct [citado 2014 Oct 07]; 12 (5): 754-764. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0124-00642010000500006&lng=en.
2. Megret A, Naranjo M, Fong Y. Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2002 Mar [citado 2013 Mar 28]; 18(1): 43-49. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192002000100008&lng=es>.
3. Montalvo A, Bradán Yineth, Cavadías Catherine, Medina Elisabeth, Méndez Karina, Padilla Carmen, et al. Habilidad de cuidado de cuidadores familiares principales de pacientes con ACV. Cartagena (Colombia). Salud Uninorte. [Revista en la Internet]. 2010 [citado 2013 Mar 27]; 26(2): 1-6. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/200/5806>.

Ávila J, García J, Gaitán J. Habilidades para el cuidado y depresión en cuidadores de pacientes con demencia. revista colombiana de psicología. 2010; 19 (1): 71-84.

Mediavilla M, Rodríguez A, Ocaña MA, Baquera MJ, Morel S. Programa de educación a cuidadores de pacientes dependientes hospitalizados para mejorar la calidad de vida. NURE Inv [Internet]. Ene-Feb 2014 [citado día mes año]; 11(68): [aprox. 15 p.]. Disponible en: http:// www.fuden.es/FICHEROS\_ADMINISTRADOR/PROYECTO/NURE68\_proyecto\_educacion.pdf

1. Escuredo-Rodriguez B. El discurso de las enfermeras ante el cuidado de las personas mayores dependientes y sus cuidadores familiares. Index de enfermería. [Revista en la Internet]. 2006 Mar [citado 2013 Mar 28]; 15(52-53): 1-9. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/52-53/r4548.php>.

Losada A, et al. Atendiendo a las variadas problemáticas de los cuidadores familiares de personas con demencia: aportaciones de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia de aceptación y compromiso. Clínica y Salud. 2015; 26 (1): 41-48.

1. [↑](#endnote-ref-1)
2. [↑](#endnote-ref-2)
3. [↑](#endnote-ref-3)
4. [↑](#endnote-ref-4)
5. [↑](#endnote-ref-5)
6. [↑](#endnote-ref-6)
7. [↑](#endnote-ref-7)
8. [↑](#endnote-ref-8)
9. [↑](#endnote-ref-9)
10. [↑](#endnote-ref-10)
11. [↑](#endnote-ref-11)
12. [↑](#endnote-ref-12)
13. [↑](#endnote-ref-13)
14. [↑](#endnote-ref-14)
15. [↑](#endnote-ref-15)
16. [↑](#endnote-ref-16)
17. [↑](#endnote-ref-17)
18. [↑](#endnote-ref-18)
19. [↑](#endnote-ref-19)
20. [↑](#endnote-ref-20)
21. [↑](#endnote-ref-21)
22. [↑](#endnote-ref-22)
23. [↑](#endnote-ref-23)
24. [↑](#endnote-ref-24)
25. [↑](#endnote-ref-25)
26. [↑](#endnote-ref-26)
27. [↑](#endnote-ref-27)
28. [↑](#endnote-ref-28)
29. [↑](#endnote-ref-29)
30. [↑](#endnote-ref-30)
31. [↑](#endnote-ref-31)