

**Experiencias de duelo anticipado en cuidadoras informales
de la Región Metropolitana (Chile): cambios ocupacionales**

**Experiences of Anticipated Grief in Primary Informal Caregivers
from the Metropolitan Region (Chile): Occupational Changes**

**Experiências de luto antecipado em cuidadoras informais
da Região Metropolitana (Chile): mudanças ocupacionais**

Pumari Mena-Gutiérrez¹, ORCID 0009-0003-9580-174X
Ana Francisca Pérez-Jara², ORCID 0009-0003-7042-7894
Isidora Espinoza-Carrillo³, ORCID 0009-0000-3070-586X
Arantza Kessi-Gutiérrez⁴, ORCID 0009-0007-3520-8951
Laura Rueda-Castro⁵, ORCID 0000-0002-0085-989X

^{1 2 3 4 5} *Universidad de Chile*

Resumen: Introducción: La pérdida de un ser querido se construye como una experiencia humana inevitable, que genera una vivencia emocional que impacta tanto al individuo que experimenta la pérdida como a su entorno. Objetivo: Investigar la relación entre los procesos de duelo anticipado y las alteraciones en la participación ocupacional de quienes fueron cuidadoras principales informales de personas con enfermedad terminal en la Región Metropolitana de Chile. Método: Enfoque cualitativo con 7 entrevistas semiestructuradas individuales a cuidadoras adultas en el sur y poniente de la región. Resultados: Fueron categorizadas experiencias y subjetividades que expresan la importancia que las mujeres atribuyen al cuidado de sus familiares, con una escasa demostración emocional durante esta etapa. Además, emergen categorías como rutinas y roles, donde muchas mujeres priorizan el cuidado; redes de apoyo, con relatos frecuentes sobre la falta de ayuda y herramientas más allá de lo económico; y áreas de ocupación afectadas, predominantemente el descanso y sueño, aunque también se menciona el autocuidado y la participación social. Conclusión: Si bien el proceso de duelo anticipado genera dolor y desgaste propio, es el cuidado informal lo que genera cambios en la participación y calidad de vida de las mujeres cuidadoras.

Palabras clave: terapia ocupacional; duelo; experiencia cercana a la muerte; cuidados paliativos; cuidados al final de la vida.

Abstract: Introduction: The loss of a loved one is constructed as an inevitable human experience, which generates an emotional experience that impacts both the individual experiencing the loss and his or her environment. Objective: To investigate the relationship between anticipated grief processes and alterations in the occupational participation of informal primary caregivers of terminally ill persons in the Metropolitan Region of Chile. Method: Qualitative approach with 7 individual semi-structured interviews with adult caregivers in the south and west of the region. Results: Experiences and subjectivities were

categorized that express the importance that women attribute to the care of their relatives, with little emotional demonstration during this stage. In addition, categories such as routines and roles emerge, where many women prioritize caregiving; support networks, with frequent reports on the lack of help and tools beyond the economic; and areas of occupation affected, predominantly rest and sleep, although self-care and social participation are also mentioned. Conclusion: Although the process of anticipatory grief generates pain and self-exhaustion, it is informal caregiving that generates changes in the participation and quality of life of women caregivers.

Keywords: occupational therapy; grief; near-death experience; palliative care; end-of-life care.

Resumo: Introdução: A perda de um ente querido é construída como uma experiência humana inevitável, que gera uma vivência emocional que afeta tanto o indivíduo que experimenta a perda quanto seu entorno. Objetivo: investigar a relação entre os processos de luto antecipado e as alterações na participação ocupacional daquelas que foram cuidadoras primárias informais de pessoas com doença terminal na Região Metropolitana do Chile. Método: abordagem qualitativa com 7 entrevistas individuais semiestruturadas com cuidadoras adultas no sul e oeste da região. Resultados: Foram categorizadas experiências e subjetividades que expressam a importância que as mulheres atribuem ao cuidado de seus familiares, com uma escassa demonstração emocional durante essa etapa. Além disso, surgem categorias como rotinas e papéis, em que muitas mulheres priorizam o cuidado; redes de apoio, com relatos frequentes sobre a falta de ajuda e ferramentas além das econômicas; e áreas de ocupação afetadas, predominantemente o descanso e o sono, embora o autocuidado e a participação social também sejam mencionados. Conclusão: Embora o processo de luto antecipado gere dor e desgaste próprio, é o cuidado informal que gera mudanças na participação e na qualidade de vida das mulheres cuidadoras.

Palavras-chave: terapia ocupacional; luto; experiência de quase morte; cuidados paliativos; cuidados no final da vida.

Recibido: 11/03/2024

Aceptado: 22/08/2024

Cómo citar:

Mena-Gutiérrez P, Pérez-Jara AF, Espinoza-Carrillo I, Kessi-Gutiérrez A, Rueda-Castro L. Experiencias de duelo anticipado en cuidadoras informales de la Región Metropolitana (Chile): cambios ocupacionales. Enfermería: Cuidados Humanizados. 2024;13(2):e3929. doi: 10.22235/ech.v13i2.3929

Correspondencia: Laura Rueda Castro. E-mail: lrueda@uchile.cl

Introducción

A partir de los vínculos afectivos las personas construyen y nutren sus relaciones con los otros, a la vez que conforman su identidad individual y colectiva. Es por esto que la pérdida de un ser querido, en tanto una realidad indeseada pero a la vez inevitable de la experiencia humana, genera una vivencia emocional dramática para la persona y su entorno,

alterando las costumbres, rutinas, expectativas de vida y significados que le otorgan al quehacer cotidiano. ⁽¹⁾

El duelo, entonces, se convierte en una experiencia común en la vida cotidiana, y se puede manifestar antes, durante o después del fallecimiento del ser querido. Este proceso evoluciona en el tiempo; quienes lo vivencian atraviesan distintas etapas y se desarrolla una instancia de aprendizaje, generando cambios en lo cotidiano y la propia identidad de la persona. ⁽²⁾

De esta forma, y considerando que intervienen aspectos propios de la persona, su familia y comunidad, no existe una manera única de abordar el duelo. Algunos autores plantean que no es un proceso lineal, es decir, no se atraviesan etapas para llegar a una aceptación y desapego, sino que más bien se van produciendo diversas reacciones emocionales y conductuales que llevan a una reconstrucción del vínculo. ⁽³⁾

El duelo se puede producir antes del fallecimiento del ser querido; este proceso se conoce como duelo anticipado. Según Calabuig et al., el duelo anticipado es un fenómeno que permite a las personas interpretar la pérdida como un proceso natural y, a su vez, desarrollar estrategias para enfrentarse a la despedida y ajustarse a la nueva realidad. ⁽⁴⁾

Saber con anterioridad la llegada de este suceso en un tiempo estimado puede transformar esta instancia en una de planificación y socialización de la experiencia, en donde existe acompañamiento y preparación de la persona y su entorno, definiendo los tipos de ayuda y atención que necesita, en virtud del respeto por el buen morir, en el que idealmente debe promoverse que las personas cuenten con las herramientas necesarias para afrontar la muerte y los procesos de duelo de manera sana y consciente. ⁽⁴⁾

Este proceso de duelo anticipado comienza desde el momento de diagnóstico del paciente, quien sufre de un deterioro progresivo, tanto física como mentalmente, y es el cuidador familiar la figura que vivencia estas pérdidas en el paciente. ⁽⁵⁾ Estos diagnósticos se conocen como enfermedad terminal, en la que la persona tiene una patología que bajo la mirada de los especialistas no tiene cura y se encuentra en etapas finales de su enfermedad, o está en proceso de fallecer. ⁽⁶⁾ Debido al desgaste físico que implican algunos de estos diagnósticos, es necesaria la ayuda de otra persona que mantenga el cuidado. Así, los cuidados al final de la vida demandan atenciones particulares, cuyos requerimientos aumentan a medida que progresa la enfermedad terminal que anticipa el duelo. ⁽⁶⁾

El nuevo rol de cuidado hacia una persona con enfermedad terminal se configura como un proceso familiar importante y puede ser una fuente de estrés y sobrecarga emocional. ⁽⁷⁾ Este desafío se relaciona con las responsabilidades que representa esta nueva posición y el intento por cumplir con roles anteriores, buscando un equilibrio entre ellos. ⁽⁸⁾ Desde una perspectiva ocupacional, estas exigencias asociadas al rol de cuidador principal tienen como consecuencia un desequilibrio ocupacional que debe ser afrontado mediante el desarrollo de habilidades, reestructuración de rutina, entre otros. ⁽⁸⁾

Los cuidados al final de la vida, cuya responsabilidad recae mayoritariamente en las mujeres, requieren de una alta especialización y extensión y, por tanto, de un elevado gasto económico. ⁽⁹⁾ Esto resulta contradictorio ante el trabajo no remunerado propio del cuidado informal que realizan las mujeres —la mayoría familiares—, quienes asumen estos costos que no son cubiertos por el Estado, contribuyendo así a un estado de empobrecimiento y precarización, relegando el cuidado exclusivamente al espacio doméstico-privado y culminando con la postergación o abandono de los proyectos vitales de las mujeres cuidadoras. ⁽⁹⁾

Con estos antecedentes, se puede desprender entonces que el cuidado es una tarea exigente, en donde la calidad de vida de las personas cuidadoras se ve desfavorecida. ⁽¹⁰⁾

Además de la complejidad que posee en sí atravesar por un proceso de duelo anticipado, las cuidadoras informales no suelen contar con la formación para los diferentes cuidados que proveen. Es así como el hecho de cuidar puede convertirse en una tarea desafiante, provocando fatiga, desgaste emocional y físico y/o estrés, llegando a una situación de sobrecarga que compromete su bienestar.⁽¹⁰⁾

En Chile, se estima que la labor de cuidados se realiza en un 85 % por mujeres familiares quienes en su mayoría se reconocen como cuidadoras informales, es decir, no reciben remuneración de este trabajo.⁽¹¹⁾ Además, un alto porcentaje dedica más de 8 horas diarias para cumplir con este rol, y más de la mitad llevan a cabo labores domésticas.⁽¹¹⁾

Considerando lo anterior, se evidencia que ser cuidador informal en Chile conlleva enfrentarse a un escenario complejo. Por este motivo, durante los últimos años han surgido iniciativas que pretenden reconocer y otorgar apoyos a este sector de la población. En 2021 fue promulgada la Ley 21.380 que reconoce a los cuidadores o cuidadoras el derecho a la atención preferente en el ámbito de la salud.⁽¹²⁾ En noviembre de 2022 fue anunciada la creación de un registro nacional de cuidadores, quienes recibirán una credencial para tales efectos, como forma de reconocimiento del Estado a las labores de cuidados.⁽¹³⁾

A pesar de estos avances, las cuidadoras informales siguen enfrentándose a otros desafíos en su día a día, como el aumento de la demanda del cuidado, teniendo en cuenta el cambio demográfico, especialmente del aumento de la expectativa de vida.⁽¹⁴⁾ Ello provoca que desde la terapia ocupacional se requiera proyectar intervenciones para la adaptación de las personas que cuidan, razón por la cual este proyecto se enfoca en recopilar experiencias de personas que ya han pasado por estos procesos, constituyendo una remembranza de la historia ocupacional de la persona. En ese sentido se busca investigar la historia de vida de la persona que cuida desde sus recuerdos. La experiencia de duelo no es un estado, sino un proceso; no existe una única manera de responder a la pérdida, esto depende de la cultura de la cuidadora, sus múltiples contextos y del vínculo que tenía con la persona fallecida.⁽¹⁵⁾

La investigación tiene por objetivo describir la relación de los procesos de duelo anticipado con la participación ocupacional y calidad de vida de quienes fueron cuidadoras informales, hace 5 años o más, de personas con enfermedad terminal en comunas del sector sur y poniente de la Región Metropolitana. Asimismo, se busca reconocer la influencia de los aspectos culturales en las conceptualizaciones de muerte en el marco de personas que hayan experimentado duelo anticipado. También, conocer las áreas de ocupación afectadas de las cuidadoras informales mediante su relato y, por último, explorar las rutinas y roles que adoptaron durante el duelo.

Método

El enfoque del estudio corresponde a una investigación cualitativa, basada en entrevistas individuales, un método para recoger y evaluar datos no estandarizados. Estos estudios se centran en comprender los fenómenos desde la perspectiva de las personas en su contexto natural y su relación con este, dando énfasis a sus puntos de vista, comprensiones y significaciones.⁽¹⁶⁾ Se justifica el método pues orienta a visibilizar las experiencias de cuidadoras, dando lugar a comprender, desde su narrativa, cómo el cuidar de manera informal a un familiar repercute en las distintas aristas ocupacionales de su vida.

Además, la investigación se sitúa desde un paradigma interpretativo, cuyo objeto de estudio son los fenómenos subjetivos, describirlos profundamente e interpretar sus significados.⁽¹⁷⁾ Lo anterior se alinea con el enfoque planteado y con la temática de la investigación, pues se habla de que el duelo anticipado corresponde a un proceso normativo,

y que tanto las características individuales de la persona, el vínculo con la persona que fallece y el contexto determinan la experiencia de duelo completa, configurándose como un proceso subjetivo. ⁽⁴⁾

El universo participante considera a mujeres mayores de 18 años, que hayan otorgado cuidados a familiares diagnosticados con una enfermedad terminal de manera informal (no remunerada). Los cuidados deben haber sido entregados hace cinco años atrás o más, esto a contar del año 2023. Las personas consideradas residen en las comunas del sector poniente (5) o sur (2) de la Región Metropolitana, incluyendo así comunas de carácter urbano, rural y mixto, con mayor población femenina y notorias brechas socioeconómicas y de educación, en comparación con el resto de las comunas de la región. ⁽¹⁸⁾

Los criterios de exclusión e inclusión para la selección de la muestra fueron creados acorde a los objetivos, asegurando así la coherencia de la muestra y el estudio.

Criterios de inclusión

- Mujeres entre 18 y 65 años.
- Residir en comunas del sector poniente de la RM.
- Haber sido cuidadora por al menos 6 meses de una persona cercana afectivamente que padeciera de una enfermedad terminal.
- Haber sido cuidadora de carácter informal.
- Haber vivenciado la muerte del ser querido hace al menos 5 años y no más de 10 años.

Criterios de exclusión

- Tener un vínculo afectivo de madre con la persona cuidada.
- Poseer antecedentes de patologías psiquiátricas.
- Poseer un nivel educacional inferior a enseñanza media completa.
- Poseer algún tipo de discapacidad o dependencia.
- Estar vivenciando un duelo complicado.

La muestra de participantes voluntarias se constituye por siete mujeres cuidadoras, quienes fueron contactadas por medio de una convocatoria abierta por la red social Instagram, el foro de las comunidades de Consejo de Estudiantes de la Salud y Universidad de Chile en la plataforma U-Cursos, lo que se constituye como un muestreo por conveniencia. Se explicó el objetivo de la investigación, los beneficios sociales y para la terapia ocupacional que podían derivarse de su participación, además de la posibilidad de retirarse del proceso sin perjuicio alguno en el momento que lo desearan. Ya informadas de los aspectos generales del estudio, se les entregó un consentimiento informado y se les consultó sobre la disposición para grabarlas en audio durante la entrevista.

Las cuidadoras respondieron una entrevista semiestructurada, formulada por las estudiantes del proyecto de investigación y supervisada por la tutora terapeuta ocupacional a cargo, durante los meses de octubre y noviembre del 2023. La entrevista fue elaborada teniendo en cuenta las diferentes dimensiones propuestas en la literatura alrededor del duelo anticipado, dividiéndose en una primera parte que contempla información sociodemográfica y de caracterización de la persona (edad, género, ocupación principal, relación con la persona cuidada, entre otras), y una segunda parte relacionada con la experiencia del ser cuidadora,

incluyendo preguntas relacionadas a la reestructuración familiar, el cambio de rutina a nivel personal, entre otras.

Estos procedimientos respetaron normas éticas propuestas en la declaración de Helsinki, en el sentido de que se busca, ante todo, promover y velar por el bienestar, dignidad y respeto de las personas involucradas. La información es utilizada de manera anónima y únicamente con fines académicos, revelando los datos mínimos necesarios para el contexto de la investigación. El proyecto fue presentado y consecuentemente aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Las narraciones de las participantes se analizan en ejes en concordancia con las áreas de la ocupación, entendidas estas como “las actividades cotidianas que las personas realizan como individuos, en familias y con las comunidades para ocupar el tiempo y dar significado y propósito a la vida”, ^(19 p. 6) siendo fundamentales en cuanto proporcionan identidad y sentido de competencia a las personas. ⁽¹⁹⁾ Por eso, a partir de ellas se analizan los cambios ocupacionales de las cuidadoras.

Resultados

En la Tabla 1 se muestran las características asociadas a las siete participantes entrevistadas para el estudio.

Tabla 1 – Características generales de las entrevistadas y el cuidado

N.º de entrevista	Edad de la entrevistada	A quién cuidó	Comuna	Tiempo de prestación de cuidados	Fecha de los cuidados
E1	48 años	Mamá y papá	Calera de Tango	4 años	2014-2018
E2	56 años	Tía y tía abuela	Maipú	4 años	2013-2017
E3	54 años	Mamá y papá	Maipú	5 años	2013-2018
E4	66 años	Mamá	Estación Central	2 años	2016-2018
E5	53 años	Exsuegra	El Bosque	6 meses	2018
E6	72 años	Mamá y tía	Renca	4 años	2014-2018
E7	23 años	Mamá	El Bosque	6 meses	2018

En base a las respuestas recolectadas se crearon cuatro grandes categorías de análisis, con sus correspondientes subcategorías, las que responden a los objetivos planteados para esta investigación y se expresan en el flujograma de objetivos, categorías y subcategorías (Figura 1).

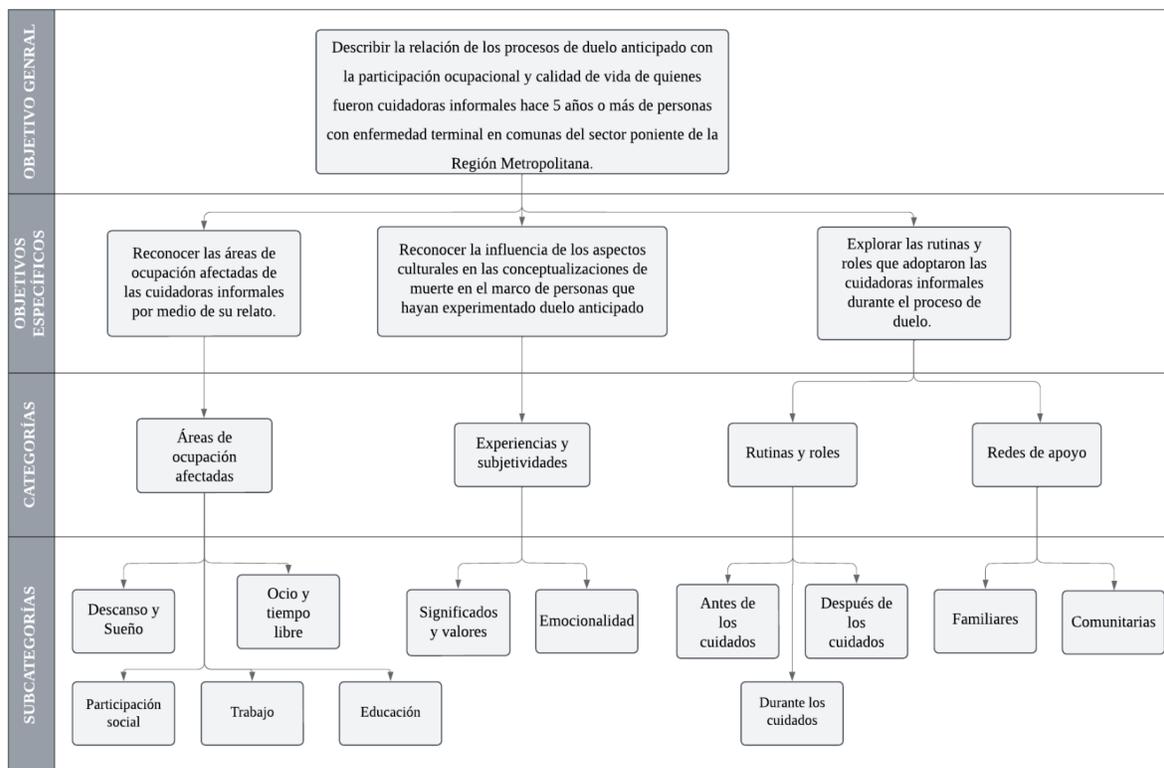


Figura 1. Flujograma de objetivos, categorías y subcategorías.

Áreas de la ocupación afectadas

Se analizaron seis áreas: descanso y sueño, ocio y tiempo libre, trabajo, educación y, por último, participación social.

Descanso y sueño

En lo referido a descanso y sueño, la gran mayoría de las entrevistadas manifestaron cambios significativos, ya que, al ser cuidadoras principales, su rol también involucraba acompañar y asistir a la persona cuidada durante la noche.

En la noche no dormía, estaba preocupada de ella porque ella así en las noches se levantaba, en el día no quería levantarse. ¡Claro! si había pasado toda la noche en vela (E4).

Algunas de las entrevistadas manifiestan que pese al cansancio que sentían no podían conciliar el sueño:

Yo podía estar muerta de cansancio, pero de verdad no dormía (E3).

También respecto a esta categoría dos de las entrevistadas tuvieron que recurrir a ayuda/complemento farmacológico para poder dormir mientras realizaban los cuidados. Una entrevistada hace alusión a qué sucedió con esta área de la ocupación posterior al fallecimiento de la persona cuidada:

Nunca nos dimos cuenta de cuán cansadas estábamos hasta cuando ella se fue (E2).

Ocio y tiempo libre

El ocio y el tiempo libre contemplan a aquellas actividades que la persona realiza de forma voluntaria en base a intereses y motivaciones personales. Estas actividades se dan fuera del marco de las ocupaciones imprescindibles que ejerce la persona, como trabajo, educación, actividades básicas de la vida diaria y descanso/sueño.

En relación con esto, dos entrevistadas (E4 y E5) reconocieron tener, dentro de sus rutinas de cuidadoras, pequeños espacios para ellas mismas en el que pudieran desempeñarse en una actividad distinta al cuidado. En esta línea, tres de las participantes (E2, E3 y E6) confiesan que, hasta la fecha, no han dedicado tiempo al desempeño de actividades de ocio y tiempo libre, y que han tenido dificultades para ello.

Trabajo/educación

Se define como actividad relacionada con la productividad social o económica. Es una de las ocupaciones que se vio alterada de manera global en las cuidadoras entrevistadas.

Tres de siete entrevistadas (E4, E5 y E6) se vieron en la obligación de dejar sus trabajos, mientras que otras tres debieron adaptarse según determinadas circunstancias: por ejemplo, la entrevistada 3 pudo compatibilizar su rol de cuidadora con el de profesora, ya que empezó a impartir clases en línea, esto también sujeto a la situación pandemia por COVID-19. Otras adaptaciones que debieron seguir las entrevistadas fue la reducción horaria (E6) y la planificación familiar para continuar trabajando (E2). La participante más joven de esta investigación (E7) mencionó no trabajar ni antes ni después de los cuidados, pero sí dejó de estudiar para poder cuidar de forma completa a su familiar.

Participación social

Corresponde a una de las áreas de ocupación más afectadas, según lo relatado por las cuidadoras. Los motivos de ausencia del involucramiento en este tipo de actividades corresponden a dos factores principales: por un lado, está la imposibilidad de dejar a la persona cuidada con un tercero por falta de redes de apoyo.

Sí, muchas, dejé de hacer muchas cosas [...] tengo poquitas amigas, tengo 3 o 4, que nos visitamos en las casas con nuestros maridos, con nuestros hijos cuando eran pequeños, salíamos hasta de vacaciones juntos, y dejé de invitarlas yo para acá. ¿Ya? Entonces después empecé a dejar de ir a sus casas, eh, iba muy poco, casi a sus cumpleaños y volvía pronto, y como que pedirles permiso a mis hermanos, que alguien se quedara con ellos, pero como que me endosaron “pero si es tu responsabilidad, *po*”, entonces, o “anda, pero vuelve a las 6” (E3).

Otro factor responde a la necesidad de compartir todo el tiempo posible con la persona cuidada ante la inminente sensación de pronta pérdida por el diagnóstico terminal.

Cuando tú sentís que vas a perder a alguien tan importante, como que no *querís* perder tiempo con nadie más *po*, o sea *querís* disfrutarla lo más que *podai*. Entonces yo dejé de ver a mis amistades, no me interesaba como compartir con nadie más. Yo quería estar todo el tiempo con ella, todo lo que más pudiera (E6).

Respecto a esta categoría una de las entrevistadas reconoce y destaca la importancia de poder desempeñarse en esta ocupación durante la labor de cuidados:

No veía prácticamente a nadie. Y eso una, de verdad que la sociabilidad es lo más importante, el más importante, el hecho de poder tener gente con quien uno poder conversar, ayuda mucho cuando uno está en esta situación (E4).

Experiencias/subjetividades

Significados y valores

Los valores se vinculan estrechamente con la existencia misma del ser humano, en cuanto determina y guía su comportamiento. Además de ello, configura las ideas, pensamientos y sentimientos de las personas, influyendo así en su forma de relacionarse con los demás y son guías que orientan acciones y decisiones cotidianas.

En referencia a los valores y significados presentes en el cuidado, en la mayoría de las entrevistas se identifica una fuerte expresión de ellos en relación con la familia.

Respecto a esto, muchas de las cuidadoras se sintieron especialmente motivadas para cuidar a su familiar, dado el significado y vínculo afectivo construido previamente con la persona (E2, E5 y E7). En esta misma línea, gran parte de las entrevistadas muestran un significado en el “deber hacer” o “es lo que me toca hacer”, es decir, existe un aprecio por las cosas que hizo el ser querido en el pasado, sintiéndose en deuda por lo que perciben el cuidado como una manera de “devolver la mano”. (E4, E5, E6, E7).

Entre otros aspectos que motivaron a la labor de cuidados se observa la solidaridad como valor universal de gran importancia para las entrevistadas E1, E6 y E7. Relatan que “lo hicieron de corazón” y por “humanidad mínima”, es decir, a la hora de brindar cuidados, fueron guiadas por un sentido solidario que las motivó a ayudar desinteresadamente.

En relación con las maneras de valorar la vida y su labor, las entrevistadas E4, E5 y E6 consideran que estas experiencias impactaron positivamente en su visión de vida, ya que expresan que aprendieron a “aprovechar más el presente” y “disfrutar más la vida”. Por parte de las entrevistadas E1, E6 y E7 se manifiesta satisfacción y tranquilidad en retrospectiva a la labor de cuidados que desempeñaron. Expresan que dieron lo mejor de sí mismas y que no se arrepienten de haberlo hecho. De manera particular, la entrevistada 3 si bien refiere que también “lo dio todo”, admite que “pudo haber sido más”, siendo la única que da muestra de inconformidad frente al rol, lo que puede atribuirse a sus características particulares.

También se encontró la presencia de valores atribuidos al cristianismo, en específico, a la figura de Dios como forma de entender el valor de la vida y la llegada de la muerte terrenal como una transición a la vida eterna, sirviendo esto de esperanza y consuelo para tres de las entrevistadas (E3, E5 y E7).

Así es como, en definitiva, estos valores y significados son de gran importancia y le otorgan un aspecto prioritario al cuidado de un familiar, incluso por sobre el cuidado de las propias mujeres cuidadoras (E1, E6 y E7).

Emocionalidad

La emocionalidad constituye una parte vital de la experiencia humana. Sin embargo, es importante mencionar que tanto emoción como acción son aspectos que interactúan entre sí y no pueden entenderse separadamente, pues en ello se mezclan factores culturales, sociales, religiosos y morales de las personas.

En los relatos se deja entrever una narrativa emocional, caracterizada por sentimientos de tristeza, ira, frustración y abandono al recordar sus experiencias de duelo anticipado. Todas las entrevistadas, sin excepción, comentan lo doloroso que fue para ellas ver a su familiar deteriorándose producto de su enfermedad; ellas definen el período de los cuidados como una de las experiencias más fuertes y difíciles de sus vidas. Finalizada la etapa de los cuidados, las entrevistadas E1, E3, E4 y E6 manifestaron sentimientos de tristeza atribuidos a la pérdida del familiar y al vacío que significó para ellas dejar de cuidar. En las entrevistas E1 y E3 explícitamente las mujeres declararon que luego de ese evento “su vida ya no tenía sentido”.

En alusión al período de cuidados como tal, algunas de las entrevistadas identificaron una intensa sensación de ahogo y encierro, producto de que debían cumplir todas las labores que demandaban los cuidados sin interrupción, y, en consecuencia, debieron reprimir sus emociones durante dicho período (E3, E4 y E6). De hecho, dos entrevistadas le suman además una sensación de decepción hacia otros familiares, ya que esperaban recibir más ayuda (E3 y E4).

Las entrevistadas aluden a episodios de anestesia emocional (E1, E4, E6 y E7), la que se entiende como momentos de aparente insensibilidad que puede ser una respuesta protectora ante el flujo de emociones que conllevan las demandas del cuidado. Es decir, las cuidadoras al sentirse abrumadas por las responsabilidades y la carga emocional asociada pueden desconectar o reprimir sus emociones como una forma de auto preservación para poder hacer frente a la situación de manera más práctica y racional, lo que se ve mejor reflejado en que la mayoría de ellas aluden a un agotamiento mental y sensación de estrés importantes, que muchas veces se vio mejor tolerado por los sentimientos de afecto y relación agradable con la persona cuidada (E2, E5 y E7).

Resulta relevante destacar lo narrado por la entrevistada 4, quien manifiesta una profunda sensación de rabia, frustración y rechazo hacia la situación a la que se enfrentó, en la que no quería asumir la progresión de la enfermedad de su ser querido. Esto condujo a un fenómeno de despersonalización, en el que ella explica que se “deshumanizó” por un tiempo e incluso trató como muñeca a quien cuidó. En la entrevista 2 también hay señales de “tratar como guagua” a la persona cuidada, encontrando un punto en común en ambos relatos.

Rutinas y roles

Precuidados

El rol de cuidadora, a excepción de una de las entrevistadas, ya era parte del cotidiano de las participantes antes de haber prestado cuidados a sus familiares cuando enfermaron. Algunas de ellas cuidaban de sus hijos u otras personas, dedicando gran parte del día a esta labor, así como también todas realizaban labores domésticas. Tres entrevistadas, además, eran trabajadoras remuneradas. Sin embargo, durante la prestación de cuidados luego del diagnóstico médico de sus familiares, todas ellas renunciaron a su rol como trabajadora y/o delegaron a segundo plano el cuidado de otros para enfocarse en su familiar a tiempo completo.

Durante los cuidados

Los roles de las cuidadoras durante el cumplimiento de su labor se agrupan en cinco grandes áreas.

1. Asistir a la persona cuidada en actividades de la vida diaria básicas, principalmente alimentación, bañarse, vestirse, higiene del baño y del aseo, higiene personal y aseo, y movilidad funcional.

Mudarla, bañarla porque era yo como la única que se atrevía a bañarla (E1).

Sí, entonces era bien difícil mudarlo, bañarlo, y [...] porque ellos eh, eran autovalentes en algunas cosas nomás, ya, podían ir al baño, pero había que ayudarlos a bañarse (E3).

Le daba el desayuno, la cuidaba para que pudiera comer, porque había que darle todo despacito y todo bien licuado porque ella ya no tenía la fuerza para tragar la comida (E5).

2. Asistir a la persona cuidada en actividades de la vida diaria instrumentales, principalmente gestión financiera, gestión del hogar, expresión religiosa, preparación de la comida y limpieza.

Si había que llevarla al pago ella quería que yo la llevara (E1).

Y yo me dediqué solamente a ella, a mantener su casa, el lugar que ella habitaba [...] Ella era una persona muy católica, muy católica y me pedía a mí que todos los días le rezara el rosario (E5).

Yo les preparaba su alimento como correspondía, porque mi mamá era diabética y bueno, todos sus alimentos eran especiales (E6).

3. Asistir a la persona cuidada en actividades de ocio y tiempo libre.

Nos necesitaba a todas horas, desde compañía porque la gente se le olvida, ay que ponte tú, cuando las personas están enfermas también necesitan cuidado, conversar, estimular su imaginación (E2).

Bueno, y como te digo, ella quería que yo estuviera aquí con ella. Entonces yo ya tejía, le conversaba, de repente dibujamos, pintábamos tipo mandalas (E4).

4. Asistir a la persona cuidada en gestión de la salud, es decir, manejo de síntomas y afecciones, manejo de medicamentos, manejo de dispositivos de cuidado personal y comunicación con el sistema de salud.

Si había que llevarla al médico, ella quería que yo la llevara (E1).

Yo le tenía a cada uno sus cajas de remedios, sus cosas, con nombre, con hora, con todo, entonces por si a mí se me olvidaba algo, o yo les decía siempre, si me pasaba algo, eh, ahí estaba todo (E3).

Yo le daba sus medicamentos a la hora que correspondía (E5).

Y yo la llevaba al médico (E6).

Yo era la que estaba todo el día con ella, toda la noche, me preocupaba de sus remedios, de acompañarla al médico, eh todo, todo, los exámenes, todo eso lo hacía yo (E7).

5. Cumplir con tareas y roles asociados a su propio hogar, como cocinar o realizar aseos, así también el cuidado de otras personas de su núcleo familiar, hijos, por ejemplo, el que muchas veces debió ser relevado a esposos u otros familiares.

Entonces yo cuando llegaba [refiriéndose a su casa], eh, cocinaba, ¿ya? echaba a lavar la ropa, eh, aseo hacía el fin de semana, mis hijos menos mal que ya estaban grandes entonces no hacía tareas con ellos (E3).

Postcuidados

Respecto a los roles posteriores al cuidado, todas las entrevistadas relatan que retomaron ocupaciones que realizaban y que se perdieron al ejercer este rol de cuidadora. Se recuperaron ocupaciones ligadas a lo laboral, educación, descanso y sueño, y participación social.

Retomé mis amistades, las salidas que hacíamos habitualmente, que no sé por las salidas que hacíamos a fin de mes nos juntábamos, a veces en mi casa, en la casa de mis amigas o íbamos a algún lugar (E5).

Tres entrevistadas (E1, E2, E3) hacen mención a la sensación de “no saber qué hacer” cuando la persona cuidada fallece.

Nunca nos dimos cuenta de cuán cansada estábamos hasta cuando ella se fue, [...] fue como y ¿ahora qué vamos a hacer?, era como, teníamos tiempo libre (E2).

Entonces, eh, después de sentirme como que no tengo a nadie más que cuidar yo decía “ohh, ya” lo primero que hice tomé más horas en el colegio (E3).

Sin embargo, la entrevistada 1 menciona lo compleja que fue esta nueva realidad para ella, mostrando lo distintos que son los procesos de adaptación para cada cuidadora.

Hice todos los trámites y después llegó la realidad. Ya no sabía qué hacer. Ya no tenía sentido mi vida. Estuve como que, después me vino como el duelo. Y ahí estuve muy mal (E1).

La mayoría de las entrevistadas señala tener más tiempo para sí mismas y preocuparse más por ellas, valorando su rol de cuidadora y buscando nuevas actividades que realizar según sus intereses personales.

Empecé a hacer cosas por mí, ahí recién empecé como a darme el tiempo para mí, terminé de estudiar, hice un curso de manicurista que estuve trabajando en eso también (E1).

Ahora ya estando acá, ya me dediqué más a mí, me di mi tiempo. Me dediqué a ver si encontraba un pololo, pero sí *po'* cuesta, cuesta retomar la vida normal nuevamente (E5).

La verdad es que me siento más tranquila y me prometí a mí misma cuidar de mí ahora, porque... sí, me dejé mucho de lado, dejé muchas cosas de hacer por mí, mientras cuidaba de ellas (E6).

Asimismo, cuatro de las entrevistadas han seguido en su rol de cuidadora, dos de ellas de manera informal, cuidando nuevamente a un familiar, y dos que decidieron volver del cuidado su profesión.

El año pasado terminé, salí de cuarto medio, di la PAES [Prueba de Acceso a la Educación Superior], hoy en día estoy estudiando técnico en enfermería, porque siento que esa es mi vocación, ayudar (E1).

Redes de apoyo

Para esta investigación las redes de apoyo se subdividieron en dos categorías: *familiares*, comprendidas como aquellas ayudas provenientes de personas con algún vínculo sanguíneo o político con la persona cuidada, y *comunitarias*, entendidas como apoyo por parte de instituciones, ya sea de la salud, educacionales, religiosas u otras sin fines de lucro.

Familiares

La mayoría de las entrevistadas señala haber recibido algún tipo de ayuda económica o en actividades de la vida básica instrumentales por parte de familiares (E1, E2, E3, E4, E5 y E7).

La mayoría de los familiares eran como muy adultos, nos ayudaban de otra manera, o sea, nos llevaban almuerzo a nosotras o nos llevaban verduras, cosas para preparar papilla (E2).

No obstante, aquellas entrevistadas que asumieron cuidados de mujeres y hombres mayores (E3, E4, E5, E6), en su mayoría madres y padres, se constituyeron como cuidadoras principales por sobre los demás hijos de la persona enferma, asumiendo el rol de forma completa y solo recibiendo apoyo económico y/o prestaciones de cuidados de forma esporádica por parte del resto de la familia.

Era el cometa Halley [refiriéndose a su hermano]; llegaba, “hola mami, ¿cómo *estai*”? Y qué sé yo. “¿Cómo *tai*”?”, eh, “voy a pasar al baño”, eh, “yo veo que está re bien mi mami”, dice. ¡Claro que está bien!, porque yo me preocupó de lavarla, limpiarla, cuidarla, alimentarla. O sea, claro, todo el que viene afuera la ve limpiecita, bonita, sentadita ahí, tranquilita, pero yo necesito que alguien se haga cargo de ella un día entero para poder yo salir, hacer mis cosas, poder ir a la casa a regalonear con mi nieto que estuvo en la casa de mi hijo y no. Eh, “no es que no puedo, es que no tengo tiempo porque aquí, que...”, miles de excusas. Entonces él entraba, salía, estaba 5-10 minutos y ya se tenía que ir (E4).

Por otro lado, solo una de las entrevistadas menciona no haber tenido ningún tipo de ayuda.

Y sí, fue bastante sacrificado, porque de la tía no tuve ayuda de nadie. Tuve que cuidarla sola y llevarla a donde quisiera (E6).

Comunitarias

En relación con la prestación de servicios del sistema de salud público, tales como el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa, atención en CESFAM, COSAM, hospitales públicos, entre otros, más de la mitad de las entrevistadas mencionan haber sido beneficiarias (E1, E2, E3, E4, E6 y E7). Sin embargo, sienten que la ayuda no fue suficiente:

El equipo postrado, creo que una vez me invitaron a una charla y que, pucha, nos hablaban maravillas de que tenían esto, tenían esto otro, y nosotros nunca recibimos un apoyo de nadie, *po*, ni un psicólogo, ni un orientador, nada, nada. Solamente que iban a ver a mi mamá, el kinesiólogo, el médico, el podólogo, la nutricionista, eso, pero en sí como para ayudar para el cuidador nada, nada de nada (E4).

Discusión

La indagación dio respuesta al objetivo planteado de describir la relación de los procesos de duelo anticipado con la participación ocupacional y calidad de vida de quienes fueron cuidadoras informales hace cinco años o más. Se evidencia que el proceso de duelo anticipado provoca procesos de dolor y desgaste emocional, social y físico en las cuidadoras.

Estos últimos se atribuyen a la labor de cuidado informal, que culmina en cambios en la participación ocupacional y calidad de vida de las mujeres.

Es tal el involucramiento en la actividad de cuidado que se produce una especie de anestesia emocional, donde las cuidadoras no tienen la posibilidad de manifestar sus emociones o pensamientos, debido también a la falta de redes de apoyo y contención emocional durante el período de cuidados. Es por lo mismo que, posterior a esto, se produce una sensación de “vacío post cuidado”, que suele ser transitorio, para retomar las ocupaciones que realizaban previo a los cuidados o incursionar en nuevas.

En cuanto al estado emocional, los cuidadores informales siempre aportan de sí mismos para brindarle la atención, percibiendo que algunas veces sienten haber perdido el control de su vida desde que su familiar se enfermó. La eficacia del rol y las relaciones sociales algunas veces se manifiestan, mientras que las relaciones interpersonales nunca se logran, al no tener el tiempo suficiente.

El rol de cuidado hacia una persona en situación de dependencia al final de la vida se configura como un proceso que puede ser fuente de estrés y sobrecarga emocional, reconocido en los trabajos citados. Esto concuerda con lo expresado en los resultados, destacándose una narrativa caracterizada por sentimientos de tristeza, ira, frustración y dolor. ⁽⁷⁾ Por ejemplo, Fernández y Herrera señalan que cuidar puede convertirse en una tarea exigente, que provoca fatiga, desgaste emocional y físico, llegando incluso a una sobrecarga que compromete el bienestar de la cuidadora y que provoca alteraciones en su calidad de vida, ⁽¹⁰⁾ como se detalló en los resultados expuestos. Del mismo modo, Fonseca ⁽⁸⁾ plantea que las exigencias asociadas al rol de cuidadora principal tienen como consecuencia un desequilibrio ocupacional, lo que coincide con los resultados de esta investigación que muestra cambios significativos en los patrones de desempeño de las entrevistadas, ligados principalmente a las ocupaciones de descanso y sueño y participación social, debido a una reestructuración de la rutina en favor de la persona cuidada, llevando a una postergación de ellas mismas. ⁽⁸⁾

En relación con lo anterior, la literatura hace constante referencia a una reestructuración familiar completa frente al cuidado que debe ser otorgado. ^(3, 7) Los resultados de esta investigación señalan que la reestructuración ocurre principalmente de forma única respecto a la vida de la cuidadora principal informal, incluso cuando existen otros familiares directos de la persona. Esto se relaciona con la falta de interés de estos por cuidar a su familiar o desentenderse de la situación al saber que hay alguien más cuidando.

Esta situación se condice con la disposición histórica de la feminización de los cuidados marcada por una narrativa desde el deber-hacer por ser mujeres, provocando que las labores de cuidado y todas las implicancias que trae consigo asumir este rol recaigan casi en su totalidad en ellas. ^(8, 9, 10, 14) En Chile, la situación no es distante, ya que el rol de cuidador en nuestro país es realizado en su mayoría por mujeres familiares, ⁽¹¹⁾ quienes se reconocen como cuidadoras informales. En el relato de las entrevistas, ellas hacen alusión al carácter empático femenino, al hecho de dar la vida, además del sentimiento innato de querer hacerse cargo para proteger a la familia.

La empatía que adquiere la cuidadora por el sufrimiento y deterioro físico y cognitivo que va desarrollando la persona cuidada, como consecuencia de pasar gran parte o todo el día con ella, según Aponte et. al, podría reducir el dolor emocional después del fallecimiento de la persona cuidada, asimilando la muerte como un acto resolutivo. ⁽⁵⁾

Lo anterior puede estar relacionado con la concentración de responsabilidades en torno al cuidado de la persona enferma. La sensación de culpa que pueden llegar a sentir las cuidadoras al dejar de ejercer labores de cuidado por empatizar con el sufrimiento de su ser

querido podría generar en la cuidadora no querer dejar este rol. ⁽⁵⁾ Esto, al igual que la feminización de los cuidados, puede contribuir a que los otros familiares asuman un rol más pasivo sobre los cuidados, situación que más de la mitad de las entrevistadas mencionaron.

Se expresa, en el describir de lo cotidiano por estas mujeres, sentir el peso de la no valoración por parte su entorno social, de sus espacios de ocio y tiempo libre. Esto está estrechamente relacionado con lo que ha sido referido como la feminización de los cuidados, en donde las rutinas de las mujeres cuidadoras no tienen una distinción clara entre trabajo no remunerado y ocio, ya que el ocio en muchos casos no solo es considerado innecesario, sino además un obstáculo para el cumplimiento de los roles del género femenino.

Conclusión

Es relevante que, al momento de enfocar el trabajo de salud, no se dirija únicamente a la persona que padece alguna enfermedad, sino también a las cuidadoras, pues ellas se enfrentan a escenarios complejos y demandantes a nivel físico y emocional, que deterioran su calidad de vida. El cuidado conlleva que las personas vivan un duelo anticipado, en el que suprimen sus emociones para dedicarse por completo a la otra persona que vivencia la enfermedad.

Las experiencias de estas cuidadoras informales demuestran que la participación satisfactoria en diversas áreas de la ocupación se encuentra alterada, por lo que la terapia ocupacional puede involucrarse para prevenir o compensar este desequilibrio, en favor del bienestar de quienes cuidan.

Es importante continuar investigando acerca el impacto del rol de cuidadora informal, enfocándose, por ejemplo, en áreas como las actividades de la vida diaria. En esa línea, proponer e implementar programas de intervención desde la profesión, y contribuir en el desarrollo de políticas públicas que abarquen sus necesidades de manera efectiva. Se refleja la necesidad de soporte económico a nivel del equipo de salud especializado en el cuidado integral de las personas al final de la vida y sus cuidadoras. Además, visibilizar la carga de los cuidados, conocer sobre los efectos que provoca y reconocer el rol histórico de las mujeres en cuanto al cuidado.

Como limitaciones del estudio, cabe señalar que las entrevistas de las participantes no se realizan de manera sistemática, sino a través de varios encuentros por lo que sus aportaciones tuvieron que ir reconstruyéndose y, finalmente, por medio de la recopilación de las observaciones de las investigadoras, posteriormente, se consensuó y completaron las categorías de análisis.

Referencias bibliográficas

1. Briceño Ribot C. Necesidades de cuidados al final de la vida en personas mayores con dependencia por condiciones crónicas desde la perspectiva de los cuidadores informales y profesionales de la salud: un reto a nuestro actual sistema sanitario [Tesis de Maestría]. Santiago, Chile: Universidad de Chile;2017. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/175461>
2. Alonso L, Ramos M, Barreto P, Pérez M. Modelos Psicológicos del Duelo: Una Revisión Teórica. *Calidad DE Vida y Salud*. 2019;12(1):65-75. <http://revistacdvs.uflo.edu.ar/index.php/CdVUFLO/article/view/176>

3. García Hernández AM, Rodríguez Álvaro M, Brito Brito PR, Fernández Gutiérrez DA, Martínez Alberto CE, Marrero González CM. Duelo adaptativo, no adaptativo y continuidad de vínculos. *Rev Ene Enferm.* 2021;15(1):1242. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2021000100001
4. Calabuig K, Lacomba-Trejo L, Pérez-Marín M. Duelo anticipado en familiares de personas con enfermedad de Alzheimer: análisis del discurso. *Av Psicol Latinoam.* 2021;39(2):1-17. doi: 10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.8436
5. Biblioteca del Congreso Nacional. *Ley fácil: Reconocimiento y protección de los derechos de las personas con enfermedades terminales y el buen morir* [Internet]. Santiago, Chile: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile; 2023. Disponible en: <https://www.bcn.cl/portal/leyfacil/recurso/reconocimiento-y-proteccion-de-los-derechos-de-las-personas-con-enfermedades-terminales-y-el-buen-morir>
6. Aponte V, Valdivia F, Ponce F, García F. Duelo anticipado y afrontamiento al estrés en cuidadores informales de personas de la tercera edad. *Liberabit.* 2022;28(2):e621. doi: 10.24265/liberabit.2022.v28n2.621
7. Hernández E, Llibre JD, Bosch R, Zayas T. Demencia y factores de riesgo en cuidadores informales. *Rev Cub Med Gen Integr.* 2019;34(4):53-63. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252018000400007&script=sci_arttext&tlng=pt
8. Fonseca I. Influencia del género en la salud de las mujeres cuidadoras familiares. *Rev Chil Ter Ocup.* 2020;20(2):211-219. doi: 10.5354/0719-5346.2020.51517
9. Grandón D. *Lo personal es político: experiencias de mujeres cuidadoras informales de personas adultas en situación de dependencia, en Santiago de Chile* [Tesis de Maestría]. Santiago, Chile: Universidad de Chile; 2019. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/175934>
10. Fernández M, Herrera M. El efecto del cuidado informal en la salud de los cuidadores familiares de personas mayores dependientes en Chile. *Rev Méd Chile.* 2020;148(1):30-36. doi: 10.4067/S0034-98872020000100030
11. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. *Encuesta de Bienestar Social* [Internet]. Santiago, Chile: Gobierno de Chile; 2021. Disponible en: <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-bienestar-social-2021>
12. Chile. Ley 21.380 de 12 de octubre de 2021. *Reconoce a los cuidadores o cuidadoras el derecho a la atención preferente en el ámbito de la salud.* Biblioteca del Congreso Nacional, 2021. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1166847>
13. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. *Presidente Boric entrega las primeras Credenciales de Personas Cuidadoras: Desde hoy podrán identificarse a través del Registro Social de Hogares* [Internet]. Santiago, Chile: Gobierno de Chile; 2022. Disponible en: <https://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/noticias/presidente-boric-entrega-las-primeras-credenciales-de-personas-cuidadoras-desde-hoy-podran-identific>

14. Vaquiro S, Stieповich J. Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Cienc Enferm.* 2010;16(2):9-16. Disponible en: https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n2/art_02.pdf
15. Parro-Jiménez E, Morán N, Gesteira C, Sanz J, García-Vera M. Duelo complicado: una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y de protección en población adulta de España. *An Psicol.* 2021;37(2):189-201. doi: 10.6018/analesps.443271
16. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la investigación.* 6ª ed. México D.F.: McGraw Hill Education; 2014.
17. Santos Y. ¿Cómo se pueden aplicar los distintos paradigmas de la investigación científica a la cultura física y el deporte? *Rev Electrón Cienc Innov Tecnol Deport.* 2010;(11):1-10. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6174061.pdf>
18. Oficina de Estudios y Políticas Agrarias. Región Metropolitana de Santiago [Internet]. Santiago, Chile: Gobierno de Chile. Disponible en: <https://www.odepa.gob.cl/estadisticas-del-sector/ficha-nacional-y-regionales>
19. American Occupational Therapy Association. *Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso.* Barrios Tapia S, Figueroa Burgos C, Hidalgo Beltrán L, Llanos Castro F, Naranjo Figueroa C, Ocampo Alegría N, et al., traductores. 4ª ed. Concepción, Chile: Universidad San Sebastián; 2020.

Disponibilidad de datos: El conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio no se encuentra disponible.

Contribución de los autores (Taxonomía CRediT): 1. Conceptualización; 2. Curación de datos; 3. Análisis formal; 4. Adquisición de fondos; 5. Investigación; 6. Metodología; 7. Administración de proyecto; 8. Recursos; 9. Software; 10. Supervisión; 11. Validación; 12. Visualización; 13. Redacción: borrador original; 14. Redacción: revisión y edición.

P. M. G. ha contribuido en 1, 2, 3, 5, 6, 13; A. F. P. J. en 1, 2, 3, 5, 6, 13; I. E. C. en 1, 2, 3, 5, 6, 13; A. K. G. en 1, 2, 3, 5, 6, 13; L. R. C. en 1, 7, 10, 11, 14.

Editora científica responsable: Dra. Natalie Figueredo.