

Recibido: 6/4/20 Aceptado: 13/8/20

INVESTIGACIÓN

Percepción del cuidador familiar acerca de la práctica del cuidado

Family caregiver's perception of the practice of elder care

Velasco Asdrúbal (Dr.)

Profesor Titular a Dedicación Exclusiva. Escuela de Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida – Venezuela. Magister en Educación Abierta y a Distancia (UNA). Doctor en Ciencias Humanas (ULA). Miembro activo del Grupo de Investigación “Historia y Pensamiento Enfermero”.

Correo electrónico: asdrubalvelasco49@gmail.com

RESUMEN

El cuidador familiar de un adulto mayor dependiente se enfrenta a situaciones complejas que pueden deteriorar su salud. El desgaste tanto físico y emocional se hace cada vez más evidente si no es capaz de aplicar ciertas estrategias o de lograr la participación de otros familiares. El propósito de la investigación se centró en evaluar la percepción del cuidador familiar acerca de la práctica del cuidado brindado al adulto mayor. Es una investigación con enfoque cualitativo apoyada en la fenomenología y las representaciones sociales como métodos de indagación, y asumida en las acciones sociales que produjeron 23 cuidadores familiares como población diana. La información se obtuvo a través de entrevistas a profundidad con un cuestionario de preguntas semi-estructuradas, siguiendo lo descrito por Martínez Migueles y bajo la teoría de las Representaciones Sociales. Los resultados obtenidos muestran que el significado del cuidado en el cuidador familiar, se construye a través de contribuciones, alcances, cuidados, reconocimientos y actitudes que se realizan con el adulto mayor, por lo que se hace necesario comprender que cuidar envuelve y comparte la experiencia humana a través de una relación transpersonal y de respeto, aspectos que sirven para mejorar los procesos de cuidado en cualquier situación de salud que tenga la persona. En conclusión, el cuidador familiar posee una percepción satisfactoria acerca del cuidado y la representación social se encuentra formada a partir de las actividades que el cuidador las hace inteligibles.

Palabras clave: cuidador familiar, adulto mayor, perfil de salud, perspectiva cualitativa.

ABSTRACT

The family caregiver of a dependent older adult faces complex situations that can impair his or her health. The physical and emotional wear and tear becomes increasingly evident if you are not able to apply certain strategies or to engage other family members. The purpose of the research was to assess the family caregiver's perception of the practice of caring for the elderly. It is a qualitative research based on phenomenology and social representations as methods of inquiry, and assumed in the social actions that produced 23 family caregivers as target population. The information was obtained through in-depth interviews with a questionnaire of semi-structured questions, following what was described by Martínez Migueles and under the theory of Social Representations. The results obtained show that the meaning of care in the family caregiver, is built through contributions, scope, care, recognition and attitudes performed with the older adult, so it is necessary to understand that caring involves and shares the human experience through a transpersonal relationship and respect, aspects that serve to improve the processes of care in any health situation that the person has. In conclusion, the family caregiver has a satisfactory perception about care and social representation is formed from the activities that the caregiver makes intelligible.

Key words: family caregiver, older adult, health profile, qualitative perspective.

— INTRODUCCIÓN

El comportamiento de un familiar, ya sea sano, enfermo o discapacitado, no siempre es fácil de comprender e incluso para los profesionales de enfermería. Para entrar en el mundo del familiar que cuida, debemos ampliar nuestra percepción de la realidad, ya que mientras más amplia sea, estaremos en mejor capacidad de acompañar al cuidador y al familiar en su proceso. Por lo que un aspecto considerado en cualquier investigación es la calidad de la información recopilada.

La perspectiva cualitativa persigue el saber de los procesos de identidad de los sujetos teniendo en cuenta el valor del discurso emitido¹. Una investigación posee consistencia interna cuando el procedimiento y validación de la información recabada, se puede extrapolar a diferentes ambientes y situaciones relacionadas con la salud². Asimismo, posee fiabilidad cuando refleja la coherencia de las observaciones de los grupos focales con las respuestas u observaciones proporcionadas³.

En este sentido, el significado de la contextualización de una investigación debe estar relacionado con la experiencia en el área de la temática tratada. Tal es el caso, cuya experiencia en enfermería comunitaria, fue trascendental. El nivel de comprensión, los medios de información y el ambiente se justificó con la participación activa del investigador en el momento de recolectar la información. Por lo que el grado de homogeneidad fue alto; las respuestas recabadas coincidieron en muchos aspectos, y la saturación se alcanzó una vez comenzada la repetición de la información por parte de los entrevistados⁴.

Lo que a continuación se describe forma parte de los resultados de una investigación relacionada con la interpretación de la percepción de 23 cuidadores familiares sobre el cuidado que se brindó a los adultos mayores residenciados en comunidades adscritas al Ambulatorio Urbano III “Belén” de Mérida, Venezuela, es decir, se buscó interpretar desde la perspectiva de los cuidadores la construcción del conocimiento producto de la acción del cuidado brindado al adulto mayor en el hogar.

— METODOLOGÍA

Se presenta una investigación de carácter cualitativo e interpretativo donde los datos obtenidos determinaron el perfil de salud de los cuidadores familiares y adultos mayores. Tiene como base la fenomenología y las representaciones sociales, considerando el contexto en su totalidad y las relaciones que se establecen entre el cuidado brindado por el cuidador familiar (objeto) y el adulto mayor (sujeto).

La población estuvo conformada por 23 cuidadores familiares como informantes claves a conveniencia del investigador, cuyo proceso fue cumpliéndose hasta llegar a la saturación de la información. La estrategia utilizada para ubicar al cuidador familiar fue la visita “casa a casa”, con la referencia del equipo de salud del Ambulatorio Belén, la cual en la práctica comunitaria, permite ejercer de manera directa la búsqueda de personas con factores de riesgo y que puedan ser

incluidos en el programa de visita domiciliaria. Fue elegida de manera intencional empleando el conocimiento y la opinión personal para identificar aquellos cuidadores que debieron ser incluidos en la muestra y se basó primordialmente en la experiencia, así como en su voluntad de participación.

Se consideró que el género fuera indistinto, ya que podían ser parte de la población diana cualquier cuidador familiar indistintamente de la naturaleza, la residencia mayor de un año en el área de influencia de la red ambulatoria seleccionada y ser cuidador familiar del adulto mayor por lo menos 6 meses o más.

El autor diseñó y aplicó un instrumento, el cual fue validado a través de la técnica de juicio de expertos; estructurado en 3 partes que evaluaron el perfil de salud y nivel de sobrecarga del cuidador familiar del adulto mayor, el perfil de salud y capacidad funcional para las actividades instrumentales de la vida diaria del adulto mayor, y la interpretación a través de una guía del moderador del grupo focal previamente diseñada, el surgimiento de la información de la percepción que posee el cuidador familiar del adulto mayor acerca de la práctica del cuidado brindado. Para obtener la información se empleó la técnica de los grupos focales mediante la entrevista grupal semi-estructurada, la cual giró alrededor de la temática propuesta por el investigador.

Finalizada la grabación de la sesión del grupo focal se transcribió la información en hojas enumeradas y se describió las referencias de manera que se facilitara su extracción; las porciones se dividieron en unidades temáticas de acuerdo a la idea o concepto central, de manera que diera pie a la formación de las categorías y subcategorías, y luego se procedió a identificar las sub-categorías o atributos, cada una con sus distintas propiedades basada en las áreas establecidas.

Luego se realizó la reducción de la información, seleccionando y agrupando 500 fragmentos textuales en registros de análisis, a los cuales se les asignó un código, obteniéndose 16 códigos en total, agrupándose en categorías, cada una con sus respectivas sub-categorías emergentes. Las categorías fueron las siguientes: *Tiempo a cargo del cuidado, motivos para la responsabilidad del cuidado, apoyo de otros miembros de la familia, cuidados que más requiere el adulto mayor, cuidados que más les dificulta para ayudar al adulto mayor en el hogar, ayuda o apoyo de los vecinos, cuidados brindados, si fueron adecuados o efectivos, apoyo del equipo de salud del ambulatorio para ayudar en el cuidado, requerimiento de más cuidados, creencias del adulto mayor que pueda influenciar en el cuidado que se les provee, cansancio por atender al adulto mayor en casa, obligación en el suministro de cuidados al adulto mayor, experiencia en la práctica del cuidado y la relación con los familiares del adulto mayor que cuida*. De los testimonios analizados, se culminó con la interpretación de las mismas teniendo en cuenta el marco teórico como sustento científico y aplicando el razonamiento inductivo-deductivo para la caracterización de la información.

La evaluación de los resultados fue básicamente inductiva-deductiva, ya que los aspectos más importantes e interesantes siguieron el juicio subjetivo como investigador con base a la Representación Social⁴, por lo que se asumió que las acciones sociales se producen en los cuidadores familiares, según su forma de percibir, entender, interpretar, juzgar y organizar su mundo.

— RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En cuanto a la distribución por edad y género una quinta parte de los cuidadores familiares se encuentran en el grupo de 45 y más años y la mayoría son de género femenino, para una razón de mujeres cuidadoras con respecto a los hombres de 3/1; la mitad de los cuidadores están casados y más de la mitad son hijos, y en cuanto a la iniciativa para la prestación de ayuda, en la mayor parte de los casos procede del propio cuidador y en un segundo término se trata de una decisión familiar.

Con relación al nivel de instrucción y el tiempo de cuidado, cerca de un tercio de los cuidadores familiares son profesionales y tiene más de 4 a 6 años cuidando al adulto, ocupando más de 12 horas diarias de cuidado; más de mitad de la población tiene una situación laboral activa mientras que cerca de la mitad no son económicamente activos.

Los resultados muestran que la habilidad de cuidado en general, se encuentra poco desarrollada, y que no tiene asociación con el grado de dependencia. Se evidencia que a mayor tiempo de cuidado, los cuidadores reflejan más compromiso y disposición para hacerlo. A diferencia de lo que describe Rojas⁵, al señalar que “a mayor tiempo de cuidado reflejan menos paciencia”. La persona que por cronicidad ha llegado a la dependencia, generalmente requiere de un cuidador o una persona que supla algunas o todas sus necesidades cotidianas y la apoye física, emocional y espiritualmente.

Se evidenció que a medida que pasó el tiempo el cuidador familiar desarrolló habilidades con base al grado de compromiso con el cuidado del adulto mayor. Cuando el cuidador toma la determinación de cuidar al adulto mayor, no proyecta cuánto tiempo pueda durar ejerciendo éste rol, lo que permite la creación de una relación única. Esto se aprecia en el sentido de que los cuidadores familiares en su mayoría, a pesar del tiempo de cuidado, manifestaron su compromiso con el familiar.

En este sentido, el cuidado es multidimensional, con componentes de actitud y elementos cognitivos; con potencial para cuidar presente en todos los individuos; el cuidado se puede aprender, y que el cuidado es cuantificable⁶. El cuidado compromete la participación humana, y con ella el cuidador desarrolla habilidades en el cuidado de su familiar y de sí mismo. El perfil típico de la persona cuidadora principal es el de una mujer, ama de casa, con una relación de parentesco directa (por lo general, madre, hija o esposa) y que convive con la persona a la que cuida⁷. El género, la convivencia y el parentesco son las variables más importantes de cara a predecir qué persona del núcleo familiar va a ser la cuidadora principal. El hecho de que la atención informal sea mayoritariamente femenina pone de manifiesto las cargas diferenciales de cuidado entre hombres y mujeres⁸. Sin embargo, el colectivo de cuidadores está compuesto también por un variado número de personas de muy diferente perfil. Se trata de un colectivo heterogéneo y en el que, por supuesto, existen varones que también desempeñan estas tareas.

Puede observarse la forma en que la sociedad ha cambiado con el transcurso de los tiempos, de una sociedad donde la figura principal y más respetada era el adulto mayor a quien se le solicitaba

consejos y eran escuchados, a la presente que es totalmente a la inversa. A esta edad aumentan los gastos farmacológicos y los cuidados personales y la sociedad no le da oportunidad de obtener un mayor ingreso. Es por esto que muchas veces la familia no está dispuesta a aceptar pérdidas o gastos ocasionados por el adulto mayor, y lo único que desean muchas veces, es dejarlos en algún centro asistencial para que se hagan cargo. En el caso que el paciente se quede en una institución de atención al adulto, existe el riesgo a quedar en abandono por parte del familiar.

En cuanto a la capacidad funcional limitada como elemento para brindar los cuidados al adulto mayor, la familia en su rol de cuidadora tiene como objetivo mayor seguridad emocional y mayor intimidad, evitando los problemas psicopatológicos de la institucionalización tales como la despersonalización, el abandono, la negligencia, la medicalización exagerada y falta de afecto⁹. En tal sentido, con la aplicación del Test de Zarit¹⁰, más de la mitad de los cuidadores familiares presentaron sobrecarga intensa, situación que se desarrolla a través del tiempo y se presenta en las personas que asumen el cuidado en particular de una persona que presenta algún tipo de limitación o dependencia, y se va desarrollando paulatinamente al ir asumiendo actividades que implican de manera continua carga física y psíquica¹¹. El cuidador familiar busca el máximo bienestar para el adulto mayor, y queda reflejado el grado de compromiso con el familiar en vista de que la capacidad funcional está limitada para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria. Se aprecia además, el interés por unas relaciones positivas con el adulto, enfatizando la autodeterminación y la independencia en la medida de lo posible.

Con relación al perfil de salud y capacidad funcional para las actividades instrumentales de la vida diaria del adulto mayor, existe una razón de ancianas con respecto a los ancianos de 3/1; más de la mitad tienen pareja y el resto son solteros, viudos o divorciados, lo que demuestra el alto índice de dependencia de sus hijos o de otro familiar. De igual manera, casi la totalidad de los adultos mayores tienen alguna patología asociada, de los cuales un poco más de un tercio son diabéticos más hipertensos. Todas estas enfermedades son crónico - degenerativas lo que hace tender a la dependencia de otras personas para sus cuidados. En este sentido, las actividades instrumentales de la vida diaria estarían muy limitadas sobre todo, las que requiere de mayor esfuerzo físico, por lo que la ayuda del cuidador familiar en este momento, cobra mayor importancia. Esto se enfatiza con cerca de la mitad de los adultos mayores que son dependientes, un tercio de ellos dependientes intermedios y el resto independientes.

Igualmente, el proceso de envejecimiento y el cúmulo de pérdidas psicosociales que acontecen durante la vejez parecen determinar en algunos adultos mayores su incapacidad para percibir sus competencias y habilidades y desde luego, los aspectos positivos del entorno que les rodea y de la vida en general. Por esto se hace necesario el análisis de la multidimensionalidad del bienestar desde la perspectiva de relación de ayuda por el cuidador, con el propósito final de contribuir con el funcionamiento físico, mental y social del familiar.

Las necesidades básicas como la alimentación, se ven generalmente afectadas por la capacidad funcional. Los adultos mayores por diferentes factores no tienen un adecuado acceso

y consumo de alimentos, aspecto que puede considerarse como un factor de riesgo de su estado de salud, lo que contribuye a los procesos de fragilización en esta etapa. Dichos cambios que el adulto mayor experimenta, pueden ser modificados por los deficientes patrones de alimentación, contribuyendo a una mayor predisposición a infecciones y a enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento lo que disminuye la calidad de vida¹².

Se establece como subcategoría para el apoyo de otros miembros de la familia en el cuidado del adulto mayor, la relación de ayuda familiar con sus respectivos códigos; se aprecia la relación de ayuda relacionada con el apoyo de la familia que implica la distribución de las tareas, del acompañamiento y del aporte económico y material. La relación de ayuda se refiere al conjunto de personas con las que interacciona el adulto mayor, a las características de los vínculos que se establecen entre ellas, así como a las interacciones que se producen a través de dichos vínculos. También se refiere de forma global al conjunto de redes e interacciones el término integración social¹³. Mientras que el apoyo social es concebido como un complejo constructo que tiene tres dimensiones: estructura, función y percepción de calidad¹⁴.

Al hablar de cuidados que más requiere el adulto mayor, necesariamente hay que hacer referencia de la satisfacción de las necesidades por parte de otra persona. El brindar atención implica ejercer un acto, en este caso, proporcionado por la familia. Éste acto posee elementos de fe, esperanza, amor, inclinación, juego y aprendizaje¹⁵. La mayoría de los cuidadores familiares provee cuidados al adulto mayor en el hogar. Todos de alguna manera colaboran con las tomas del medicamento, higiene personal y con el transporte, así como para el desplazamiento en el interior del domicilio. No hubo manifestación en cuanto a la administración del dinero y bienes, en la facilitación en el uso del teléfono y en la solución a situaciones conflictivas, ya que también forman parte de las necesidades instrumentales de la vida diaria de un adulto mayor.

El apoyo social o soporte social es una práctica de cuidado que se da en el intercambio de relaciones entre las persona¹⁶. Se caracteriza por expresiones de afecto, afirmaciones o respaldo de los comportamientos de las otras personas. Es un importante factor determinante para la salud del adulto mayor, ya que influye en la manera de ver el final de la vida, y proporciona una conexión con el pasado, ayudando al adulto mayor a encontrar significado a su vida. Aunque el apoyo de vecinos en el cuidado del adulto mayor se mostró bajo, las dimensiones de la salud que se muestran más favorecidas por la fortaleza del apoyo son: el compromiso y la salud percibida, debido a la permanencia del cuidador en el hogar y los frecuentes problemas funcionales e instrumentales.

Asimismo, el apoyo que recibe el adulto mayor de familiares allegados y del centro de salud, es uno de los recursos más importantes en la atención y tratamiento de estas personas. La educación a dichos familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente indudablemente es beneficiosa, además de contribuir a la economía de recursos del centro de salud en la atención geriátrica, evitar gastos por conceptos de ingresos hospitalarios¹⁷. Uno de los facilitadores del ejercicio del rol o de la práctica del cuidado es el apoyo prestado por la red ambulatoria. Se aprecia en general, que ésta prestación de servicio es escasa, y que pocas veces se dirige acciones que

fomenten el desarrollo de estrategias de cuidado dirigidas al cuidador familiar para atender al adulto mayor, por lo que se presume la poca percepción de esta persona como sujetos de cuidado por parte del centro asistencial.

Respecto a si el adulto mayor requiere de más cuidados del que realmente necesita, muchos cuidadores familiares se exigen más de sus posibilidades y terminan olvidándose de ellos. Lo importante es identificar las manifestaciones que señalan la situación de estar bien o de no estarlo. Sentirse bien con lo que se hace, sería lo ideal. Brindar atención a diario al adulto mayor, es la tarea de la cotidianidad del cuidador familiar, por lo que es difícil señalar cuáles son con exactitud estas responsabilidades, ya que dependen de cada familia y de la persona a quien se cuida. En este sentido, se aprecia un cuidador familiar satisfecho con las acciones brindadas. Además, se evalúa con posibilidades de encontrar significado en los hallazgos, capaz de mantener un vínculo significativo con el adulto mayor y de hacer las actividades de una forma armónica, de manera que las decisiones que tome en pro del bienestar de la persona cuidada, sean pertinentes para determinar el curso de la acción y poder conducir de manera honrosa su actividad.

En lo que toca a las creencias del adulto mayor que puedan influenciar en el cuidado que les provee, las intervenciones del cuidador parten del conocimiento de su contexto cultural, y de la calidad de las relaciones familiares¹⁸. Ofrecer un cuidado implica mediar entre el cuidado popular y el profesional que a su vez requiere del desarrollo de competencia y del respeto a las creencias del adulto mayor. Esto involucra una adaptación al estilo de vida y a la cotidianidad según los principios adquiridos durante su vida.

Bajo esta perspectiva, se observa que en los cuidadores se afecta el orden físico, psicológico y socioeconómico, por lo que pudiera provocar por el hecho de cuidar, el empeoramiento de la calidad de vida. Como lo manifestó Dakduk²⁰ “dentro de la familia no todos asumen de igual manera el cuidado de los adultos mayores”, por lo que las creencias no impiden el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones personales - familiares - sociales.

La familia sigue siendo el eje central del cuidado, percibida por los cuidadores a veces como fuente de obstáculos o de facilidades para el ejercicio de su rol²¹. Puede observarse que en el ejercicio de este rol se dificulta la inserción laboral e ingreso económico suficiente; hay riesgo para la salud, tanto del cuidador como del adulto mayor dependiente, y costos afectivos y relacionales, tales como agotamiento, soledad en el ejercicio de su rol, desvinculación en diferentes grados del apoyo de redes primarias y secundarias.

— CONCLUSIÓN

El cuidador familiar del adulto mayor posee una percepción satisfactoria acerca del cuidado brindado, ya que la práctica que ejerce de manera cotidiana lo hace basándose en la necesidad que requiere el adulto y con base a las creencias y conocimientos adquiridos a través del desempeño de este rol, y del apoyo del resto de la familia.

En cuanto al significado del cuidado, se infiere que los cuidadores familiares consideran que el cuidado implica una capacidad de sentir como el adulto mayor. Esto se desarrolla a través de la solidaridad de estar con el familiar, lo que permite tener una conciencia en que es posible la práctica, en la cual el cuidador familiar y el adulto mayor se convierten en sujetos de acción y con identidad propia. En este sentido, la representación social del cuidado se encuentra formada a partir de un cuerpo organizado de conocimientos y de actividades a las cuales el cuidador familiar hace inteligible la realidad física y social del adulto mayor, integrándose en una relación cotidiana de intercambios²².

En general, el significado del *cuidado* en el cuidador familiar, se construye a través de contribuciones, alcances, cuidados, reconocimientos y actitudes que realiza con el adulto mayor, por lo que se hace necesario comprender que cuidar envuelve y comparte la experiencia humana a través de una relación transpersonal y de respeto, aspectos que sirven para mejorar los procesos de cuidado en cualquier situación de salud que tenga la persona.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Medina J, Castillo S. La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 15(2) Florianópolis Apr./June; 2006 [citado 3 abr 2020] Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200015
- (2) Martínez M. *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. México: Trillas; 2004.
- (3) Martínez M. *La investigación etnográfica en educación*. México: Trillas; 2006.
- (4) Abric JC. *Prácticas sociales y representaciones sociales*. En: Abric JC. (comp.). *Prácticas sociales, representaciones sociales*. México: Coyoacán; 2001.
- (5) Rojas M. Asociación entre la habilidad de cuidado del cuidador, el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor que vive situación de enfermedad crónica, en la ciudad de Girardot. *Av. enferm.*, 25(1): 33-45; 2007 [citado 12 jul 2020] Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35899>
- (6) Benítez M, Salinas A, Ortega J, Martínez L. La valoración multidimensional del paciente y de la familia. *Aten Primaria*, 29(4): 237-240; 2002 [citado 12 may 2020] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656702705519>
- (7) Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). *Los cambios en el modelo de familia y la incorporación de la mujer al trabajo reducen la disponibilidad de apoyo informal*. Capítulo I p. 19. En: *Atención a las personas en situación de dependencia en España*; 2004 [citado 26 mar 2020] Disponible en: <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>

- (8) García M, Mateo I, Maroto G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres, *Gac Sanit*, 18(5) Barcelona sep./oct; 2004 [citado 16 mar 2020] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500011
- (9) Carrasco M. Usted puede lograr una buena longevidad. La Habana: Científico Técnica; 2005.
- (10) López J, Crespo M. Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. *Psicothema*, 2007; 19(1): 72-80.
- (11) González U. El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2002; 28(2): 157-75.
- (12) Rubio M. Factores de riesgo de malnutrición. En: *Manual de alimentación y nutrición en el anciano*. España: MASSON; pp. 23-29; 2002.
- (13) Puga D, Rosero L, Glaser K, Castro T. Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. *Población y Salud en Mesoamérica*, 5(1), jul – dic; 2007 [citado 11 ago 2020] Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/4545/4360>
- (14) Barros C. Apoyo Social y Bienestar del Adulto Mayor. Cuadernos del Instituto de Sociología. Pontificia Universidad Católica de Chile N° 60. Santiago; 1994.
- (15) Marriner A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. España: Elsevier; 2008.
- (16) Vega O, González D. Apoyo social: Elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Revista digital Enfermería Global* 6(16) Junio 2009. [citado 14 jun 2020] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/43126243_Apoyo_social_Elemento_clave_en_el_afrontamiento_de_la_enfermedad_Cronica
- (17) Quintero M. La salud de los adultos mayores: una visión compartida. 2ª Edición. Washington, D.C: OPS; 2011 [citado 7 ago 2020] Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51598/9789275332504_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- (18) Megret A, Naranjo M, Fong Y. Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. *Rev Cubana Enfermer*, 18(1) Ciudad de la Habana ene.-mar. 2002 [citado 14 jun 2020] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192002000100008
- (19) Vargas L. Aporte de enfermería a la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con Alzheimer. *Aquichan*, 12(1); 2012 [citado 2 jul 2020] Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2112/2650>
- (20) Dakduk S. Envejecer en casa: el rol de la mujer como cuidadora de familiares mayores dependientes. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 15(35) Caracas dic; 2010 [citado 15 jul 2020] Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012010000200005

- (21) Comelin A. ¿Quién cuida a los familiares que cuidan adultos mayores dependientes? *Revista de Ciencias Sociales*, (50):111-127, septiembre 2014 [citado 14 jul 2020] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/509/50931716007.pdf>
- (22) Mora M. La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital* (2) otoño 2002. [citado 11 ago 2020] Disponible en: <https://atheneadigital.net/article/view/n2-mora/55-pdf-es>.