

Modelos en el cuidado a cuidadores de pacientes con demencia Models in care to caregivers of patients with dementia

Pascual Cuesta, Yadira¹
Elers Mastrapa, Yenny²
Garzón Patterson, Mabel³

¹ Facultad de Enfermería Lidia Doce/Secretaría Docente, La Habana, Cuba, ypascual@infomed.sld.cu

² Facultad de Enfermería Lidia Doce /Departamento Ciencias Básicas, La Habana, Cuba, elers@infomed.sld.cu

³ Policlínico Julio A. Mella/Vicedirección de Docencia, La Habana, Cuba, mabelgp@infomed.sld.cu

Resumen: Introducción: el cuidado a pacientes con demencia tiene consecuencias negativas para los cuidadores. La mayoría de las investigaciones que estudian las variables implicadas en el cuidado se basan en modelos teóricos del estrés. Objetivo: describir los modelos teóricos que sustentan los estudios de intervenciones con cuidadores de pacientes con demencia. Métodos: se realizó una revisión bibliográfica sobre estudios de intervenciones de pacientes con demencia. Se consultaron bases de datos como Scielo, Scopus, Ebsco, Cinhal. Los estudios seleccionados correspondieron a metanálisis, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos controlados y aleatorizados y estudios cuasiexperimentales. Se creó una base de datos bibliográfica con EndNote 13.0 Resultados: predominaron las investigaciones cuyo sustento teórico se basa en el modelo del estrés de Lazarous y Folkman. Se evidencian muy pocos estudios sustentados en modelos y teorías de enfermería dirigidos a las intervenciones con cuidadores de pacientes con demencia. Conclusiones: las investigaciones sobre intervenciones con cuidadores de pacientes con demencia están sustentadas en modelos del estrés, que tienen como base el modelo del estrés de Lazarus y Folkman. Los modelos de enfermería tienen gran importancia en los estudios de intervenciones en pacientes con demencia porque permiten fortalecer el conocimiento disciplinar, la práctica de enfermería con las consecuentes repercusiones en términos de calidad, autonomía y visibilidad del cuidado de enfermería.

Palabras clave: demencia; cuidadore;, modelos; teorías; intervenciones; enfermería

Abstract: Introduction: The care to patients with dementia has negative consequences to caregivers. The majority researches about variables that studies care is based in theory models of stress. Objective: to describe theory models that feed researches about interventions with caregivers of patients with dementia. Methods: it was carried out a bibliographic revision on researches about interventions with caregivers of patients with dementia. It was consulted data bases such as Scielo, Scopus, Ebsco, Cinhal. Selected studies corresponded to methanalysis, systematic revisions, randomized controlled trial and cuasiexperimental suties. It was created a bibliographic data base with EndNote 13.0. Results: it had a preponderance of researches supported in Lazarus and Folkman's stress model. There are a few studies supported in models and theories of nursing headed to about interventions with caregivers of patients with dementia. Conclusions: researches about interventions with caregivers of patients with dementia are supported in Lazarus and Folkman's stress model. Models and theories of nursing have importance because they steal the discipline knowledge and nursing practice to improve the quality, authonomy and visibility of nursing care.

***Key words:* dementia, caregivers, models, theories, interventions, nursing**

I. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional ha traído aparejado un incremento de las enfermedades neurodegenerativas en los adultos mayores. Las demencias constituyen actualmente un problema de salud en el mundo entero, donde la enfermedad de Alzheimer constituye la forma más frecuente de las demencias.

La Enfermedad de Alzheimer constituye un problema de salud para el paciente y para quien lo cuida, pues durante el transcurso de esta patología se produce un agravamiento de los signos y síntomas aparejado con una dependencia que se instaura paulatinamente lo cual tiene una repercusión en el cuidador principal.

Los cuidadores principales de pacientes con Alzheimer, suelen ser las hijas o las esposas del paciente, que conviven en el mismo domicilio, brindan cuidados por más de 12 horas al día durante cuatro años aproximadamente, sin vínculo laboral y perciben niveles de sobrecarga, ansiedad y depresión producto del cuidado a su ser querido.¹⁻³

Numerosos estudios se han realizado sobre el impacto que tiene el cuidado a pacientes con demencia en el cuidador principal⁴⁻⁸ y se han desarrollado intervenciones con el objetivo de disminuir la sobrecarga, la ansiedad y la depresión. Pero debido a variabilidad en los diseños de estas investigaciones se ha dificultado poder evaluar la efectividad de las intervenciones. Por otro lado, los modelos teóricos en que se sustentan las mismas han sido abordados desde disciplinas como la psicología, la psiquiatría. Sin embargo, la enfermería como ciencia y profesión posee un cuerpo de conocimientos, modelos y teorías en que puedan sustentarse las intervenciones con cuidadores de pacientes con demencia para así mejorar la práctica, la calidad de la atención y disminuir las consecuencias del cuidado en el cuidador.

Es por ello que el objetivo del presente trabajo se enmarca en describir los modelos teóricos que sustentan los cuidados a los cuidadores de pacientes con demencia.

II. MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica en el período enero-diciembre de 2017 sobre modelos que sustentan investigaciones con pacientes con demencia y sus cuidadores. Se consultaron bases de datos bibliográficas como Scielo, Scopus, Ebsco, Cinhal, Wiley. Los estudios seleccionados correspondieron a metanálisis, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos controlados y aleatorizados, estudios cuasiexperimentales y tesis. Fueron consultados un total de 150 artículos. Se creó una base de datos bibliográfica con EndNote 13.0

III. RESULTADOS

El enfoque frecuentemente encontrado en el estudio del cuidado y sus consecuencias es el que lo sitúa dentro del marco del estrés. Gallardo Vargas,⁹ citando a Losada Baltar et al, asevera que la mayoría de los trabajos en los que se estudian las variables implicadas en el cuidado se han basado en modelos clásicos del estrés como el de Lazarus y Folkman (1984). A través de ellos se intenta conocer cuáles son los mecanismos que contribuyen a que se produzcan consecuencias negativas sobre la salud de los cuidadores.

Con el propósito de fundamentar un diseño metodológico para la evaluación del cuidado informal de enfermos de Alzheimer a partir del modelo de estrés y afrontamiento adaptado a la situación del cuidado, el autor describe cinco modelos basados en el modelo clásico del estrés: ⁹

- a) Modelo simple ABCX: ideado por Hill (1949-1958) fue desarrollado originalmente para describir el impacto de un estresor en el sistema familiar. ¹⁰
- b) Modelo doble ABCX: Mc Cubbin y Patterson (1983) amplían el modelo simple y proponen el modelo del doble ABCX de ajuste y adaptación. ¹¹ La idea del "doble ABCX" precisa que hay dos crisis o estresores: el problema de salud y el problema de dar cuidados. ¹²
- c) Modelo del proceso del estrés: adopta un acercamiento multidimensional, con la integración de variables contextuales, como los factores demográficos (edad, sexo, estado civil, ingresos, situación laboral), la estructura y los vínculos familiares, el tipo de relación previa al cuidado, la disponibilidad de cuidadores y de servicios, así como el contexto cultural y las características propias del cuidado. ⁹
- d) Modelo teórico expandido del cuidado: señala que la carga se solapa en los componentes subjetivos del modelo descrito previamente y ofrece un esquema que permite comprender como se siente el cuidador respecto a la situación de cuidado. ¹¹
- e) Modelo de estrés adaptado al cuidado por Haley (1987): plantea que para comprender el malestar psicológico y físico de las personas que se adjudican el rol de cuidadores, se debe considerar al estrés como proceso en el que intervienen los factores del contexto (personales, demográficos y socioculturales), los estresores como el grado de deterioro y de dependencia de la persona, así como, los problemas de conducta del paciente. ¹³

Otros de los modelos aparecen en la literatura son: el de Lawton, Moss, Kleban, Glicksman y Rovine (1991), el modelo de Haley et al. (1996), el modelo de Braithwaite (1996) y el modelo de Pearlin, Mullan, Semple y Skaff, (1990). Todos ellos se basan en mayor o menor medida en el modelo de Lazarus y Folkman (1984). ¹⁴

Algunos autores han comparado el proceso de cuidado con una carrera de maratón, y realmente este proceso largo, en algunos casos, y agotador en la mayoría de las ocasiones, puede llegar a afectar no sólo al bienestar físico del cuidador, sino que también afecta a su bienestar psicológico. Las consecuencias, tanto físicas como psicológicas, en los cuidadores son numerosas. Existen modelos teóricos de estrés aplicados al proceso de cuidado de una persona mayor dependiente: ¹⁵

- a) Modelo de estrés de Pearlin, Mullan, Semple y Skaff (1990): se basa en el modelo explicativo del estrés de Lazarus y Folkman, en el que los autores distinguen dos componentes en el proceso de aparición de una vivencia de estrés: la apreciación primaria y la apreciación secundaria. Propusieron un modelo explicativo de estrés aplicado al cuidado de una persona afectada de enfermedad de Alzheimer. Este modelo concibe el proceso de estrés como el resultado de la relación entre distintas variables: antecedentes y condiciones del contexto (previas al cuidado); estresores y variables moduladoras (relacionadas con el proceso de cuidado); y resultados (consecuencias del cuidado).
- b) Modelo de estrés de Lawton, Moss, Kleban, Glicksmann Y Rovine (1989, 1991): pretende añadir nuevos elementos al modelo anteriormente expuesto. Aporta una novedad con respecto al modelo anterior, se centra en la relación existente entre la situación objetiva de cuidado (estresores objetivos) y las constantes valoraciones y estimaciones que el cuidador realiza de ella. En consecuencia, asume que estas valoraciones tendrán un efecto determinante en la experiencia general

de cuidado o bienestar del cuidador. Uno de los puntos fuertes de este modelo es que ha intentado entender el proceso de cuidado como un proceso dinámico, en el que se tienen en cuenta la persona del cuidador, el paciente y otros factores psicosociales y ambientales.

- c) Modelo de estrés de Yates, Tennstedt, y Bei-Hung (1999): pretende unir los modelos anteriores. Para ello, los autores han realizado algunas modificaciones en el modelo de Pearlin y cols. (1990), que permitieron incorporar el modelo de Lawton y cols. (1991). El modelo propuesto consta de nuevos integrantes no incluidos en fundamentaciones teóricas previas. En este sentido, une las variables estresoras del cuidado, la apreciación o estimación del cuidador y los potenciales mediadores en el bienestar del cuidador. En síntesis, el bienestar del cuidador dependerá de los estresores primarios, la estimación que el cuidador haga de ellos y de los potenciales mediadores.

En la literatura se ha criticado que a medida que se utilizan más los modelos de estrés en las investigaciones con cuidadores cada vez son menos precisos. En general, se han criticado varios aspectos: a) en un primer momento, el modelo de estrés se centraba en los mecanismos de afrontamiento del cuidador, b) pocas veces se han reconocido consecuencias positivas con el paradigma de estrés, c) debido a que se tiende a considerar que las variables estresoras provienen de la persona que recibe el cuidado, el modelo pierde la visión de la relación diádica entre el cuidador y la persona que recibe el cuidado, así como con el resto de familiares y relaciones allegadas. Estas relaciones son multidimensionales por naturaleza e incluyen interacciones actuales y pasadas que ocurren en un contexto cultural e histórico.¹⁵

Por su parte Gatz, citado por Deví y Ruiz Almazán plantean que, en investigaciones organizadas sobre las consecuencias del proceso del cuidado en el cuidador, se ha probado la utilidad del esquema de estrés y afrontamiento. De todas maneras, estos modelos tienen tres limitaciones importantes: se fijan en el afrontamiento individual del cuidador; los resultados positivos son raramente reconocidos y explorados; los modelos hacen escasa provisión por incluir las perspectivas de la persona enferma.¹²

Los modelos de cuidados dirigidos a los adultos mayores y sus cuidadores necesitan estar centrados de manera individual considerando las características de cada uno. En consecuencia, deben estar organizados de manera integrada y los cuidados deben estar coordinados siguiendo una misma línea.¹⁶

Tradicionalmente, la práctica del cuidado era absolutamente dependiente de las órdenes médicas. La unión teoría-práctica ha fundamentado esas acciones, sirviéndole de guía también para la educación y la investigación asociadas a las propias funciones profesionales.¹⁷

La evolución de la enfermería ha contribuido al desarrollo de filosofías y teorías, que han perfeccionado los conocimientos necesarios para mejorar la práctica diaria mediante el control de los fenómenos que son válidos no solo para la enfermería, sino también para otras especialidades. Su conocimiento da autonomía e identidad profesional tanto para la formación como para la investigación. El ejercicio de la enfermería es complejo, dinámico y responde a las necesidades del paciente y de los sistemas de atención sanitaria en evolución.¹⁷

El sustento teórico de la enfermería comienza a desarrollarse y adquirir mayor precisión y validez con estudios de investigación desde hace un poco más de cien años, a partir de las reflexiones y los trabajos de observación, recolección y análisis de datos que hizo Nightingale en los hospitales donde prestó sus servicios, y que le sirvieron para sustentar sus proyectos de mejoramiento de los servicios de salud. Sin embargo, es apenas hacia la mitad del siglo pasado cuando en verdad se concreta con el estudio sistematizado de la enfermería, con resultados de investigaciones realizadas con rigor metodológico, y la for-

mulación de varias propuestas de modelos teóricos y teorías de enfermería que dan sustento a la práctica.¹⁸

Meleis sostiene que los modelos conceptuales constituyen una carta de navegación para la práctica evitan que ésta se base en preconcepciones, intuiciones, rutinas y rituales, refuerzan la identidad de las enfermeras, al crear un pensamiento y un lenguaje compartido entre quienes las siguen, refuerzan la importancia del ser humano como centro de atención para el cuidado y, de esta manera, permiten identificar con mayor claridad cuál es la contribución de las enfermeras, como parte de un equipo interdisciplinario, a los servicios de salud.¹⁹

Uno de los retos que tiene la enfermería es la producción y consolidación de conocimiento propio que permita fortalecer la autonomía de las enfermeras, mejorar la calidad del cuidado que se presta a las personas y grupos de la comunidad y promover su reconocimiento como disciplina profesional. Este conocimiento se ve reflejado en los modelos conceptuales y teorías, producto de la observación en la práctica, de la investigación y de la indagación filosófica.²⁰

En la literatura consultada se evidencian muy pocos estudios sobre los cuidados a los cuidadores de pacientes con demencias, en los que los modelos y teorías de enfermería constituyan el sustento teórico. A los efectos de esta investigación, la autora propone algunos modelos de enfermería, que permitan sustentar la práctica de la profesión relacionados con el cuidado al cuidador de los pacientes que sufren EA. Algunos de ellos podrían servir de sustento para futuras investigaciones.

A. Modelos para el cuidado del paciente dependiente con enfermedad de Alzheimer

Modelo de la enfermería basado en un modelo de la vida de Nancy Roper, Winifred W. Logan y Alison J. Tierney. Este modelo surgió como respuesta a la utilización de calificativos para denominar la práctica de enfermería de acuerdo con las ideas de la práctica médica. Tres décadas de estudios sobre los elementos de la enfermería por Roper evolucionaron hacia un modelo de enfermería con cinco factores principales que incluían las actividades de la vida diaria.²¹

En el modelo de enfermería, las actividades de la vida diaria incluyen mantener un entorno sano, comunicarse, respirar, comer y beber, funciones de eliminación, aseo personal y vestimenta, control de la temperatura corporal, movilización, trabajo y ocio, expresión de la sexualidad, sueño y muerte. La duración de la vida va desde el nacimiento hasta la muerte, y en un continuo de dependencia-independencia que va desde una dependencia total hasta una independencia total. Los cinco grupos de factores que influyen en las actividades de la vida diaria son biológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales y político-económicos.²¹

Los cinco componentes pueden utilizarse para describir a la persona en cuanto a mantener la salud, prevenir la enfermedad, afrontar períodos de enfermedad y rehabilitación, afrontar positivamente los períodos de enfermedad crónica y afrontar la muerte. La enfermería individualizadora se consigue con el proceso de enfermería, que incluye cuatro fases: a) valorar, b) planificar, c) ejecutar y d) evaluar. El proceso es simplemente un método de pensamiento lógico y debería utilizarse con un modelo de enfermería explícito. Durante las cuatro fases del proceso debe tenerse en cuenta la individualidad del paciente en la vida.²¹

B. Modelos para el cuidado al cuidador del paciente con enfermedad de Alzheimer

Modelo de la conservación de Myra Estrin Levine. La conservación describe el modo en que los sistemas complejos son capaces de continuar funcionando en circunstancias difíciles. Mediante la conservación, los individuos son capaces de enfrentarse a los obstáculos, adaptarse y mantener su integridad. El objetivo de la conservación es la salud y la fuerza para enfrentarse a las discapacidades y las normas de conservación y de integridad intervienen en todas las situaciones donde se precisa un cuidado enfermero. El principal objetivo de la conservación es mantener íntegro al individuo en su globalidad. 22

El modelo hace especial hincapié en las interacciones e intervenciones enfermeras que pretenden mantener la globalidad y fomentar la adaptación. La conservación pretende conseguir un equilibrio entre la demanda y el abastecimiento de energía con respecto a la realidad biológica única del individuo. El cuidado enfermero se basa en el conocimiento científico y en las habilidades enfermeras. 22

Levine declara cuatro principios de conservación que permiten llevar a cabo intervenciones para alcanzar los objetivos del modelo: conservación de la energía (el individuo necesita equilibrar su energía y renovarla constantemente para mantener sus actividades vitales. Los procesos como la curación y el envejecimiento ponen a prueba su energía); conservación de la integridad estructural (la curación es un proceso mediante el cual se restaura la integridad estructural y funcional para proteger la globalidad); conservación de la integridad personal (la autovaloración y la identidad son importantes. Los más vulnerables se convierten en pacientes. El objetivo de la enfermera es impartir conocimiento y dar fuerza de modo que el individuo pueda retomar su vida privada: que ya no sea un paciente, ni dependa de nadie); y la conservación de la integridad social (la vida cobra significado a través de las comunidades sociales y la salud está determinada socialmente. Las enfermeras cumplen una función profesional, ayudan a las familias, proporcionan asistencia en las necesidades religiosas y utilizan las relaciones interpersonales para conservar la integridad social). 22

Modelo de la adaptación de Sor Callista Roy. El modelo de Roy se centra en el concepto de adaptación de la persona. Las nociones de Roy de enfermería, persona, salud y entorno están relacionadas con este concepto base. La persona busca continuamente estímulos en su entorno. Como paso último, se efectúa la reacción y se da paso a la adaptación. Esta reacción puede ser eficaz o puede no serlo. Las respuestas de adaptación eficaces son las que fomentan la integridad y ayudan a la persona a conseguir el objetivo de adaptarse, es decir, la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el control sobre las cosas y las transformaciones que sufre la persona y el entorno. Las respuestas ineficaces son las que no consiguen o amenazan los objetivos de adaptación. La enfermería tiene como único propósito ayudar a las personas en su esfuerzo por adaptarse a tener bajo control el entorno. El resultado de esto es la consecución de un óptimo nivel de bienestar para la persona. 23

La persona recibe estímulos tanto del ambiente como de sí misma. El nivel de adaptación está determinado por el conjunto de efectos que producen los estímulos focales, contextuales y residuales. Se consigue la adaptación cuando la persona reacciona de modo positivo ante los cambios que se producen en su entorno. Esta respuesta de adaptación estimula la integridad de la persona, lo que la conduce a tener una buena salud. Las reacciones ineficaces ante los estímulos interrumpen la integridad de la persona. Roy describe cuatro modos de adaptación: 23

El modo de adaptación fisiológico-físico se centra en la manera en que los seres humanos reaccionan ante su entorno por medio de procesos fisiológicos con el fin de cubrir las necesidades básicas. El modo de adaptación del autoconcepto de grupo se centra, en particular, en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano. El autoconcepto de grupo se centra en la necesidad de saber quién es uno

mismo y cómo se debe actuar en la sociedad. El modo de adaptación de la función del rol describe los roles primario, secundario y terciario que desempeña el individuo en la sociedad. El rol describe las expectativas que se tienen de cómo actuará un individuo frente a otro. El modo de adaptación de la interdependencia trata sobre las interacciones de la gente en la sociedad. La principal labor del modo de adaptación de la interdependencia en las personas es dar y recibir amor, respeto y valores. El propósito de los cuatro modos de adaptación es conseguir la integridad fisiológica, psicológica y social.²³

IV. CONCLUSIONES

Las investigaciones con cuidadores de pacientes con demencia están sustentadas en modelos del estrés, que tienen como base el modelo del estrés de Lazarus y Folkman. Los modelos de enfermería tienen gran importancia en los estudios de intervenciones en pacientes con demencia porque permiten fortalecer el conocimiento disciplinar, con las consecuentes repercusiones en términos de calidad, autonomía y visibilidad del cuidado de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pascual Cuesta Y. La sobrecarga en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer. [Tesis de maestría], La Habana; 2012.
2. Pascual Cuesta Y, Garzón Patterson M, Silva Williams H. Características sociodemográficas de pacientes con enfermedad de Alzheimer y sus cuidadores principales. Rev Cub Enferm [serie en internet]. 2015 [citado 3 Nov 2016]; 31(2): aprox 10 pantallas. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/319>.
3. Garzón Patterson M. Relación entre estadios, síntomas psicológicos y conductuales y depresión en cuidadores de pacientes con demencia de Alzheimer. Policlínico Portuondo, Marianao, 2010. [Tesis de maestría]. La Habana; 2012.
4. Cerquera Córdoba AM, Galvis Aparicio MJ. Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. Pensamiento Psicológico. 2014;12(1):149-67.
5. De la Cuesta Benjumea C. El cuidado del otro: Desafíos y posibilidades. Invest Educ Enferm. 2007;25(1):106-12.
6. Espín Andrade AM. Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Revista Cubana de Salud Pública. 2012;38(3):393-402.
7. Molinuevo JL, Hernández B. Perfil del cuidador informal del paciente con enfermedad de Alzheimer no respondedor al tratamiento sintomático de la enfermedad. Neurología. 2011;26(9):518-27.
8. Vaquiro-Rodríguez S, Stiepovich-Bertoni J. Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. Ciencia y Enfermería. 2010;16(2):17-24.
9. Gallardo Vargas R, Barón Hernández D, Cruz Menor E. Fundamentación de un diseño metodológico para la evaluación del cuidado informal en enfermos de Alzheimer. Rev Cienc Méd Pinar Río [serie en internet]. 2012 2 Dic 2015]; 16(3): Disponible en: <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/940/html>
10. Martínez Martín MA, Cruz Bilbao León M. Acercamiento a la realidad de las familias de personas con autismo. Intervención Psicosocial [serie en Internet]. 2008 [citado 5 Nov 2010];17(2):

- [aprox. 1p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113205592008000200009&script=sci_arttext&tlng=es
11. Carretero Gómez S, Garcés Ferrer J, Ródenas Rigla F. La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial [serie en Internet]. Lugar (s/l): Editorial (s/n); año (s/a) [citado 20 Oct 2010]. Disponible en: <http://mayores.pre.cti.csic.es/documentos/documentos/polibienestar-sobrecarga-02.pdf>
 12. Deví J, Ruiz Almazán I. Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo con demencia. *Rev Mult Gerontol* [serie en Internet]. 2002 [citado 10 Oct 2010]; 12(1): [aprox. 4p.]. Disponible en: http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2002_1/g-12-1-005.pdf
 13. Losada A, Márquez-González M, Peñacoba C, Gallagher-Thompson D, Knight BG. Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinar. *Psicología Conductual* [serie en Internet]. 2007 [citado 15 Nov 2010]; 15(1): [aprox. 3p.]. Disponible en: http://docentes.cs.urjc.es/~alosada/cuidar_cuidandose.pdf
 14. Muela Martínez JA, Torres Colmenero CJ, Peláez Peláez EM. Nuevo instrumento de evaluación de situaciones estresantes en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Anales de psicología*. 2002; 18(2): 319-31.
 15. Yanguas Lezaun JJ, Etxeberria Arritzabal I, Buiza Bueno C, Galdona Erquizia N, González Pérez MF. Malos tratos a personas mayores: El Rol del apoyo informal y sus posibilidades de intervención. En: Cuesta Arzamendi JL. *El Maltrato de personas mayores: Detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar*. 2006; p.101-32. Disponible en: www.hurkoa.org/libro.htm
 16. Peixoto Veras R, Pereira Caldas C, Branco da Motta L, Costa de Lima K, Carreño Siqueira R, Da SilvaVendas Rodrigues RT, et al. Integration and continuity of Care in health care network models for frail older adults. *Rev Saúde Pública* 2014; 48(2):357-65.
 17. Naranjo Hernández Y, Rodríguez Larrinaga M, Concepción Pacheco JA. Reflexiones conceptuales sobre algunas teorías de enfermería y su validez en la práctica cubana. *Rev Cub Enferm* [serie en Internet]. 2016 9 Enero 2017]; 32(4):11 pantallas. Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/986/217>.
 18. Garzón Alarcón N. Ética profesional y teorías de enfermería. *Aquichán*. 2005; 5(1):64-71.
 19. Meleis A. *Theoretical nursing: development and progress*. 3a ed. Lippincott; 1997.
 20. Moreno-Fergusson ME, María Alvarado-García A. Aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. *Aquichan*. 2009;9(1):62 - 72.
 21. Pokorny ME. Teorías en enfermería de importancia histórica. In: Raile Alligood M, Marriner Tomey A, editors. *Modelos y teorías en enfermería*. 7ma ed. España Elsevier; 2011. p. 63-6.
 22. Moore Schaefer K. El modelo de conservación. En: Raile Alligood M, Marriner Tomey A. *Modelos y teorías en enfermería*. 7ma edición ed. España: Elsevier; 2011. p. 225-41.
 23. Phillips KD. Modelo de adaptación. En: Raile Alligood M, Marriner Tomey A. *Modelos y teorías en enfermería*. 7ma ed. España: Elsevier; 2011. p. 335-65.