



Facultade de Enfermaría e Podoloxía
UNIVERSIDADE DA CORUÑA

GRAO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2012 / 2013

TRABALLO DE FIN DE GRAO

**“Cuidados Socioculturales: influencia en el
cuidador informal”**

Almudena Fernández Monasterio

Relación de Director/es Trabajo Fin de Grado:

Dña. Pilar Darriba Rodríguez

ÍNDICE

1. Cuidados Socioculturales: influencia en el cuidador informal: Resumen
2. Antecedentes y estado actual del tema
3. Hipótesis
4. Objetivos: General y específicos.
5. Metodología
 - 5.1. Diseño del estudio
 - 5.1.1. Primera fase del diseño cualitativo: Orientación y panorama general
 - 5.1.2. Segunda fase del diseño cualitativo: Exploración concretada
 - 5.1.2.1. Características de los participantes.
 - 5.1.2.2. Lugar del estudio
 - 5.1.2.3. Técnicas de recogida de datos
 - 5.1.2.3.1. Selección de participantes
 - 5.1.2.3.2. Tipo de muestreo
 - 5.1.2.3.3. Tipo de entrevista
 - 5.1.2.3.4. Grupos de discusión
 - 5.1.3. Tercera fase del diseño cualitativo: Confirmación y cierre
 - 5.2. Desarrollo del estudio
 - 5.3. Variables del estudio
 - 5.4. Análisis de datos
 - 5.4.1. Fase de organización, procesamiento y análisis de los datos
 - 5.4.2. Codificación de datos
 - 5.4.3. Abstracción e interpretación de datos
 - 5.4.4. Exposición de los datos
 - 5.5. Limitaciones del estudio
 - 5.6. Cronograma del estudio
 - 5.7. Aspectos éticos
6. Plan de trabajo
7. Plan de difusión de los resultados
8. Financiamiento de la investigación

8.1. Recursos necesarios:

8.1.1. Infraestructura necesaria

8.1.2. Recursos humanos necesarios

8.1.3. Material fungible e inventariable

8.1.3.1. Gasto de personal

8.1.3.2. Bienes y servicios

8.1.3.3. Viajes y ayudas de coste

8.1.3.4. Otros gastos

8.1.4. Financiamiento de la investigación

8.2. Posibles fuentes de financiamiento

8.2.1. Fuentes de financiamiento público

8.2.2. Fuentes de financiamiento privado

9. Anexos

10. Bibliografía

1. CUIDADOS SOCIOCULTURALES: INFLUENCIA EN EL CUIDADOR INFORMAL

Resumen: El interés de éste estudio radica en que las personas mayores dependientes, con algún tipo de proceso o enfermedad incapacitante de etiología neurológica, constituye un fenómeno social e importante que afecta a un alto porcentaje tanto de la población española como mundial. Según diferentes autores como Leininger¹ para brindar unos cuidados de calidad es indispensable considerar al individuo como un sujeto holístico interesándose sobre su lenguaje, creencias, valores, etc. *Objetivos:* el principal objetivo trata de conocer de qué manera afectan factores socioculturales como edad, nivel de conocimientos, creencias, etc. en el cuidado de la persona dependiente proporcionado por un cuidador informal. *Metodología:* la metodología que se utilizará es de tipo cualitativo, con enfoque fenomenológico, utilizando como técnicas de recolección de datos la entrevista en profundidad y los grupos de discusión. El análisis de datos se realiza organizando, desglosando y clasificando los datos obtenidos tanto en las entrevistas en profundidad, grupos de discusión y demás técnicas complementarias.

Abstract: The interest of this study is that the older disabled people with some type of neurological illness are an important social phenomenon that concerns to highg percente in Spain and in the rest of the world. According to Leininger, says that is important consider the person as a holistic person,try to understand their costumes, languages,etc. affect to the carers to disabled people. *Objectives:* Principal objective tries to know about how some sociocultural factors as age, sex, level of economy,etc. affect to the career. of disabled person, provides to informal caregivers. *Methodology:* is cualitative with phenomenological perspective. Use

profundity interview and focus groups. The analysis of information is done by organization of information, breaking it in easy parts and put in order all information.

2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

El inicio de los cuidados socioculturales, no está establecido en el tiempo, pero sí la definición de “Enfermería Transcultural” por Madeleine Leininger en el año 1978, sentando las bases de dicho término y definiéndolo como:

“Una de las grandes áreas de enfermería que se centra en el estudio y análisis comparado de las diferentes culturas y subculturas del mundo, desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y enfermedad y de los modelos de conducta, siempre con el propósito de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una práctica de la atención sanitaria específica de la cultura y/o universal.”¹

Ya que, como señala Leininger, es necesario considerar al paciente desde un punto de vista holístico a la hora de brindar cuidados teniendo en cuenta además de su situación de salud, también sus costumbres, creencias ,etc. para alcanzar la excelencia de los mismos. Definiendo la cultura como:

“Conocimiento que se adquiere y transmite acerca de una cultura particular, con sus valores, creencias, reglas de comportamiento y práctica en el estilo de vida, que orienta estructuralmente a un grupo determinado en sus pensamientos y actividades”²

Se debe considerar el doble enfoque que presenta la Antropología dictaminando la diferencia entre “padecer” y enfermedad, siendo el primero el modo en que el individuo percibe o afronta de forma individual su estado de salud y la enfermedad como un concepto que engloba tanto los signos, síntomas, causas y lesiones que se pueden producir en el organismo; la enfermería brinda cuidados en ambas situaciones y para que los mismos sean adecuados debe conocer el entorno sociocultural propio de cada individuo.

En caso de no tener en cuenta los factores socioculturales que influyen en el individuo, Leininger establece que dichos pacientes mostrarán una serie de síntomas como tensión, insatisfacción con el personal, preocupaciones de índole ético y/o moral, además de tener consecuencias graves a la hora de establecer un diagnóstico³.

Con respecto a la población anciana, estos factores se modifican a lo largo del tiempo, llegando a un punto que los hace diferentes del resto de individuos de la misma comunidad. En primer lugar la percepción individual sobre este período de la ancianidad puede ser percibida como una época de descanso, tranquilidad, sabiduría, etc. o como una etapa triste, amarga, de enfermedades tanto crónicas como agudas.

Algunos de los motivos por los cuales se establece la necesidad de que la enfermería esté formada en “Enfermería Gerontológica Transcultural” erradica de una elevación de los movimientos migratorio dentro de un país como entre países a nivel mundial, lo que provoca la convivencia de diferentes culturas que esperan del profesional sanitario empatía y comprensión de sus creencias y características concretas.

En caso de los ancianos pacientes, que pueden ser o no inmigrantes, ingresan en centros junto con su familia dónde el control es ejercido por los profesionales sanitarios, a raíz de lo que se establecen problemas lingüísticos, culturales, creencias, etc. debido a que los hábitos cotidianos son establecidos de diferente forma a los individuales anulando un período de adaptación con posible inadaptación al nuevo hogar².

La sociedad obliga en cierto modo, a la gente mayor a cambiar su rol social, es decir, abandono de roles que ha desempeñado durante su vida y adquisición de otros nuevos.

Los principales factores sociales que la persona mayor considera más afectados son la economía, vivienda, modelo de convivencia o aislamiento y ocio y tiempo libre.

La jubilación supone el abandono del rol de trabajador y con ello disminución de los ingresos; conforme aumenta la edad surgen nuevas necesidades que a veces no son debidamente cubiertas debido a un bajo nivel económico.

En relación también con la economía, otro de los factores que preocupa a la población anciana, es la vivienda. Un alto porcentaje de gente mayor vive en edificios deficientes presentando múltiples elementos que lo categorizan así como humedades en la parte baja, filtraciones del tejado, evacuación de aguas residuales en mal estado, etc.

A nivel psicosocial, existen otros dos factores sin duda tan importantes como los anteriormente mencionados.

Por una parte la persona mayor considera que la soledad o aislamiento social, es el tercer problema más importante, ya que llegados a esta etapa de la vida, sufren la pérdida de algún ser querido, falta de contacto social, falta de interés por parte de la familia, etc.

El último de los factores es referido al ocio y tiempo libre. En este factor es más sencillo aportar pautas al anciano para que pueda disfrutar de ello, ya que algunos casos están exentos de educación para la vejez destinados a aprovechar y disfrutar el ocio y tiempo libre⁴.

Como profesional sanitario, se deben de poseer conocimientos sobre cuidados socioculturales, teniendo en cuenta las creencias, costumbres, lenguaje, etc. individuales constituyendo una red de

apoyo y brindando unos cuidados excelentes a la población mayor².

3. HIPÓTESIS

El interés de éste estudio radica en que las personas mayores dependientes con algún tipo de proceso o enfermedad incapacitante de etiología neurológica, constituye un fenómeno social e importante que afecta a un alto porcentaje tanto de la población española como mundial, ya que, según la Organización Mundial de la Salud, 24 millones de personas en el mundo sufren Alzheimer u otro tipo de demencia⁵.

En el caso particular de Galicia, según publica la “Sociedade Galega de Neuroloxía” a través del estudio “EURODEM”, se estima que un 20% de los mayores de 65 años padece algún tipo de deterioro cognitivo, y el número de personas con demencia, se incrementa a 4.400 casos nuevos por año⁶.

Esta situación determina que, en un momento dado en el tiempo y en el estadio concreto de la enfermedad, genera la dependencia del sujeto que la padece.

Como consecuencia, el enfermo necesita que “otro” lo supla en algunas de sus necesidades básicas en su vida diaria.

Según la literatura, en la mayor parte de los casos esta relación de ayuda viene determinada por algún familiar, sea directo o político, generalmente del sexo femenino, mediana edad y con nivel de estudios básico^{7,8}.

En España en el 5,1% de los hogares viven personas que prestan ayuda a mayores dependientes; de este porcentaje el 4,5% corresponde al cuidador informal o no profesional y el otro 0,5% a empleados de hogar; una vez más se demuestra que la responsabilidad del cuidado recae en el aspecto informal⁸.

4 . OBJETIVOS

✚ General:

El principal objetivo del presente trabajo, consiste en conocer la influencia factores socioculturales como edad, sexo, nivel académico, nivel económico, conocimientos,... entre otros, en el cuidador informal de personas ancianas dependientes.

✚ Específicos:

- Mostrar la experiencia de dichos cuidadores.
- Comprobar los conocimientos referentes a cuidados informales, derechos del cuidador, etc.
- Analizar cómo influyen los factores socioculturales en el cuidador.
- Valorar la capacidad de los cuidadores informales para realizar cambios en su vida
- Conocer la perspectiva de los cuidadores sobre el apoyo socio sanitario existente en la actualidad.

5. METODOLOGÍA

5.1 Diseño del estudio

La metodología a utilizar será la cualitativa, ya que se trata de obtener información a través de la experiencia de cuidadores informales, teniendo en cuenta que la importancia reside en la calidad de la información y no en la cantidad.

Como señalan Bogdan y Taylor⁹, este tipo de investigación es inductiva y una de sus características es la de conocer el fenómeno desde una perspectiva holística, por lo que se trata de entender a las personas en su contexto, para que el investigador pueda “empaparse” del fenómeno manteniendo durante todo el proceso su objetividad.

El método cualitativo más adecuado en este estudio, es el de la fenomenología, analizando a través de los informantes sus experiencias personales y de las cuales se extrae la conclusión que se pretende alcanzar, es decir:

“describir, comprender e interpretar la información desde el punto de vista de los cuidadores informales”⁹

Según Lincoln y Guba¹⁰, existen tres fases en el diseño del estudio cualitativo:

5.1.1 Primera fase: “Orientación y panorama general”: comienza realizando una revisión bibliográfica centrada en el tema a estudiar concreto.

El perfil socio-demográfico del cuidador informal como del de mujer, de mediana edad, casada y con bajos ingresos económicos. En este estudio, se pretende analizar cómo afectan dichos factores teniendo en cuenta la diferencia que surge en los mismos, a través del testimonio del propio cuidador; por ejemplo un mismo factor como puede ser la situación de un desempleado, sin ningún tipo de

ayuda económica, influye de diferente manera en un hombre o en una mujer, en función del estatus que ocupe dentro de su familia y a su vez repercute en las condiciones de cuidado⁸.

5.1.2 Segunda fase: Exploración concretada: en este apartado, se definen los siguientes requisitos a incorporar en el estudio¹⁰:

5.1.2.1 Características de los participantes: deben cumplir diferentes criterios, en el caso de este estudio, serán los siguientes:

Criterios de inclusión:

- ✚ Cuidadores informales de personas mayores dependientes para actividades básicas de la vida diaria
- ✚ Que los pacientes que cuiden los citados cuidadores informales, presenten patología incapacitante de tipo neurológico (Accidente cerebrovascular, Alzheimer, etc.)
- ✚ Sexo: varones/mujeres
- ✚ Imprescindible relación de parentesco con la persona dependiente
- ✚ Edad de los cuidadores entre los 45 y 60 años
- ✚ Cuidadores alfabetizados
- ✚ Nivel económico: bajo/medio
- ✚ El cuidador deberá llevar realizando los cuidados informales como mínimo 1 mes

Criterios de exclusión:

- ✚ Cuidadores en edad de jubilación
- ✚ Cuidadores sin relación de parentesco con el mayor
- ✚ Cuidadores de personas institucionalizadas u hospitalizadas
- ✚ Cuidadores remunerados

5.1.2.2 Lugar de estudio: la investigación se llevará a cabo en una consulta de Atención Primaria o cualquier otro lugar acondicionado dentro del Centro de Salud, ya que en el caso de la zona de “A Mariña lucense”, los participantes podrían acceder fácilmente al Centro de Salud de su zona.

Para hacer esto posible es necesario seguir los siguientes pasos:

En primer lugar se debe solicitar el permiso al Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia (CEIC de Galicia), para llevar a cabo la investigación. En este estudio en concreto, se cumplimentaran diferentes documentos, como el de compromiso del investigador principal, el protocolo de investigación, el consentimiento informado que debe firmar el paciente, memoria económica y justificante de pago de las tasas o exención de las mismas, si procede.

Además del CEIC de Galicia, en este caso, es aconsejable ponerse en contacto con la “Fundación para a Investigación, Desenvolvemento e Innovación do Complexo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo” al cual pertenece cualquiera de los Centros de Atención Primaria de “A Mariña de Lugo”^{11,12}.

5.1.2.3 Técnicas de recogida de datos: Antes de poner en práctica alguna de las distintas técnicas conversacionales de recogida de datos, se aclararán los siguientes aspectos:

5.1.2.3.1 Selección de participantes: en este tipo de investigación no importa la cantidad sino la calidad de la información obtenida, por ello no se exigirá un número concreto en cuanto a la muestra, porque esta puede ir variando según el estudio avance, el fin es

alcanzar la saturación de los datos, es decir, se alcanza un punto en el que la información es redundante y en la recogida de datos no se procura ninguno nuevo; esta saturación puede alcanzarse sin necesidad de que el tamaño de la muestra sea grande. Por ello independientemente del número de investigados, si deberán cumplir los criterios de inclusión anteriormente expuestos.

Para acceder a los participantes se contactará con asociaciones de la zona, con los diferentes Coordinadores de Servicio de Atención Primaria, etc¹³.

5.1.2.3.2 Tipo de muestreo: El muestreo teórico o también llamado intencionado es más concreto, buscando a los participantes en función de las necesidades de información, es decir, una vez se obtenga la muestra de participantes voluntarios, se seleccionan aquellos que se adaptan y cumplen a los criterios necesarios para formar parte de la muestra de estudio de la investigación.

Además se puede utilizar a la vez el tipo de muestreo avalancha, es decir, que los propios informantes recomienden a otras personas participar en el estudio aclarando las características que estos nuevos sujetos tienen que adoptar. Conforme avance el estudio, el tipo de muestreo puede variar, ya que en este tipo de investigación es necesario reevaluar a cada paso¹⁴.

5.1.2.3.3 Tipo de entrevista a utilizar: siguiendo el criterio de Taylor y Bodgan, en caso de estudiar

situaciones desde la perspectiva subjetiva humana, se realizará a través de la entrevista abierta o también denominada en profundidad¹⁵.

Debido a la gran información que se genera durante una entrevista en profundidad y la posibilidad de no ser captada en su totalidad existen métodos de ayuda o complemento a la hora de realizarlas.

Con la autorización de los participantes y tras explicar en qué consiste se pueden realizar las “entrevistas grabadas”: consiste en utilizar algún tipo de grabadora y registrar fónicamente la entrevista en su totalidad. En un principio la presencia de una grabadora puede incomodar al informante por lo que cuando acepten este tipo de registro se debe también enseñar a que se familiaricen con el mismo con el fin de que los entrevistados no muestren ningún tipo de estímulo de negativo ante el mismo.

Antes de llevar la entrevista a cabo es necesario asegurarse de que el aparato funciona correctamente y tener presente el tiempo de duración pensando en la transcripción de los datos. Otro de los complementos a utilizar es el “diario del entrevistador” en el cual puede apoyarse para anotar que temas se han tratado, comentarios sobre algo en concreto que haya llamado su atención durante la entrevista, algún gesto o reacción por parte del entrevistado, etc.

Además este diario ayudará al investigador a la hora de contrastar información o realizar “controles cruzados”: consisten en examinar la coherencia de distintos testimonios sobre un mismo suceso, para obtener

diferentes fuentes de información además de la entrevista directa, se pueden aplicar las siguientes técnicas:

- Relatos: por ejemplo el entrevistado puede dejar constancia de manera cronológica de cómo era su vida antes y después de ser cuidador no profesional
- Cuaderno de campo: se trata de un registro diario durante un período de tiempo en el que describa las actividades realizadas, sentimientos, etc. Puede responderse preguntas del tipo de ¿Cuándo?, ¿Cómo?, ¿Dónde?, etc. es una manera de que en su intimidad aporte información de seguro verídica y profunda.

Aspectos importantes a tener en cuenta durante la entrevista:

- o La situación: Se procura la creación de un ambiente cálido, de confianza y es de vital importancia la relación que surja entre entrevistador-entrevistado porque de ello depende el éxito de la recolección de datos. Es importante no dejarse llevar en algún momento dado de la conversación y no juzgar sus palabras, permitir que el entrevistado hable sin interrupciones prestándole atención incluso aunque el tema en concreto no sea de interés.
- o Sondeo: Es importante ser sensible y no dar nada por supuesto, se debe preguntar exactamente qué significan sus palabras incluso pecando de ingenuos ya que en

este punto la entrevista se buscan descripciones más elaboradas, recuerdos, etc.

- Relación con los informantes: esta será diferente conforme avance el proceso, se debe tratar siempre de que sea lo más cordial posible; en algunos casos la confianza tendrá más peso que en otros. Los informantes deben entender que la investigación tiene el objetivo de ayudarles en su situación concreta¹⁶.

Una vez concretados los puntos anteriores, se define la manera de combinarlos para llevar la investigación a cabo.

Establecido el contacto con los participantes, se inicia la investigación citándolos en el lugar determinado; a modo de ejemplo se consideran los Centros de Atención Primaria debido al fácil acceso, pero pueden existir casos en los que prefieran otro tipo de ambiente, por lo que se tendrá en consideración su decisión ya que a veces es preferible realizar el trabajo de campo en el propio domicilio, un restaurante o un parque. Es necesario tenerlo muy presente porque este contexto influye a la persona que informa en su estado de ánimo y sobre todo en su testimonio, que para el investigador es de vital importancia; siempre y cuando el cambio de lugar no suponga elevar el presupuesto económico o suponga cualquier otro tipo de limitación para el estudio.

Los encuentros con los participantes se establecerán de forma semanal y de duración estimada de 1 a 2 horas, en función de la disponibilidad de tiempo del cuidador¹⁵.

5.1.2.3.4 Grupos de discusión: Es otra de las técnicas conversacionales utilizada para la recolección de datos. Se explica a los participantes en qué consiste la formación de grupos de discusión, posibilidad de utilización de grabadora de sonido, etc. y se inicia con la pregunta ¿Cómo afecta a su vida el hecho de cuidar a una persona mayor dependiente?

Cada grupo estará formado por 5 miembros compartiendo al menos una característica en común; el número de grupos se determinará en función del tamaño de la muestra. Se llevará a cabo en un lugar suficientemente espacioso dentro del Centro de Atención Primaria, con sesiones semanales de entre 1 y 2 horas de duración¹⁷.

5.1.3 Tercera fase: Confirmación y cierre: es la tercera fase del diseño cualitativo según Taylor y Bogdan, se lleva a cabo el análisis de datos¹⁰.

5.2 Desarrollo del estudio:

El estudio que se proyecta, consta las siguientes partes:

- **“Semana 1”:** determina el inicio del proceso; en esta semana se realiza la puesta en contacto del investigador con el participante y viceversa; es el momento de conocerse mutuamente e interactuar. En esta primera sesión se explica a los participantes cual es el objetivo de esta investigación y cómo se llevará a cabo (teniendo en cuenta que puede ser modificada según evolucione la investigación), explicación de las distintas técnicas a utilizar (como puede ser la grabación de las entrevistas), la importancia de su participación, los derechos que tiene a participar o abandonar el proceso si lo considera oportuno, etc. también debe confirmar su

permiso para ser participante del estudio a través de la firma del consentimiento informado que se adjunta en el **Anexo I**¹⁸.

Por otra parte, es el momento de esclarecer las dudas que vayan surgiendo tras la explicación, será también el momento de determinar si el lugar y/o contexto son los apropiados y aceptar cualquier sugerencia, determinando si es posible llevarla a cabo. Prima la creación de un clima cómodo, relajado en el que el cuidador pueda expresar libremente lo que desee sin ser juzgado y/o censurado y utilizando un lenguaje apropiado, claro y comprensible.

- **“Semana 2”**: la segunda puesta en contacto, está destinada a “ir conociéndose” más profundamente; en esta sesión se utilizará la llamada “pregunta descriptiva”, con el fin de que los participantes comiencen a confiar en los investigadores detallando anécdotas, experiencias, etc. sobre su vida, aunque en un primer momento no sea información relevante para el estudio. La pregunta descriptiva para dar comienzo a esta fase del estudio es: “¿Cómo afecta a su vida el hecho de cuidar a una persona mayor dependiente?”

En el inicio del estudio se debe tener en cuenta que la importancia radica en el tipo de relación que emerja entre participantes-investigador y no en la información concreta, ya que el tipo de relación establecida es la piedra angular sobre la que se asentarán las distintas fases del proceso.

- **“Semanas sucesivas”**: el número de semanas puede variar en función de los datos obtenidos durante el estudio y en función de los diferentes componentes que forman parte de la investigación. Estas semanas sucesivas se centrarán en los temas a investigar.

En este caso concreto, se trata de averiguar cómo una factores socioculturales afectan a los cuidadores informales de personas mayores dependientes, para ello se busca que los propios

cuidadores den esa respuesta a través del relato de sus experiencias, emociones, etc¹⁶.

5.3 Variables de estudio:

Los temas a tratar durante el estudio serán los siguientes:

- Determinación de los siguientes factores socioculturales de cada participante:
 - Edad, sexo, estado civil, nivel académico, nivel económico, relación de parentesco con el paciente dependiente, otros intereses.
- Rol antes de ejercer de cuidador informal: posición dentro de su familia, empleo, ocio, etc.
- Tiempo que lleva ejerciendo el rol de cuidador informal
- Decisión de ejercer de cuidador informal desechando otras alternativas como puede ser el ingreso del dependiente en centro especializado o contratación de cuidador
- Rol como cuidador informal: cómo es su día a día
- Aspectos que se vieron afectados tras el cambio de rol si es que considera que éste se produjo
- Aspectos que considera negativos desde el inicio del nuevo rol
- Aspectos que considera positivos desde el inicio del nuevo rol
- Análisis de cada uno de los factores socioculturales:
 - **Edad:** Cómo considera que le influye, sería más sencillo si esta situación la viviera con más/menos edad.
 - **Sexo:** es más fácil esta situación como hombre, mujer o indiferente
 - **Estado civil:** influye a nivel de apoyo personal, emocional. Influye el hecho de ser cuidador informal en su relación de pareja, etc.

- **Nivel económico:** en función de su nivel, considera importante este punto, cree que en su caso haría la situación más llevadera, es posible que tomara otras alternativas.
- **Nivel académico:** realmente es importante a la hora de llevar a cabo los cuidados o cree que no es relevante para ello.
- **Relación de parentesco con el paciente:** el hecho de que sea un pariente cercano (madre/padre) frente a si es pariente político.
 - Factores mas importantes que influyen en la situación vivida
 - Seguridad/ confianza en cuánto a conocimientos sobre el cuidado
 - Consideración de ayuda por parte de sistema sanitario y social
 - Derechos del cuidador
 - Cambios realizados o que le gustaría realizar en su vida
 - Tipo de estrategias que adoptaron para hacer frente a la situación

5.4 Análisis de datos:

No es la actividad que se realiza al final de la investigación sino durante el tiempo que dura la misma ya que es dinámica y procesual; evoluciona de manera que el análisis al principio del proceso es más descriptivo, y más localizado e interpretativo hacia al final.

Es necesario la realización del análisis de datos durante todo el proceso debido a que de ellos depende la revaluación del mismo y por lo tanto cualquier modificación en los elementos que lo componen.

El análisis de datos consta de las siguientes partes:

5.4.1 Fase de organización, procesamiento y análisis de los datos:

fase en la cual se extraen los datos importantes, los que dan respuesta a los objetivos del estudio y se establece relación entre ellos con el fin de poder formar una teoría, concepto, etc.

En este caso, las fuentes de datos son las entrevistas grabadas, las notas recogidas durante los grupos de discusión, diario del investigador, etc.

Análisis del material:

- Transcripción de las entrevistas grabadas a través de un programa informático.
- Ordenar las diferentes notas y datos recogidos en el “Diario del Investigador” con el fin de ser coherentes.
- Una vez que reunidas toda la información en un mismo formato, se clasifica en función de los factores socioculturales que se estudian.

5.4.2 Codificación de datos: momento en el que “se desglosa” o dividen los datos en otros más sencillo y fáciles de interpretar. A cada uno de estos “nuevos datos” se le adjudica un “código” que es la palabra-resumen sobre una parte de los datos obtenidos durante la recolección de los mismos; también se codifica a los informantes con el fin de mantener su anonimato, a los entrevistados se les asigna la letra “E” y un número del 1 en adelante en función del número total, por ejemplo: E1, E2, E3, etc. En el caso de los participantes en grupos se les asigna G1, G2, etc. en función del grupo al que pertenezcan y a mayores otro número del 1 al 5, así se obtiene G11, G21, G12, etc. Como consecuencia finalizamos con la:

5.4.3 Abstracción e interpretación de datos: se define la abstracción como:

“la aptitud de penetrar y dar significado a los acontecimientos y sucesos que muestran los datos”.

Esta sensibilidad para ser capaz de “abstraer” se consigue mediante el empleo de algunas de las siguientes técnicas:

- Análisis metafórico: sirve tanto para extraer las metáforas utilizadas en el discurso, como para las que investigador crea denominando los “códigos” anteriormente mencionados.
- Análisis de concepto: analizar los diferentes conceptos que surgen del discurso, aunque no siempre se identifican.
- “Diagramming o realización de diagramas”: representación gráfica en la que podemos jerarquizar los distintos conceptos/temas obtenidos según el grado de conocimiento de los mismos, en diferentes grupos.

5.4.4 Exposición de los datos: trata de exponer de manera clara y concisa los resultados obtenidos. Se debe especificar las diferencias en caso de los grupos de discusión, los datos obtenidos dentro de un mismo grupo e intergrupales. Esta exposición se puede apoyar de diferentes figuras o gráficos representativos y a su vez ilustrativos de los resultados^{19,20}.

5.5 Limitaciones del estudio: Llegados a esta fase, es el momento en el que el propio investigador debe reflexionar sobre todo el proceso de realización del trabajo, evaluando si ha conseguido toda la información que se proponía llegando a la saturación de datos y en caso negativo justificar el porqué.

En este tipo de estudios es factible encontrarse con distintas limitaciones tales como:

- Propias del participante: negativa del propio cuidador a proporcionar información, incompatibilidad de horarios, etc. Además se debe tener en cuenta que la situación del propio cuidador puede hacer que sea vulnerable y las respuestas sean distintas en unos momentos y otros.

- Propias del investigador: bien sean limitaciones de tipo económico, disponibilidad de tiempo o cualquier otro tipo de percance durante el proceso que no permiten desarrollar con normalidad el trabajo de investigación.

5.6 Cronograma de la investigación:

El tiempo estimado de duración puede variar en función de los datos que se vayan obteniendo de manera que el proceso varía continuamente.

- **Primera fase del estudio:** del 8 de Julio al 2 de Diciembre: duración total de **23 semanas:**
 - **Primera fase A:** del 8 de Julio al 31 de Agosto de 2013
 - Revisión bibliográfica exhaustiva sobre el tema a tratar: consulta en diferentes bases de datos, artículos científicos, etc.
 - Desarrollo de marco teórico
 - **Primera fase B:** del 2 de Septiembre al 2 de Diciembre
 - Solicitud de permisos al Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia y con la “Fundación para a Investigación, Desenvolvemento e Innovación do Complexo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo
 - Primer contacto con la zona de estudio
- **Segunda fase del estudio:** 2 de Diciembre de 2013 al 17 de Marzo 2014 duración de **16 semanas:**
 - Primer contacto con posibles informantes
 - Recolección de datos según se ha expresado anteriormente a través de las entrevistas en profundidad,

sesiones de grupos de discusión y demás técnicas complementarias

- Transcripción y ordenación de los datos obtenidos

- **Tercera fase del estudio:** desde 3 de Febrero de 2014 a 2 de Abril de 2014, duración aproximada de **9 semanas**
 - Análisis e interpretación de los datos obtenidos

- **Cuarta fase del estudio:** no es determinable la duración ya que varía en función de la publicación en revistas, congresos, etc.
 - Exposición/ Difusión de resultados (artículos científicos, congresos, etc.) (Este punto se detalla en el apartado “8. Plan de Difusión de los Resultados”, del presente Trabajo Fin de Grado”

5.7 Aspectos éticos:

Para hacer posible la realización del trabajo, es necesario garantizar el cumplimiento de los diferentes principios éticos vigentes en la normativa jurídica referida a la investigación.

Para dar cumplimiento a la Ley 14/2007 del 3 de Julio, de Investigación Biomédica, se debe solicitar permisos con el fin de respetar los artículos estipulados en dicha Ley²¹. Además de la anterior Ley mencionada, se debe tener en cuenta los siguientes documentos:

- Declaración de Helsinki²²
- Código de Nuremberg (1946)²³
- Informe Belmont (1979): “Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación”: documento en el que se declaran tres principios de interés fundamental en la investigación:
 - Principio de Respeto a las personas
 - Principio de Beneficencia:
 - Principio de Justicia²⁴
- Normas del Consejo para la Organización Internacional de Ciencias Médicas (2002)²⁵
- Derechos humanos y biomedicina del Consejo de Europa²⁶

Para dar cumplimiento a dichos principios se recurre a la obtención de los siguientes documentos:

- Consentimiento informado, recogido en el Artículo 4 de la Ley 14/2007 del 3 de Julio, de Investigación Biomédica, documento escrito en el que se debe explicar en qué consiste la investigación a llevar a cabo, recogiendo también los derechos del participante (anonimato mediante la codificación de sus datos, abandono de la participación en el estudio, etc.)²¹

- Protección de datos personales y garantías de confidencialidad: en cumplimiento a la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, se garante la confidencialidad de datos personales y protección de la intimidad personal durante la actividad de la investigación, no se puede acceder a información personal de terceros sin la previa autorización de los mismos²⁷.
- Cumplir los Artículos 6 y 7 de la Ley 14/2007 del 3 de Julio, de Investigación Biomédica de no discriminación y gratuidad, respectivamente.
- Artículo 10 de dicha Ley: Promoción y calidad de la investigación biomédica: La promoción atiende a criterios de calidad, eficiencia e igualdad, para cumplir dichos criterios debe justificarse científicamente la investigación cumpliendo las obligaciones estipuladas en la Ley además de ser evaluada una vez finalizada²¹.
- Aprobación por parte del Comité de Investigación Clínica de Galicia (anteriormente mencionado)¹²

6. PLAN DE TRABAJO:

En la siguiente Tabla I, se establece el cronograma definido para la realización del estudio que se proyecta:

FASES DEL ESTUDIO	MESES										
	JUL 2013	AGO 2013	SEP 2013	OCT 2013	NOV 2013	DIC 2013	ENE 2014	FEB 2014	MAR 2014	ABR 2014	
PRIMERA FASE DEL ESTUDIO: “A” <ul style="list-style-type: none"> Revisión bibliográfica Desarrollo marco teórico 											
“B” <ul style="list-style-type: none"> Solicitud de permisos pertinentes Primer contacto con la zona de estudio 											
SEGUNDA FASE DEL ESTUDIO: <ul style="list-style-type: none"> Primer contacto con posibles informantes Recolección de datos Transcripción y ordenación de los datos obtenidos 											
TERCERA FASE DEL ESTUDIO: <ul style="list-style-type: none"> Análisis e interpretación de los datos 											
CUARTA FASE DEL ESTUDIO: <ul style="list-style-type: none"> Exposición/Difusión de los resultados 	La duración de esta fase depende de la publicación en revistas, exposición en congresos, etc.										

Tabla I: Cronograma de desarrollo del trabajo de investigación

7. PLAN DE DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Existen diversas maneras para divulgar los resultados del estudio una vez obtenidos:

Podemos hacerlo a través de la comunicación escrita como es la publicación de un artículo científico o póster. A continuación se detallan algunas de las revistas en las cuales este trabajo de investigación podría ser publicado:

- **Revista Española de Geriatria y Gerontología:** revista de la Sociedad Española de Geriatria. Su factor de impacto (años 2003-2005) en ámbito nacional es de 0.534 e inmediatez de 0.018, con 47 citas y 139 artículos publicados. En el ámbito internacional su factor de impacto es de 0.604 e inmediatez de 0.03, con los mismos artículos publicados. Revista electrónica disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-esp%C3%B1ola-geriatria-gerontologia-124>²⁸
- **Revista Gerokomos:** revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. No se han obtenidos datos sobre su factor de impacto tanto a nivel nacional como internacional. Disponible en: <http://www.gerokomos.es/index.asp>²⁹

El motivo de publicación en estas revistas, se debe a que la persona dependiente, es una persona anciana, por lo que es de interés para este tipo de publicaciones.

- **Nure Investigación Científica (Revista Científica de Enfermería).** Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/home_nure.cfm?CFID=2144429&CFTOKEN=53951708³⁰

- **Revista ROL de Enfermería:** Entre los años 2003-2005, a nivel nacional ha publicado 232 artículos y ha tenido 24 citas con un factor impacto de 0.141 e inmediatez de 0.014. A nivel internacional no se han obtenido datos.

El interés de publicar en estas revistas radica en el objetivo que tienen las mismas de divulgar producción científica enfermera³¹.

- **Revista Atención Primaria:** revista perteneciente a la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Entre el 2003 y 2005 ha publicado unos 361 artículos con unas 313 citas, con un factor de impacto nacional de 1.451 y una inmediatez de 0.09. A nivel internacional presenta un factor de impacto de 1.563 e inmediatez de 0.07. Es oportuno la inclusión de este estudio de investigación en dicha revista ya que se lleva a cabo en el ámbito de la Atención Primaria de Salud³².
- **Revista de Enfermería y Humanidades “Cultura de los Cuidados”:** Disponible en: <http://culturacuidados.ua.es/enfermeria>³³
- **Revista “Journal of Transcultural Nursing”:** revista estadounidense de carácter trimestral con un factor de impacto 0.933. Disponible en: <http://tcn.sagepub.com/>³⁴

Se tratan de revistas con interés en el desarrollo fenomenológico, antropológico, etc. enfermero considerando especialmente importantes los cuidados transculturales³⁵.

Otra forma de difundir los resultados es la comunicación oral, como puede ser la exposición del trabajo en congresos, jornadas, simposios, etc. A continuación se detallan algunos de los congresos de interés para este tipo de estudio:

- **“Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontología (SEEGG)”**: organizado por la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontología, con carácter anual y en diferentes ciudades españolas.
- **“Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología”**: organizado por la Sociedad a la que hace referencia su nombre, también de carácter anual.
- **“Congreso da Sociedade Galega de Xerontoloxía e Xeriatría”**: organizada por dicha Sociedad e igualmente de carácter anual.
- **“Congreso Nacional de Demencias y enfermedad de Alzheimer”**: en cierto modo, de reciente creación, organizado por la Universidad de Almería y también de carácter anual.
- **“Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria”**
- **“Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica”**
- **“Congreso Internacional de Historia de la Enfermería”**

8. FINANCIAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

8.1 Recursos necesarios:

8.1.1 Infraestructura necesaria: consulta en Centro de Salud de Atención Primaria o local social de acceso y uso gratuitos.

8.1.2 Recursos humanos necesarios: investigador principal o investigadores y participantes en el estudio.

8.1.3 Material fungible e inventariable:

8.1.3.1 Gasto de personal: 250€

- Dietas de campo: 50€
- Desplazamiento: 200€

8.1.3.2 Bienes y servicios

- **Material inventariable: 630€**
 - Ordenador portátil: 500 €
 - Impresora Scanner: 80€
 - Grabadora: 40 €
- **Material fungible: 200€**
 - Material de oficina: 200€

8.1.3.3 Viajes y ayudas de coste:

- Media 1000€ por cada congreso

8.1.3.4 Otros gastos:

- No se contemplan

8.1.4 Financiamiento de la investigación: incluyendo asistencia a congreso, **TOTAL: 2.070€**

8.2 Posibles fuentes de financiamiento:

8.2.1 Fuentes de financiamiento público:

- “Acción Estratégica de Salud”: ayuda económica a nivel estatal, del Instituto Carlos III, tiene como objetivo la generación de conocimiento en ciencias de la salud y producción de impacto positivo en la salud de la población entre otros. Es una buena opción debido a que en sus cinco líneas principales destaca

“Fomento de la investigación en Salud Pública, Salud Ambiental y Salud Laboral, Dependencia y Servicios de Salud, para mejorar la calidad de vida funcional de la población española”³⁶.

8.2.2 Fuentes de financiamiento privado

- Fundación General Consejo Superior de Investigaciones Científicas: en colaboración con “Obra Social La Caixa”, ofrecen ayuda económica para proyectos de investigación en el ámbito de estudios psicosociales para mejorar la calidad de vida de las personas mayores³⁷.

9. ANEXOS:

ANEXO I

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA A PARTICIPACIÓN NUN ESTUDO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO: "Cuidados Socioculturales: influencia en el cuidador informal"

Eu,

- Lin a folla de información ao participante do estudo arriba mencionado que se me entregou, puiden conversar con Almudena Fernández Monasterio e facer todas as preguntas sobre o estudo necesarias para comprender as súas condicións e considero que recibín suficiente información sobre o estudo.
- Comprendo que a miña participación é voluntaria, e que podo retirarme do estudo cando queira, sen ter que dar explicacións e sen que isto repercuta nos meus coidados médicos.
- Accedo a que se utilicen os meus datos nas condicións detalladas na folla de información ao participante.
- Presto libremente a miña conformidade para participar no estudo.

Respecto á conservación e utilización futura dos datos e/ou mostras detallada na folla de información ao participante,

- NON accedo que os meus datos e/ou mostras sexan conservados unha vez terminado o presente estudo
- Accedo que os meus datos e/ou mostras se conserven unha vez terminado o estudo, sempre e cando sexa imposíbel, mesmo para os investigadores, identificalos por ningún
- medio

Si accedo que os datos e/ou mostras se conserven para usos posteriores en liñas de investigación relacionadas coa presente, e nas condicións mencionadas.

En canto aos resultados das probas realizadas,

DESEXO coñecer os resultados das miñas probas

NON DESEXO coñecer os resultados das miñas probas

O/a participante,

[Sinatura do/a participante]

O/a investigador/a,

[Sinatura do/a investigador/a]

Asdo.: [nome e apelidos do/a participante]

Data: Julio 2013

Asdo.: Almudena Fernández Monasterio

Data: Julio 2013

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Delgado Horamaika, Jiménez Berta, Manrique Maigualida, Reyes Isidora. Madeline Leininger, Cuidados culturales: Teoría de la diversidad y universalidad. Gerencia, Innovación y Salud [página web] 2003 Junio. [Acceso 14 de Mayo de 2013] Disponible en: <http://quemundo.bligoo.com.ve/madeleine-leininger-cuidados-culturales-teoria-de-la-diversidad-y-la-universalidad>
2. Llanes Betancourt, C. La transculturación en el cuidado de enfermería gerontológica comunitaria. Rev Cub de Enf. 2012;28(3).
3. Castillo Mayedo, J A. El cuidado cultural de enfermería. Necesidad y relevancia. Rev habn cienc méd. 2008;7(3)1-4.
4. Liaño Cuesta E. Sociología del envejecimiento. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. 2ª ed. Ámsterdam: Elsevier;2007, p.53-59.
5. Levi-Montalcini, R. Neurological disorders public health challenges. World Health Organization. 2006 [2013; 14 de Mayo de 2013]. Disponible en: http://www.neuroloxia.com/wp-content/uploads/2009/06/oms_neurology_report_summary.pdf
6. Sociedade Galega de Neuroloxía. Enfermedades neurológicas con mayor impacto en Galicia. Sociedade Galega de Neuroloxía. [2013; 14 de Mayo de 2013] Diponible: <http://www.neuroloxia.com/enfermedades-neurológicas-con-mayor-impacto-en-galicia/>
7. Losada A, Knight B G, Márquez M. Barreras cognitivas para el cuidado de personas mayores dependientes Influencia de las variables socioculturales. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2003; 38 (2):116-122.
8. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Cuidado a las Personas Mayores en los Hogares españoles El entorno familiar 1ªed. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales;2005.

9. Herrera J. La investigación cualitativa. Juan Herrera.net; 2008 [2012; 14 de Mayo de 2013] Disponible en: <http://juanherrera.files.wordpress.com/2008/05/investigacion-cualitativa.pdf>
10. Salamanca Castro A B, Martín-Crespo Blanco C. El diseño de la investigación cualitativa. Nure Investigación.2007; (26):1-6.
11. Consellería de Sanidad Servicio Galego de Saúde. Contratos o conformidades de los centros sanitarios del Servicio Galego de Saúde. Comité de Investigación Clínica de Galicia [14 de Mayo de 2013]. Disponible en: http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T02.aspx?IdPaxina=60018&uri=/Docs/ceic/ContratosConformidadesCentrosSanitarios_cas.htm&hifr=1000&seccion=0
12. Consellería de Sanidad Servicio Galego de Saúde. Outros estudos de investigación. Comité de Investigación Clínica de Galicia [14 de Mayo de 2013] Disponible en: http://sergas.es/MostrarContidos_N3_T01.aspx?IdPaxina=90409
13. Blasco Hernández T, Otero García L. Técnicas cualitativas para la recolección de datos en la investigación clínica Entrevista II. Nure Investigación. 2008; (34):1-6.
14. Salamanca Castro A B, Martín-Crespo Blanco C. El muestreo en la investigación cualitativa. Nure Investigación. 2007; (27):1-4.
15. Salamanca Castro A B, Martín-Crespo Blanco C. Técnicas conversacionales en la recogida de datos en investigación cualitativa Entrevista I. Nure Investigación. 2008; (33): 1-5
16. Taylor S J, Bogdan R. La entrevista en profundidad. En: Paidós. Introducción a los métodos cualitativos de investigación.2ªed. Barcelona: Paidós Ibérica S.A; 1987, 204-216

17. Cano Arana A. Técnicas conversacionales en la recogida de datos en investigación cualitativa el grupo de discusión I. Nure Investigación. 2008; (35):1-4.
18. Consellería de Sanidade Servizo Galego de Saúde. Modelos del consentimiento informado. [14 de Mayo de 2013] Disponible en: http://sergas.es/MostrarContidos_N3_T01.aspx?IdPaxina=60049
19. González Gil T, Cano Arana A. Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: tipo de análisis y proceso de codificación II. Nure Investigación. 2010;(45):1-10.
20. González Gil T, Cano Arana A. Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: estrategias para estimular la capacidad interpretativa III. Nure Investigación.2010; (46):1-5.
21. España. Ley 14/2007 del 3 de Julio, de Investigación Biomédica. Boletín Oficial del Estado, 4 de Julio de 2007, núm.159, p.28848.
22. Declaración de Helsinki Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Observatori de Bioética i Dret; 1964 [2013; 14 de Mayo de 2013]. Disponible en: http://www.pcb.ub.edu/bioeticaidret/index.php?option=com_content&task=view&id=31&Itemid=43
23. Código de Nuremberg. Observatori de Bioética i Dret; 1946 [2013; 14 de Mayo de 2013]. Disponible en: http://www.pcb.ub.edu/bioeticaidret/index.php?option=com_content&task=view&id=31&Itemid=43
24. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. El informe Belmont. Observatori de Bioética i Dret; 1979 [2013; 14 de Mayo de 2013]. Disponible en: http://www.pcb.ub.edu/bioeticaidret/index.php?option=com_content&task=view&id=31&Itemid=43

25. Consejo para la Organización Internacional de Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Red de Comités de Ética de Universidades y Organismos públicos de investigación; 2002 [2013; 14 de Mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.ub.edu/rceue/index2.htm>
26. Asamblea General de las Naciones Unidas. Convenio sobre los derechos humanos y la biomedicina. Observatori de Bioètica i Dret; 19972013; 14 de Mayo de 2013]. Disponible en: http://www.pcb.ub.edu/bioeticaidret/index.php?option=com_content&task=view&id=31&Itemid=43
27. España. Ley Orgánica 15/1999 del 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Boletín Oficial del Estado, 14 de Diciembre de 1999, núm. 298, p.43099.
28. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Revista Española de Geriátrica y Gerontología. [2013; 14 de Mayo de 2013] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-espa%C3%B1ola-geriatria-gerontologia-124>
29. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Revista Gerokomos. [2013; 14 de Mayo de 2013] Disponible en: <http://www.gerokomos.es/index.asp>
30. Fundación para el desarrollo de la enfermería. NURE investigación Revista científica de enfermería. [2013; 14 de Mayo de 2013] Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/home_nure.cfm?CFID=2144429&CFTOKEN=53951708
31. Revista ROL de Enfermería. [2013; 14 de Mayo de 2013] Disponible en: http://www.e-rol.es/rol_new/circuloRol/circuloRol.php

32. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Revista de Atención Primaria. [2013; 14 de Mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27>
33. Universidad de Alicante. Revista de Enfermería y Humanidades Cultura de los Cuidados. [2013; 14 de Mayo de 2013]. Disponible en: <http://culturacuidados.ua.es/enfermeria>
34. Universtiy of California. Journal of Transcultural Nursing. [2013; 14 de Mayo de 2013]. Disponible en: <http://tcn.sagepub.com/>
35. Ministerio de Educación y Ciencia. Factor de Impacto Potencial de las Revistas Médicas Españolas. Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero; 2005 [2005; 14 de Mayo de 2013] Disponible en: http://ime.uv.es/imecitas/impacto_ime.asp?anyo=4
36. Ministerio de Economía y Competitividad. Acción estratégica de salud 2010. Ministerio de Economía y Competitividad.2010 [2013; 14 de Mayo de 2013]. Disponible en: http://www.idi.mineco.gob.es/portal/site/MICINN/menuitem.dbc68b34d11c_cbd5d52ffeb801432ea0/?vgnextoid=feb79107cefbb210VgnVCM1000001d04140aRCRD&vgnnextchannel=91937f8c8c9e1210VgnVCM1000001d04140aRCRD
37. Fundación General Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Primera Convocatoria de Proyectos Cero FGCSIC en Envejecimiento; 2011 [14 de Mayo de 2013]. Disponible en: http://www.fgcsic.es/envejecimiento/es_ES/proyectos/convocatoria