

Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente

To educate families for the management of dependent aged people

Lic. MSc. Esperanza Marante Pozo^I; Dra. MSc. María de la C Casanova Moreno^{II}; Dra.C. Eloina Nuñez López^{III}; Lic. MSc. Lina M Pozo Amador^I; Dra. MSc. Maricela Trasancos Delgado ^I; Dr. MSc. Max Ramiro Ochoa Ortega^{VI}

I Hospital Universitario Abel Santamaría Cuadrado. Pinar del Río. Cuba

II Departamento Provincial de Promoción y Educación para la Salud. Pinar del Río. Cuba.

III Universidad de Pinar del Río. Cuba

IV Policlínico Universitario Hermanos Cruz. Pinar del Río. Cuba

RESUMEN

Fundamento: el aumento de la esperanza de vida y la demanda de más y mejores servicios sociales y sanitarios suponen un reto para la sociedad del conocimiento.

Objetivo: educar a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente.

Método: se realizó un estudio pre-experimental en un grupo de cuidadores de adultos mayores de la Casa de Abuelos del municipio Pinar del Río, durante enero a diciembre 2012. El universo estuvo formado por 40 adultos mayores y sus cuidadores, la muestra quedó conformada por 38 de ellos que cumplieron nuestros criterios de inclusión. Se aplicó una encuesta inicial y final a los mismos para verificar el impacto de la intervención educativa.

Resultados: la mayoría de los pacientes evaluados pertenecen al nivel funcional 2, sexo masculino, al grupo de 65 y más años, la enfermedad más frecuentemente asociada fue

hipertensión arterial, las cuidadoras por excelencia fueron mujeres, la totalidad de los cuidadores tenían conocimientos inadecuados antes de la intervención.

Conclusiones: es viable e ineludible educar a los familiares sobre la atención a los ancianos.

DeCS: RELACIONES FAMILIARES; SERVICIOS DE SALUD PARA ANCIANOS; CUIDADORES; ANCIANO; EPIDEMIOLOGÍA EXPERIMENTAL.

ABSTRACT

Background: the increase of life expectancy and the demand of better social and health services are a challenge for the knowledge society.

Objective: to educate families for the management of dependent aged people.

Methods: a pre-experimental study was carried out in a group of old people caregivers' at the Old People's Home of Pinar del Rio municipality from January to December 2012. The universe was consisted of 40 aged people and their caregivers; the sample was made up of 38 of them who comply with the inclusion criteria. An initial and final survey was applied to them to verify the impact of the educational intervention.

Results: the majority of patients assessed belonged to the second (2) functional level, male sex, to the group of 65 years or older patients prevailed, hypertension was the most frequent associated disease, women were the caregivers par excellence, the totality of caregivers had inadequate knowledge before the educational intervention. **Conclusions:** it is feasible and essential to educate families for the management of dependent aged people.

DeCS: FAMILY RELATIONS; HEALTH SERVICES FOR THE AGED; CAREGIVERS; AGED; EPIDEMIOLOGY, EXPERIMENTAL.

INTRODUCCIÓN

Es conocido el impacto que sobre la sociedad tiene el envejecimiento progresivo de la población, aún más si sumamos la morbilidad que este fenómeno conlleva. Argentina, Uruguay y Chile ocupan los primeros lugares en porcentaje de envejecimiento en el continente americano, se encuentra en la categoría de vejez demográfica.¹

El aumento de la esperanza de vida y la demanda de más y mejores servicios sociales y sanitarios suponen un reto para la sociedad del conocimiento. Como consecuencia del alargamiento de la vida, aumenta también el número de adultos con discapacidades y enfermedades crónicas.

Con el gradual envejecimiento de la población y la mayor supervivencia de personas con enfermedades crónicas y discapacidades, no solo aumenta el número de casos que necesitan cuidados sino que, además, este incremento de la demanda se acompaña de mayor exigencia en su prestación. La enfermedad crónica genera en el paciente incertidumbre, desgaste físico, dependencia y cambios en el estilo de vida, y tiene repercusiones en el área personal y social del individuo, de modo que si el paciente no cuenta con el suficiente apoyo o soporte social no logrará la readaptación a la crisis circunstancial que vive. Solo una comunicación empática y comprensiva, en la que en algún momento se expliciten las reticencias y se hagan aflorar los sentimientos negativos facilita que se pueda ofrecer compañía, ayuda o consuelo. ²

El cuidar es un acto inherente a la vida, es el resultado de una construcción propia de cada situación de promover, proteger y preservar la humanidad; en este contexto, la salud es asumida por la mujer en un medio de marginalidad de vínculos familiares, culturales y sociales de la forma como se concibe el cuidado. El cuidado existe desde el comienzo de la vida; el ser humano como todos los seres vivos ha tenido siempre la necesidad de ser cuidado, porque cuidar es un acto de vida, que permite que la vida continúe. Las personas necesitan atenciones desde que nacen hasta que mueren, por tanto cuidar es imprescindible para la vida y para la perpetuidad del grupo social. ³

El fenómeno del envejecimiento poblacional, los procesos de transición demográfica, epidemiológica y el incremento de la longevidad mundial, tienen impacto en la solicitud del cuidado y modifican la demanda en salud, promueve las desventajas sociales, económicas; factor al que deberá añadirse una mejoría de la calidad de vida, específicamente, porque relaciona el aumento del índice de dependencia de las condiciones de salud física, mental y la reducción en años esperados de vida activa y saludable, así como un aumento creciente de enfermedades crónicas más que agudas, y más bien progresivas que regresivas. ³

Sin duda, la familia es la mayor prestadora de atención de salud en nuestro medio, es una de las instituciones sociales más antiguas y más fuertes, considerada como un sistema y una unidad cuya socialización e interacción mutua afecta en mayor o en menor grado a cada uno

de sus miembros; donde uno de ellos asume el rol de cuidadora/or principal en caso de discapacidad o limitación.³

El conflicto entre miembros de la familia respecto a las responsabilidades y al ingreso del paciente en su propio domicilio constituye un problema común a enfrentar en el seno del hogar. Los pacientes que sufren de demencia requieren cuidados crónicos destinados a evitar las caídas y controlar su comportamiento, así como garantizar su higiene y alimentación e incentivar la realización de ejercicios físicos, actividades sociales y entrenamiento cognitivo. Habitualmente, los familiares o personas que los cuidan no están preparados para esta prolongada y compleja función, adoptan posturas negligentes y, en ocasiones, agresivas y violentas.⁴

El cuidador principal es la persona que está más en contacto con el equipo de salud y deberá informársele de los riesgos que conlleva responsabilizarse de los cuidados del enfermo: pérdida de los objetivos vitales, estrés crónico, frustración, ansiedad, tristeza, culpa. Frecuentemente, el desempeño de esta función supone un abandono de sus necesidades personales, del cuidado de su propia salud y distracciones mientras asiste al deterioro global de su familiar. Es probable que por estas razones muera incluso antes que el enfermo.⁴

El envejecimiento poblacional en el mundo desarrollado tiene como orígenes la baja natalidad y la elevada esperanza de vida. Cuba no está ajena a este proceso acelerado, puesto que es uno de los países más envejecidos de América Latina; esta situación se ha agudizado en los últimos años y se intensifica de manera significativa. Asimismo, el año 2010 terminó con 17,6 % de la población de este país con más de 60 años.⁵

La población anciana en nuestra isla representa el 16 % de la población, se pronostica un 21,6 % para el 2025.¹

La provincia de Villa Clara es la más envejecida de Cuba y ha entrado al nuevo milenio con más del 15 % de su población en el grupo de 60 años y más.⁶

La provincia de Pinar del Río es la cuarta más envejecida de Cuba con un 19 % de su población en el grupo de 60 años y más. Por todo lo anterior se decidió realizar esta investigación, que tiene como objetivo educar a los familiares sobre el manejo del adulto mayor, en la Casa de Abuelos del municipio Pinar del Río, Cuba durante el año 2012.

MÉTODOS

Se realizó un estudio pre-experimental donde se efectuó una evaluación al grupo de cuidadores antes y después de su participación en el programa de intervención educativo, sin utilizar grupo control, el mismo se llevó a cabo en familiares de los adultos mayores, pertenecientes a la Casa de Abuelos del municipio Pinar del Río, durante el período de enero a diciembre de 2012.

El universo estuvo formado por 40 adultos mayores que se encuentran en dicha institución y sus cuidadores, la muestra seleccionada por un muestreo no probabilístico quedó conformada por 38, evaluados en consulta por el equipo multidisciplinario de atención geriátrica del Policlínico Universitario Turcios Lima, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión para este estudio:

- . Estar evaluados funcionalmente por el equipo de atención gerontológica.
- . Tener algún familiar en función de cuidador al llegar a su hogar y que tuviera la disposición de aprender sobre el manejo del adulto mayor dependiente.

A los familiares de éstos adultos mayores que realizan la función de cuidadores y decidieron participar en nuestra investigación se les aplicó una encuesta inicial para conocer el grado de conocimiento sobre el manejo del adulto mayor y una final para verificar el resultado de la intervención educativa.

Se realizó una intervención educativa validada según método de consenso Delphy, la que estuvo dirigida por el equipo de investigación y apoyada por el equipo básico de salud, la misma quedó estructurada en charlas educativas, demostraciones y dinámicas familiares, durante 11 meses, se trataron los siguientes temas:

- Características generales del envejecimiento: 4 sesiones durante 1 mes (charlas educativas).
 - Cuidados generales del anciano: 6 sesiones durante 2 meses (demostración).
 - Rehabilitación biopsicosocial: 4 sesiones durante 2 meses (charlas educativas).
 - Atenciones generales al cuidador: 4 sesiones durante 2 meses (charlas educativas).
 - Importancia del buen funcionamiento familiar: 10 sesiones durante 2 meses (dinámica familiar).
- Nutrición, tratamiento adecuado y control de enfermedades crónicas: 8 sesiones dinámicas familiares durante 2 meses.

Se consideró que los familiares tenían:

- Conocimiento adecuado: cuando el familiar ofreció una respuesta correcta a más del 50 % de las preguntas realizadas en la encuesta.
- Conocimiento inadecuado: cuando el familiar ofreció una respuesta correcta a menos del 50 % de las preguntas realizadas en la encuesta.

Se valoró que la intervención fue efectiva cuando al finalizar la intervención más del 70 % de los familiares tuvieron conocimientos adecuados sobre el manejo del adulto mayor dependiente.

Para definir la evaluación funcional se tomó como referentes los tres tipos de niveles funcionales, los cuales se determinan por la escala de Katz, Lawton y Brody.⁸

Nivel I: cuando el paciente sea dependiente para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Nivel II: cuando el paciente sea independiente para las ABVD, pero dependiente para alguna de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Nivel III: cuando el paciente sea independiente para las ABVD y AIVD.

Los datos se tabularon y procesaron utilizando una computadora Pentium, a través del Sistema Operativo Windows XP profesional. El procesamiento de los datos se realizó con el Paquete de Programas SPSS versión 19. Los datos se resumieron, con el uso de la estadística descriptiva en frecuencias absolutas y porcentaje que se exponen en tablas estadísticas. Ello permitió analizar y discutir los resultados obtenidos y elaborar un informe final de la investigación realizada con el uso del programa Microsoft Word 2007.

RESULTADOS

Se presenta la evaluación integral por niveles funcionales y sexo. Predominó el nivel 2, con un total de 25 adultos mayores y el sexo masculino ambos representan el 65,8 % de la muestra. ([Tabla 1](#))

Tabla 1. Distribución según sexo y nivel funcional de adultos mayores dependientes

Nivel	Sexo femenino		Sexo masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
1	2	5,3	-	-	2	5,3
2	7	18,4	18	47,4	25	65,8
3	4	10,5	7	18,4	11	28,9
Total	13	34,2	25	65,8	38	100

Fuente: registro de evaluación geriátrica

La enfermedad más frecuentemente encontrada en los adultos mayores fue la hipertensión arterial representada en el 41,4 % de la muestra, la cual a su vez es factor de riesgo para otras enfermedades. ([Tabla 2](#))

Tabla 2. Enfermedades más frecuentes encontradas en adultos mayores dependientes

Enfermedades	No.	%
Trastornos psiquiátricos	1	3,4
Hipertensión arterial	12	41,4
Cardiopatía Isquémica	3	10,3
Diabetes mellitus	6	20,7
Neoplasias	1	3,4
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1	3,4
Osteoartritis	4	13,8
Asma Bronquial	1	3,4
Total	29	100

Fuente: registro de evaluación geriátrica

Las cuidadoras por excelencia fueron las mujeres, representadas en su mayoría por las hijas en un 71,0 %. ([Tabla 3](#))

Tabla 3. Tipo de relación del familiar de los cuidadores con adultos mayores dependientes

Convivencia	No.	%
Esposa	3	7,9
Hija	27	71,0
Nieta	6	15,8
Nuera	1	2,6
Amigos-vecinos	1	2,6
Total	38	100

Fuente: registro de evaluación geriátrica

Se muestran los conocimientos de la familia sobre la atención al paciente y al cuidador. Antes de la intervención respondieron inadecuadamente más del 50, 0 % de los cuidadores por lo que se consideró que el 100 % tenía conocimientos inadecuados. Después de la intervención, los familiares de 35 adultos mayores (92, 1 %), respondieron de forma adecuada. Solo tres familiares respondieron incorrectamente, debido a que eran adultos mayores, a los cuales les resulta difícil modificar sus hábitos y costumbres, así como el aprendizaje. ([Tabla 4](#))

Tabla 4. Conocimientos de los cuidadores sobre la atención a pacientes dependientes

Conocimientos	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuados	-	-	35	92,1
Inadecuados	38	100	3	7,9
Total	38	100	38	100

DISCUSIÓN

La influencia del sexo sobre la morbilidad geriátrica en general, al determinar que en promedio, la mujer vive más que el hombre en ocho años, lo cual depende de una mayor resistencia del organismo femenino, fue comprobada por Hinze.⁷ Sin embargo, en este estudio predominó el sexo masculino, (65, 8 %) lo que coincide con el estudio realizado por

López, Miranda y Hernández⁶ en esta misma provincia donde predominó el sexo masculino en un 51,40 % se destaca en esta investigación el porcentaje fue más elevado, aunque con muestras y en lugares diferentes.

Fue frecuente encontrar independencia de los ancianos en sus actividades básicas de la vida diaria, más no en las actividades instrumentales de la vida diaria lo cual está en relación directa con su incorporación a estas casas de abuelos, donde se realizan actividades y atención directa a estos adultos mayores, para mantenerlos como individuos aptos psíquica, física y biológicamente.^{7,8}

Si aceptamos que el envejecimiento individual no es más que la pérdida de las capacidades funcionales de la persona, la capacidad funcional debe formar parte indispensable del concepto de salud en la tercera edad. Por lo tanto, se considera la salud del anciano como la capacidad funcional de atenderse a sí mismo y desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad, lo cual le permita, de una forma dinámica, el desempeño de sus actividades del pleno vivir. La escala de Katz de ABVD, y de Lawton y Brody de AIVD, resultaron de utilidad en la medición de la salud funcional del anciano en este estudio y en otros trabajos.⁹

La función también depende de aspectos relacionados con el paciente y su enfermedad, la gravedad de esta, su impacto sobre el estado físico, la cognición o el ánimo, la motivación por mejorar y las expectativas personales. La OMS,¹¹ plantea eliminar el concepto de deficiencia, discapacidad y minusvalía como sinónimos y plantea el funcionamiento y discapacidad globalmente, basado en un modelo biopsicosocial, considera al individuo en el contexto en donde se desenvuelve.

La funcionalidad es fundamental dentro de la evaluación geriátrica pues permite definir el nivel de dependencia y plantear los objetivos de tratamiento y rehabilitación, así como instruir medidas de prevención para evitar mayor deterioro. La capacidad del paciente para funcionar puede ser vista como una medida de resumen de los efectos globales, de las condiciones de salud en su entorno y el sistema de apoyo social, y que progresivamente debe incorporarse dentro de la práctica clínica habitual y ser el pilar fundamental para el cuidado enfermero.⁹

Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen en la actualidad la principal causa de muerte en todas las regiones del mundo, con excepción del África Subsahariana. De los 35 millones de muertes en el año 2005 por enfermedades crónicas no transmisibles, el 80 %

ocurrió en los países en vías de desarrollo. En los EE.UU, tras una encuesta realizada, se encontró una prevalencia de hipertensión arterial (HTA) del 60 % en los encuestados entre 60 y 69 años de edad, esta prevalencia creció al 72 % para los encuestados entre 70 y 79 años, y al 77 % para los mayores de 80. Llibre Rodríguez, et al, ¹⁰ sin embargo, demostró que la hipertensión es un factor de riesgo independiente de infarto agudo del miocardio entre personas más viejas.

La prevalencia de la hipertensión arterial (HTA) fue casi similar en los ancianos de esta investigación que en la del estudio realizado por García Otero, et al, ⁸ en Pinar del Río (66, 1 %) lo que a su vez fue superior a la encontrada en otras investigaciones, que osciló de 43, 1 % a 53, 8 %, crea esto evidentemente una alerta para la toma de medidas higiénico-sanitarias y de control de esta enfermedad, que a su vez constituye en sí un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales. ¹³

Los cuidados familiares se ofrecen normalmente por una red de cuidadores compuesta por un cuidador principal, varios cuidadores secundarios que ofrecen ayuda indirecta, y otros miembros de las redes, como círculos de apoyo en torno a los cuidadores principales en los que aparecen familiares, amigos, voluntarios, etc, más o menos cercanos a los cuidadores en función de la implicación, intimidad y cercanía a estos. En términos generales se asume que la presencia de relaciones personales cercanas con otros, el grado de integración del individuo con su entorno, y contar con ciertos recursos sociales y psíquicos permanentemente se encuentran relacionados positivamente con la salud. ²

Sin duda, la familia es la mayor prestadora de atención de salud en nuestro medio, es una de las instituciones sociales más antiguas y más fuertes, considerada como un sistema y una unidad cuya socialización e interacción mutua afecta en mayor o en menor grado a cada uno de sus miembros; donde uno de ellos asume el rol de cuidadora/or principal en caso de discapacidad o limitación. La función social, educativa, laboral y de poder de la familia ha sido determinante en la perpetuación del rol de cuidadora asumido por la mujer, en su gran mayoría en calidad de esposa, hija o madre; rol asignado desde la división sexual del trabajo cuya organización está centrada en diferencias de género; rol reproductivo de la mujer basado en relaciones del afecto y actividades domésticas, dentro de la estructura familiar y rol productivo en el hombre y hegemónico en la dinámica económica familiar. ³

Es comparable el resultado de este estudio con respecto a los cuidadores con el de los cuidadores de adultos mayores en estudios previos, Rivera Mora, et al, ¹¹ en México, Pérez Martínez, et al, ⁴ Espín Andrade, et al, ¹² y Pérez Perdomo, et al, ¹ en Cuba, coinciden con el concepto de que los patrones culturales en la sociedad occidental a pesar de ser distintos en muchos aspectos, concuerdan en que la mujer sigue como el personaje principal que provee el soporte emocional en el núcleo familiar.

Cuidar en el ámbito doméstico incluye distintos tipos de cuidados; existen necesidades que constituyen la base del cuidado: alimentación, eliminación, reposo y sueño, higiene y confort, movilización, estimulación, las cuales le aseguran un mínimo de bienestar; si no se vela por este cumplimiento, los problemas del paciente se agudizarán y se deteriorarán cada vez más. A causa del aumento de los cuidados familiares, cada día se realizan más investigaciones que permiten poner a disposición instrumentos para identificar las tareas que realizan estos cuidadores, así como la repercusión en su salud. Pero no se ha identificado cual es el cumplimiento de dichas tareas, ni que factores pueden intervenir en su adecuado cumplimiento. ¹³

Por tanto, es fundamental lograr identificarlos y promover una atención individualizada desde el propio sistema de salud que permita una mejor calidad de vida del cuidador y del cuidado, lo cual se concreta fundamentalmente en un buen conocimiento de los cuidadores sobre el manejo del adulto mayor dependiente.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes evaluados con nivel 2 correspondieron al sexo masculino, y al grupo de 65 y más años. La enfermedad más frecuentemente asociada fue la hipertensión arterial, que a su vez es factor de riesgo para otras enfermedades. La mayor parte de estos ancianos son cuidados por mujeres.

Se recomienda que es viable, y necesario educar a los familiares sobre la atención a los pacientes dependientes y sus cuidadores, con lo que se reduce el impacto económico, social y familiar en estos casos, es la intervención educativa un elemento efectivo para ello.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez Perdomo M, Llibre Rodríguez J de J. Características sociodemográficas y nivel de sobrecarga de cuidadores de ancianos con Enfermedad de Alzheimer. Rev Cubana Enfermer [Internet]. Dic 2010 [citado 29 Ene 2014];26(3):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S086403192010000300003 & lng=es.
2. Herrera Lían A, Flórez Torres I E, Romero Massa E, Montalvo Prieto A. Soporte social a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Cartagena. AQUICHAN [Internet]. 2012 Dic [citado 29 Ene 2014];12(3):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2308/pdf>
3. Vaquiro Rodríguez S, Stiepovich Bertoni J. CUIDADO INFORMAL, UN RETO ASUMIDO POR LA MUJER. Cienc Enferm [Internet]. Ago 2010 [citado 29 Ene 2014];16(2):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000200002>.
4. Pérez Martínez VT, Vega Pazitková T de la. Repercusión de la demencia en los cuidadores primordiales del policlínico "Ana Betancourt". Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. Jun 2010 [citado 29 Ene 2014];26(2):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S086421252010000200003 & lng=es.
5. Alvarez Cortés J T, Bello Hernández V, Pérez Hechavarría G de los Á, Antomarchi Duany O, Bolívar Carrión M E. Factores de riesgo coronarios asociados al infarto agudo del miocardio en el adulto mayor. MEDISAN [Internet]. Ene 2013 [citado 29 Ene 2014];17(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S102930192013000100008 & lng=es.
6. Leonardo López M, Miranda Guerra A de J, Hernández Vergel L L. Valimiento del adulto mayor en dos consultorios del Policlínico Docente Hermanos Cruz. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. Jun 2010 [citado 29 Ene 2014];26(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S086421252010000200004 & lng=es.

7. Hinzl L. Sex differences in morbidity in the olders age. Oxford J. 1989;(7585):239-48.
8. García Otero M, García Portela R, Taño Lazo L. Salud funcional y enfermedades generales asociadas en ancianos. Rev Ciencias Médicas [Internet]. Mar 2010 [citado 29 Ene 2014];14(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S156131942010000100013 & lng=es.
9. Segovia Díaz de León M Graciela, Torres Hernández E A. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. Gerokomos [Internet]. Dic 2011 [citado 29 Ene 2014];22(4):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S1134928X2011000400003 & lng=es
10. Llibre Rodríguez J, Laucerique Pardo T, Noriega Fernández L, Guerra Hernández M. Prevalencia de hipertensión arterial, adhesión al tratamiento y su control en adultos mayores. Rev cubana med [Internet]. Sep 2011 [citado 29 Ene 2014];50(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S003475232011000300003 & lng=es.
11. Rivera Mora H, Mendoza Dávila R, González Pedraza Avilés A. Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos. Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas [Internet]. 2011 [citado 29 Ene 2014];16(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq2011/rmq111f.pdf>
12. Espín Andrade AM. Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. Sep 2012 [citado 29 Ene 2014];38(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S086434662012000300006 & lng=es
13. Luengo Martínez CE, Araneda Pagliotti G, López Espinoza MA. Factors of the caregiver that influence the fulfillment of the elegant basic ones of the humbled user. Index Enferm [Internet]. 2010 Mar [cited 2014 Ene 29];19(1): [about 4 p.]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S113212962010000100003 & lng=es

Recibido: 31 de enero de 2014

Aprobado: 11 de junio de 2014

I Licenciada en enfermería. Máster en Atención Integral a la a mujer. Profesor Asistente.
Hospital Universitario Abel Santamaría Cuadrado. Pinar del Río. Cuba. Email:
marante@minsap.pri.sld.cu