

Estudio descriptivo sobre la implicación de las familias en los cuidados de los ancianos institucionalizados

M^a del Carmen Pérez Dorado¹, Rocío Romero Serrano², M^a Socorro Morillo Martín² y José M^a Galán González-Serna²

¹Residencia de Mayores San Juan de Dios, Sevilla (España); ²Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios, Universidad de Sevilla (España)

El objetivo principal de este trabajo es conocer la implicación en los cuidados de las familias en la Residencia de Ancianos San Juan de Dios de Sevilla. Estudio piloto de corte cuantitativo, descriptivo y con carácter observacional. Tras un proceso de muestreo no probabilístico a conveniencia se ha conformado una muestra de 20 familiares de ancianos residentes, de los cuales 5 son hombres y 15 son mujeres. El instrumento para la recogida de datos es el cuestionario "Escala de sobrecarga del cuidador-Zarit", y el análisis de datos se ha realizado mediante el programa estadístico SPSS 15.0. De los cuestionarios administrados, todos coinciden que la gran parte del cuidado de los ancianos la realiza el personal sanitario de la residencia, lo que implica que los resultados sean de no sobrecarga. Y afirman que el apoyo informal de los ancianos no cesa con la institucionalización. La implicación de los familiares en las residencias de ancianos cumple el objetivo de tener un papel colaborativo, en el que el familiar es la memoria y la voz de los ancianos que por el paso del tiempo o por la enfermedad que presentan no pueden responder a las dudas que les surgen a los profesionales sanitarios.

Palabras clave: Institucionalización, cuidadores, anciano, familia, enfermería geriátrica.

Descriptive study on the implication of families in the care of institutionalized elderly. The main objective of this study is to know the involvement in the care of families in Home for the Elderly of San St John of God in Sevilla. This is a pilot quantitative, descriptive and observational study. After a process of non-probability has formed a convenience sample of 20 relatives of elderly residents, including 5 are men and 15 are women. The instrument for data collection was the questionnaire "Scale-Zarit caregiver burden" and data analysis has been made by the SPSS 15.0 statistical program. Administered questionnaires, all agree that most of the care of the elderly is performed by the medical personnel of the residence, which implies that the results aren't overloaded. And they claim that the informal support of the elderly doesn't cease with the institutionalization. The involvements of family members in nursing homes meet the objective of having a collaborative role, in which the family is the memory and the voice of the elderly by the passage of time or by the disease who have they can't answer questions as they arise for health professionals.

Keywords: Institutionalization, caregivers, elderly, family, geriatric nursing.

En el siglo XX se han producido cambios en la demografía que han dado lugar, de forma notable, a un aumento progresivo del envejecimiento. Sin embargo, hasta estos últimos años, la sociedad española no ha sido consciente de su envejecimiento progresivo así como las modificaciones que conlleva este cambio de estructura demográfica (Teófilo, González, Díaz y Rodríguez, 2012). Según el INE en España la esperanza de vida al nacer en 1900 era de 34.76 años, en 1991 había ascendido a 73.4 años para los hombres y a 80.5 años para las mujeres y en 2001 se encuentra en torno a los 80 años de media, 82 para las mujeres y 78 para los hombres (Cordero, 2007). Según la ONU en el 2025 casi uno de cada cuatro ciudadanos tendrá más de 65 años y la mitad serán mayores de 50 años (Cordero, 2007; Rodríguez, González, Díaz y Rodríguez, 2012). Europa envejece, y esto provoca que haya modificaciones continuas de estructuras demográficas con consecuentes repercusiones en el ámbito social, económico y cultural (García, 2010; Cordero, 2011). Las previsiones demográficas que se están observando para un futuro señalan el aumento del subgrupo denominado “sobreenvejecimiento” o “superlongevos” (Cordero, 2011; Pérez, 2004). El fenómeno del “sobreenvejecimiento”, es un fenómeno novedoso, ya que no significa que solo envejece la población española, sino que a su vez envejece un subgrupo de personas más mayores. No obstante el proceso de envejecimiento que llevan las personas es afectado por diferentes factores, se trata más bien de un proceso individual ya que cada persona envejece de manera distinta, lo que hace que cambien las expectativas de vida. La Organización Mundial de Salud (2012), reconoce que el envejecimiento poblacional mundial es “un indicador de la mejora de la salud en el mundo”.

Los primeros hogares de ancianos o residencias geriátricas aparecen en Europa en el Siglo XVI. Estos iban destinados sobre todo a atender a vagabundos, personas sin hogar, enfermos mentales y personas que tenían problemas con la ley. Pero en los últimos 20 años se han producido cambios y transformaciones sociales que han dado lugar a que se conviertan en un recurso más para dar respuesta a las necesidades de la población envejeciente. Zolotow (2010) dice que *“este tipo de instituciones están teñidas de tradición y de historia y nacen y se desarrollan bajo concepciones asilares”* (p. 89). El término asilo ha sido muy utilizado, pero actualmente se puede contraponer el término de “asilo” al de residencia. Torres, Martínez y Suárez (2007), en el IMSERSO, definen las residencias de personas mayores como *“centros que ofrecen asistencia integral y vivienda permanente a personas mayores de 60 años que, por sus condiciones sociales, económicas, sanitarias o familiares, no pueden ser atendidas en sus propios domicilios y necesitan ayuda de estos servicios”* (p. 6). A través de diferentes búsquedas bibliográficas, se observa que existe un acuerdo entre diferentes autores respecto, a que el concepto actual de residencia debería incluir tres dimensiones o áreas. Dimensión biomédica y psicológica, dimensión social y dimensión espiritual-bioética (Ramos, Larios, Martínez, López y Pinto, 2006; Gascó, Gómez y

Fraguas, 2011). Por tanto, la finalidad que tienen las residencias de ancianos es garantizar una atención óptima para que los usuarios puedan seguir desarrollando las actividades básicas de la vida diaria y puedan seguir manteniendo su autonomía, y si esa falta de autonomía fuera presente o existieran casos de independencia funcional, el objetivo sería prestar una atención que garantice el derecho de satisfacer las necesidades de la persona mayor con respeto y dignidad.

El concepto de cuidar, ha evolucionado a lo largo de la historia de la humanidad y sus definiciones o praxis han ido cambiando según la sociedad del momento o la cultura predominante, pero el fondo es el mismo. El “*Mito del Cuidar*” conceptualizado en la filosofía moderna, sugiere la necesidad de afecto que tienen los humanos desde su propio origen, pero este “mito del cuidado” como lo expresan varios autores, está influido por la ideología presente en la época Greco-Romana (Abades, 2010).

Entre las diferentes aproximaciones al concepto de cuidar, subrayamos aquellas que ha sido citadas por Covas, Maravall y Bonino en la obra “*Los hombres y el cuidado de la Salud*”, que a su vez siguen a otras autoras:

Izquierdo (2003), citado por Covas, Maravall y Bonino (2009), dice que “*Una necesidad multidimensional de todas las personas en todos los momentos del ciclo vital, aunque en distintos grados, dimensiones y formas. Constituyen la necesidad más básica y cotidiana que permiten la sostenibilidad de la vida*” (p. 12).

Covas, Maravall y Bonino (2009), hacen referencia a lo que dice García-Calvente (2004), “*El trabajo de cuidar incluye atención personal e instrumental, vigilancia y acompañamiento, cuidados sanitarios y la gestión y relación con los servicios sanitarios. Cuidar también implica dar apoyo emocional y social*” (p. 12).

Los cambios que se están dando en los sistemas de apoyo informal se deben principalmente a los cambios en las estructuras familiares que van surgiendo (Caldera y Valcarce, 2005). Masanet, Ripoll y La Parra (2009), mencionan varios factores que influyen en la prestaciones de cuidados familiares, como son, entre otros, las transformaciones en las relaciones de parentesco, disminución de descendencia en las unidades familiares, aumento de la distancia espacial entre hogares familiares, así como la falta de tiempo disponible para realizar este trabajo de cuidar entre otros. García, Del Río y Marcos (2011), definen el cuidado informal como “*la prestación de cuidado de salud a personas dependientes por parte de familiares y otras personas de la red social inmediata, sin recibir una remuneración económica profesional por ello*” (p. 101). El cuidado familiar es un fenómeno en expansión y se está demostrando por la variedad de políticas sociales que están sacando a la luz las administraciones públicas. Todos estos cambios provocan que cada vez más se necesite un recurso de cuidadores retribuidos mediante prestaciones sociales. Pero esto no significa que los familiares vayan a dejar de ejercer su apoyo informal (Gamarra *et al.*, 2010).

El núcleo donde se centra el trabajo de la profesión de enfermería es el cuidado. Actualmente, el trabajo de enfermería está visto como metodología de cuidado/asistencia, donde existe un marco teórico, pero en el trabajo de enfermería se requiere de un modelo con un soporte filosófico donde se plantean formas de pensar y de hacer, y con soporte científico, que utilice una metodología para organizar datos, identificar problemas y determinar intervenciones (Leno, 2006; Kuerten y Lenise, 2008).

El modelo de cuidados que propone San Juan de Dios incluye una prestación de cuidados integrales, es decir, San Juan de Dios ve al hombre como un ser holístico ofreciéndole unos cuidados físicos, mentales, psicológicos, éticos, religiosos y sociales. La filosofía de enfermería Juan de Dios además de tener en cuenta los cuidados del cuerpo también incluye los cuidados del alma, a través de una asistencia espiritual y religiosa por medio del consuelo espiritual a los enfermos (Fernandes y Siles, 2008).

Ventosa (2012), dice que *“los valores de la profesión enfermera ayudan a construir la identidad. Cuidar tiene en sí mismo un valor intrínseco, los cuidados son indispensables para la supervivencia, tiene un carácter universal y están ligados a las actividades de la vida cotidiana”* (p. 322). Las aportaciones que hizo San Juan de Dios al trabajo de enfermería, se han ido aplicando desde el siglo XVI con sus primeros seguidores hasta la actualidad, donde se observa día a día la aplicabilidad de estos cuidados en los centros e instituciones pertenecientes a la Orden Hospitalaria (Rodríguez, Arribas y Gantes, 2004).

El objetivo principal de este trabajo es conocer la implicación en los cuidados de las familias en la Residencia de Ancianos San Juan de Dios en Sevilla. Entendiendo que la mayor implicación no significa una mayor sobrecarga. Es decir, la implicación de la familia no se relaciona con la sobrecarga del cuidador/a.

Los objetivos específicos que se tratarán en el trabajo serán: Describir las emociones respecto a la implicación en los cuidados de los familiares referentes en la residencia, determinar las ideas y pensamientos que presentan los familiares referentes de los ancianos institucionalizados en la Residencia de San Juan de Dios y describir la carga de los familiares observando su esfuerzo como cuidadores informales/familiares.

MÉTODO

Este trabajo se trata de un estudio piloto de método cuantitativo descriptivo, de carácter observacional. Se realiza un muestreo no probabilístico de conveniencia. La muestra está constituida por 20 personas de nacionalidad española, 5 hombres y 15 mujeres en total. Los criterios de inclusión: familiares de los ancianos institucionalizados en la Residencia San Juan de Dios de Sevilla, sujetos que consten en la base de datos del centro como familiares de referencia, los residentes escogidos deben de presentar algún tipo de dependencia (leve-moderada-grave), familiares que visiten con frecuencia a los

ancianos, tomando como referencia una visita por semana. Por tanto los criterios de exclusión son: residentes en los que no consten que tienen familiares conocidos, familiares de residentes con autonomía total para realizarse sus autocuidados. El instrumento de medida para la recogida de información del que nos hemos servido ha sido a través del cuestionario validado científicamente: “Escala de sobrecarga del cuidador-Zarit” (Zarit, Reever y Bach-Peterson, 1980).

Las variables del estudio son tres (ver tabla 1):

Variables sociodemográficas: Edad, sexo, grado de consanguinidad, estado civil, situación laboral y grado de dependencia del familiar (éste se ha obtenidos a través del “Índice Barthel”) (Mahoney y Barthel, 1965).

Variables categóricas: se ha realizado un recategorización dentro del cuestionario y las preguntas se han clasificado a su vez en variables de sentimientos, variables de pensamiento y variable esfuerzo (ver tabla 2).

Variables de opinión: Son cada una de las variables que corresponden con las preguntas de la Escala Zarit enumeradas del 1 a la 22.

Tabla 1. Variables del estudio

VARIABLES DE PERFIL	Edad
	Sexo
	Grado de Consanguinidad
	Estado Civil
	Grado de Dependencia
	Situación Laboral
VARIABLES CATEGÓRICAS	Pensamiento
	Sentimiento
	Esfuerzo
VARIABLES DE OPINIÓN	22 ítems del cuestionario

Tabla 2. Variables categóricas

VARIABLES	DEFINICIÓN	ESCALA DE MEDIDA	CATEGORÍA
Pensamientos	Conjunto de ideas propias de una persona.	Escala de sobrecarga del cuidador.	Preguntas nº 1-2-6-8-10-11-12-14-15-16-20-21 de la escala.
Sentimientos	Parte afectiva y emocional de una persona.	Escala de sobrecarga del cuidador.	Preguntas nº 3-4-5-7-9-13-17-18-19-22
Esfuerzo	Empleo enérgico de la fuerza física o intelectual.	Escala de sobrecarga del cuidador.	Nº total de respuestas de la Escala de Sobrecarga del cuidador.

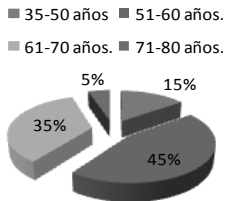
RESULTADOS

Estudio descriptivo de las variables sociodemográficas

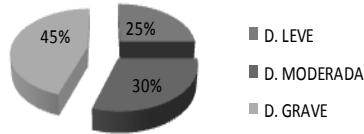
En cuanto a las variables sociodemográficas destacamos, la media de edad que nos encontramos es de 59 años. Siendo el grupo mayoritario el que comprende de

los 51 años a los 60 años (Gráfica 1). El grado de dependencia de los residentes ha sido valorado con el Índice Barthel, siendo la mayoría resultante de los ancianos grandes dependientes con un 45% del total. Dependientes moderados ocupaban un 30% y dependientes leve un 25% (Gráfica 2).

Gráfica 1. Edad

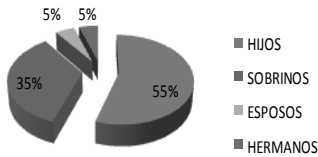


Gráfica 2. Grado de dependencia

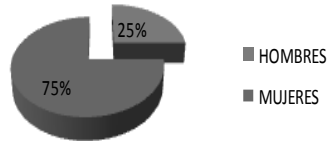


Siguiendo con el grado de consanguinidad, un 55% del total eran hijos, el resto se reparten, en un 35%, en sobrinos y el porcentaje restante, entre hermanos y esposos (Gráfica 3). La mayoría de los familiares eran mujeres, ocupando un 75% del total (Gráfica 4).

Gráfica 3. Grado de consanguinidad

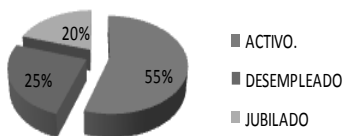


Gráfica 4. Sexo

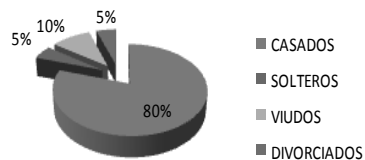


La variable que corresponde con situación laboral ha resultado con un 55% de familiares que son trabajadores activos. La proporción de desempleados era de 25% y 20% la de jubilados (Gráfica 5). Con respecto al estado civil de los participantes, el grupo con más personas era las que estaban casados con un 55% del total, y en segundo lugar, solteros y viudos, ya que uno englobaba un 5% y otro un 6% (Gráfica 6).

Gráfica 5. Situación laboral



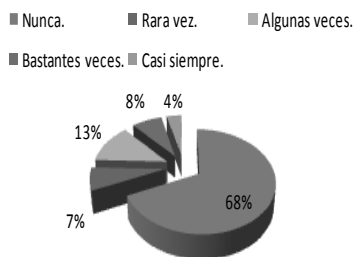
Gráfica 6. Estado civil



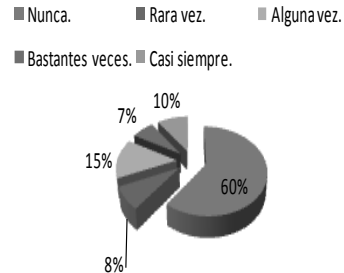
Estudio descriptivo de las variables categóricas

Sobre las variables categóricas, las puntuaciones totales obtenidas en los cuestionarios van desde 0 puntos hasta 46 como puntos como máximo, ambas puntuaciones no superan el grado de sobrecarga intensa, es decir no superan los 55 puntos. La puntuación media resultante ha sido de 18.25 puntos (no sobrecarga). Hay que tener en cuenta que muchos familiares a los que se les ha realizado el cuestionario tienen que desplazarse bastante para llegar a la residencia, que son hijos únicos o que hay discordia con los otros hermanos, con lo cual toda la responsabilidad a la hora de tomar decisiones recae sobre una misma persona, o que son trabajadores propios de la residencia, como ocurre con el caso de un familiar a la que se le administró, ya que la puntuación fue de 46 puntos; siendo ésta la mayor puntuación resultante. De la variable Sentimientos, hay que destacar que un 68% de respuestas reflejó que nunca ha habido sentimientos que contemplen sobrecarga. El 13% de respuestas si referían que algunas veces si había presentado este sentimiento. Siguiendo con la variable Pensamiento, la proporción es similar a la variable Sentimiento, ya que se observa un 60% de respuestas que muestran que nunca han tenido pensamientos u opiniones que refieran una sobrecarga.

Gráfica 7. Sentimientos



Gráfica 8. Pensamientos



Con respecto al esfuerzo, del total de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario, el 100% de las respuestas muestran que no existe un esfuerzo propio del familiar, por no superar la puntuación de sobrecarga que indica el test.

Estudio descriptivo de las variables de opinión

En cuanto a las variables de opinión, destacamos que los resultados del cuestionario todos fueron de no sobrecarga. Una pregunta a destacar ha sido el de si “*tienen miedo por el futuro de su familiar*”, ya que independientemente del grado de dependencia que presentara el anciano, todos han respondido con una puntuación de 3 puntos y 4 puntos. La pregunta que se refiere a ingresos económicos, “*¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de*

sus otros gastos?”, la idea preconcebida que llevábamos era, que se iba a observar una diferencia entre los residentes que tienen aprobada la ley de atención a la dependencia y los residentes que ocupan plaza privada, familiares de ambas tipología le han dado una puntuación de 0. La última pregunta, “¿Globalmente que grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?”, tuvo también variedad de respuestas, pero se podría decir que es la más acertada para saber el grado de implicación que tienen los familiares en la residencia. Muchos contestaron con 4 puntos y justificaban esa respuesta diciendo que ellos tienen la necesidad de saber cómo estaba en cada momento su familiar (Tabla 3).

Tabla 3. Variables de opinión

	N		Media	Mediana	DE	Percentiles	
	Válidos	Perdidos				25	75
Preguntas cuestionarios 1	20	0	0.75	0	1.118	0	2
Preguntas cuestionarios 2	20	0	1	0	1.414	0	2
Preguntas cuestionarios 3	20	0	0.9	0	1.294	0	2
Preguntas cuestionarios 4	20	0	0.4	0	0.883	0	0
Preguntas cuestionarios 5	20	0	0.55	0	0.826	0	1
Preguntas cuestionarios 6	19	1	0.53	0	0.905	0	1
Preguntas cuestionarios 7	20	0	1.7	1.5	1.658	0	3
Preguntas cuestionarios 8	20	0	1.55	0	1.849	0	4
Preguntas cuestionarios 9	20	0	0.5	0	0.827	0	1
Preguntas cuestionarios 10	20	0	0.6	0	1.273	0	0
Preguntas cuestionarios 11	20	0	0.55	0	1.191	0	0
Preguntas cuestionarios 12	20	0	0.5	0	1.1	0	0.75
Preguntas cuestionarios 13	20	0	0.3	0	0.801	0	0
Preguntas cuestionarios 14	20	0	1.3	0	1.838	0	3.75
Preguntas cuestionarios 15	20	0	0.8	0	1.473	0	1.5
Preguntas cuestionarios 16	20	0	1.1	0.5	1.21	0	2
Preguntas cuestionarios 17	20	0	0.65	0	1.137	0	1.75
Preguntas cuestionarios 18	20	0	0.4	0	0.883	0	0
Preguntas cuestionarios 19	20	0	0.9	0	1.334	0	2
Preguntas cuestionarios 20	20	0	1.55	1.5	1.572	0	2.75
Preguntas cuestionarios 21	20	0	1.3	0.5	1.525	0	2
Preguntas cuestionarios 22	20	0	1.4	1	1.353	0	2

DE: Desviación típica

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Yanguas, Leturia y Leturia (2009), afirman que el hecho de institucionalizar a un familiar al que se le ha cuidado durante algún tiempo no significa que la familia que le ha estado prestando este apoyo informal vaya a relajarse, si no que podrán surgir nuevos factores estresantes (Yanguas, Leturia y Leturia, 2009). Leturia, Inza y Hernández (2007), afirman que el apoyo informal de los ancianos no cesa con la institucionalización, sino que se da un evidente cambio de circunstancias en las características del tipo de cuidado que las familias administran. En palabras de estos autores: “La familia se establece como miembro fundamental del equipo que nos ayuda

a conocer las necesidades de ese mismo usuario, aportando información de la trayectoria de la persona hasta la situación actual, aficiones, profesión, enfermedades anteriores y evolución de la situación y/o enfermedad” (p. 135). De acuerdo con Padierma (1997), afirmamos que los familiares de los ancianos institucionalizados contribuyen al bienestar emocional y espiritual de los ancianos, y que se pueden crear incluso una relación recíproca, en la que los ancianos aportan bienestar a sus familiares aun cuando existen distintos tipos de demencia. Márquez et al. (2010), defienden lo que se cita en el documento editado por la Consejería de Bienestar Social del Principado de Asturias sobre el papel de los familiares en los centros residenciales: *“Cuando la persona mayor vive y es atendida en una residencia, la familia tiene un importante papel de apoyo, tanto ofreciendo afecto como siguiendo colaborando en algunos cuidados... De hecho, las familias de las personas usuarias de recursos de alojamiento permanente deben seguir siendo consideradas como familias cuidadoras”* (p. 95). Dicho de otro modo, estas familias no deben dejar de desempeñar su papel de cuidadoras sino que lo han de ejercer desde otra posición, complementando los cuidados profesionales y especializados que se proporcionan desde el Centro.

Los familiares de ancianos institucionalizados, son fuente de conocimiento para los profesionales que se encargan de los cuidados formales en la residencia. Aunque la gran parte del cuidado básicos de los ancianos, la lleva el personal sanitario de la residencia, la implicación de los familiares en las residencias de ancianos cumple el objetivo de tener un papel colaborativo, en el que el familiar es la memoria y la voz de los ancianos que por el paso del tiempo o que por la sintomatología de la enfermedad que presenten no pueden responder a las dudas que le van surgiendo a los profesionales sanitarios. El tener ingresado un familiar en una residencia no implica el hecho de que este residente sea abandonado por la misma. Así lo hemos ido observando a través de los distintos cuestionarios realizados. Muchos familiares deben de optar por el medio residencial cuando los cuidados de los mismos son tan complejos que los familiares más próximos no pueden llevarlos a cabo. Por ello, hay que tener claro que el rol de cuidador principal no presenta unas características fijas, sino cambiantes, es decir, un sujeto que se defina como cuidador principal, o que se le asigne ese rol, siempre lo será pero la forma de proporcionar esos cuidados o su ejercicio como tal puede ir modificándose; y es ahí donde los profesionales sanitarios tenemos que actuar, proporcionando una educación a los familiares, enseñándoles estrategias de afrontamiento ante distintas situaciones que se puedan presentar e instruyéndolos en técnicas de cuidados apropiadas que puedan llevar a cabo en los medios residenciales. La educación a los familiares debe ser un tema imprescindible que deben tener las residencias dentro de sus protocolos y de su organización del trabajo. Un cuidador que haya sido reforzado con educación para la salud en temas de cuidado, dará lugar a una mayor calidad de vida del cuidador y de su familiar.

Es importante tener en cuenta que los profesionales sanitarios debemos estar capacitados para saber captar las emociones y sentimientos que van presentando los familiares en el proceso de institucionalización de los residentes. Muchos familiares encuentran a los trabajadores de la residencia como personas de referencia a los que les pueden confiar sus dudas, y sus opiniones en relación a la residencia y sus características de institucionalización. Otros en cambio encuentran la Residencia como un segundo hogar dónde pueden participar de forma activa cada vez que la ocasión lo permita.

REFERENCIAS

- Abades, M. (2010). *Análisis de los cuidados enfermeros en centros geriátricos de Barcelona, según el modelo de Watson*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Caldera, J. y Valcarce, M. (2005). *Recursos sociales para la atención de las personas mayores en situación de dependencia*. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales de España. Atención a las personas mayores en situación de dependencia. Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- Cordero, M. (2011). *Pacientes geriátricos atendidos en el servicio de geriatría del Hosp. Regional Lic. Adolfo López Mateos seguidos prospectivamente en un año. Análisis de Casos*. (Tesis Doctoral). RDI.
- Cordero, P. (2007). *Situación social de las personas mayores en España*. León: Universidad de León.
- Covas, S., Maravall, J. y Bonino, L. (2009). Los hombres y el cuidado de la salud". Informe elaborado para el Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM) del Ministerio de Sanidad y Política Social, Madrid.
- Fernandes, G. y Siles, J. (2008). Antropología y cuidados en el enfoque de San Juan de Dios. *Index de Enfermería*, 17(2), 144-148.
- Gamarra, M., Fernández, A., Gutiérrez, S., Saavedra, R., Rodríguez, M. y Gistau, M. (2010). Perfil del cuidador en el Área de Salud de Soria: necesidades detectadas para el mantenimiento de su salud. *Biblioteca Lascasas*, 6(2). Recuperado de: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0542.php>.
- García-Calvente, M., Del Río, M. y Marcos, J. (2011). Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gaceta Sanitaria*, 25(2), 100-107.
- García, M. (2010). *Libro Blanco del Envejecimiento activo*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería para el Bienestar y la Igualdad Social.
- Gascó, F., Gómez, M. y Fraguas, M. (2011). *Guía de Prestaciones Para Personas Mayores, Personas mayores con Discapacidad y Personas en Situación de Dependencia. Recursos Estatales y Económicos*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- Kuerten, P. y Lenise, M. (2008). Modelo de cuidado:¿qué es y cómo elaborarlo?. *Index de Enfermería*, 17(2), 128-132.
- Leno, D. (2006). Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta de Antropología*, 22(32).
- Leturia, F., Inza B. y Hernández, C. (2007). El papel de la familia en el proceso de atención a personas mayores en centros socio sanitarios. *Revista de Servicios Sociales*, 41, 121-44.
- Mahoney, F.I. y Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med*, 14, 61-5.

- Márquez, M., Losada, A., Pillmer, K., Romero, J., López, J. y Martínez, T. (2010). Cuidando más allá del domicilio: el papel de la familia en los centros residenciales y el cuidado colaborativo. *Psicogeriatría*, 2(2), 93-104.
- Masanet, E. y La Parra, D. (2009). Los impactos de los cuidados de salud en los ámbitos de vida de las personas cuidadoras. *Revista Española de Sociología*, 11, 13-31.
- Organización Mundial de la Salud (2012). 10 datos sobre el envejecimiento de la población. Recuperado de: www.who.int/features/factfiles/ageing/es/
- Padierna, J.A. (1994). ¿Existe un lugar para la familia del anciano en las residencias? *Revista de Servicios Sociales*, 25, 40-49.
- Pérez, H. (2004). El privilegio de vivir más. *Revista de Ciencias Médicas de La Habana*, 10(2), 1-2.
- Ramos, P., Larios, O., Martínez, S., López, M. y Pinto, J. (2006). La residencia como espacio de convivencia y de salud. En P. Ramos (Ed.) *Prevención y promoción de la salud en el anciano institucionalizado* (pp.11-18). Madrid: Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad.
- Rodríguez, R., Arribas, J. y Gantes, J. (2004). Cuatro siglos de cuidados transculturales. *Cultura de los cuidados*, 7(16), 20-26.
- Teófilo, J., González, A., Díaz, P. y Rodríguez, V. (2011). Estudio Longitudinal Envejecer en España: El proyecto ELES". *Boletín Sobre el Envejecimiento*, 50. Recuperado de: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/boletinopm50.pdf>.
- Torres, M., Núñez, J., Martínez, J. y Suarez, J. (2007). *La atención de las necesidades residenciales para las personas mayores*. IESE Business School. Navarra. DI, N° 664. Recuperado de: <http://www.iese.edu/research/pdfs/DI-0664.pdf>.
- Ventosa, F. (2012). *Pensamiento de San Juan de Dios y la Orden Hospitalaria y su relación con la enfermería*. Archivo Museo San Juan de Dios. Granada.
- Yanguas, J., Leturia, F. y Leturia, M. (2000). Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes. *Papeles del Psicólogo*, 76, 23-32.
- Zarit, S.H., Reever, K.E. y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of feelings and Burden. *Gerontologist*, 20, 649-655.
- Zolotow, D. (2010). Hogares de ancianos, transformaciones posibles para un buen envejecer. *Debate Público*, (88-92). Recuperado de: http://trabajosocial.sociales.uba.ar/web_revista/PDF/11_zolotow.pdf

Recibido: 14 de abril de 2014

Recepción Modificaciones: 26 de mayo de 2014

Aceptado: 16 de agosto de 2014