



12° CONGRESO ARGENTINO DE ANTROPOLOGÍA SOCIAL

La Plata, junio y septiembre de 2021

GT60: Debates y problemas teórico-metodológicos en antropología de la salud

Indagación de las percepciones del familiar-cuidador/a de personas con enfermedades crónicas neurodegenerativas: el caso de la Enfermedad de Parkinson

María de los Angeles Bacigalupe. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Departamento Científico de Etnografía. Museo de La Plata. Facultad de Ciencias Naturales y Museo (FCNyM). Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Argentina. mariabacigalupe@conicet.gov.ar, mariabacigalupe@fcnym.unlp.edu.ar, mangelesbacigalupe@gmail.com

Resumen

Vivir con una enfermedad crónica neurodegenerativa como es la Enfermedad de Parkinson (EP) conlleva problemáticas que involucran al cuerpo como ensamblado de relaciones donde las características biológicas se combinan con los ambientes sociales y culturales, las historias y las subjetividades de las personas. En este entramado participa la presencia del familiar-cuidador/a, persona que sin recibir paga se involucra de forma cercana en el cuidado físico (alimentación, higiene, desplazamiento) y emocional (escucha empática, motivación para adherir al tratamiento) de la persona con EP y que comúnmente es un miembro de la familia. Trabajamos con 13 familiares-cuidadores/as desde un enfoque intensivo y de métodos mixtos de investigación. En el contexto de una observación participante aplicamos la escala Zarit de sobrecarga del cuidador (que ha sido utilizada en cuidadores de personas con EP), junto al registro de comentarios informales de los participantes. Seguimos las recomendaciones éticas establecidas en la Declaración de Helsinki. Observamos en los resultados de la escala (media 22,08[±18,09],

mediana 16, amplitud 4-71) una sobrecarga que para al menos la mitad del grupo fue mínima o nula, aunque la amplitud fue extensa y cubrió una sobrecarga de nula a severa. Algunas correlaciones resultaron interesantes, agregando evidencia empírica a los antecedentes del tema, tales como el tiempo cuidando al familiar con la afectación de la vida social del cuidador, y el tiempo que llevaba el familiar sufriendo EP con la percepción del agravamiento de la salud del cuidador, la incomodidad frente a invitados, los problemas financieros para hacer frente a las demandas de la enfermedad, la inseguridad acerca de qué hacer con la persona con EP y el nivel total de sobrecarga. Los comentarios de los cuidadores dieron cuenta de algunas cuestiones a las que la escala no permitía acceder, tales como los sentimientos ambivalentes y otras experiencias subjetivas del cuidado. Consideramos que lo realizado permite captar algunas cuestiones centrales de la problemática pero que es necesario continuar indagando en profundidad y cualitativamente.

Palabras clave: *Sobrecarga del cuidador; Enfermedad de Parkinson; Ensamblado; Métodos mixtos de investigación*

Introducción y objetivo

La Enfermedad de Parkinson (EP) es una condición de salud multisistémica neurodegenerativa que afecta al 1-2 por mil de la población en algún momento (Tysnes y Storstein, 2017), cuya prevalencia aumenta a medida que aumenta la edad del grupo poblacional considerada y varía interregionalmente y según la metodología de indagación. La carga global de la enfermedad de Parkinson se ha multiplicado en los últimos tiempos como resultado del creciente número de adultos mayores, con posibles contribuciones de una mayor duración de la enfermedad y factores ambientales (GBD 2016 Parkinson's Disease Collaborators, 2018).

La condición se caracteriza por signos motores cardinales que incluyen temblor, rigidez, alteración de reflejos posturales y bradiquinesia (o aquinesia) y otros signos motores, no motores y premotores entre los cuales ese incluyen dificultades neurovegetativas y visuoespaciales, alteraciones del estado emocional, dolor y

alteraciones de la expresión facial y la comunicación oral. Las formas de presentación de la enfermedad varían entre las personas que la sufren, así como son diferente los modos y tiempos de evolución de la enfermedad y la severidad de los síntomas.

El diagnóstico de la EP se realiza cuando se presentan los síntomas motores cardinales, lo cual se sabe que es posterior a que otros signos y síntomas premotores aparezcan y que el mayor daño cerebral ocurra. Dada esta situación, se están estudiando biomarcadores (cfr. por ejemplo Posavi et al, 2019; Waninger et al, 2020) que puedan colaborar en la detección temprana y la evolución de la EP, lo cual podría facilitar, entre otras cuestiones, la programación de las actividades de rehabilitación y soporte social para las personas afectadas y familiares.

A nivel neuropatológico se sabe que existe malfuncionamiento y pérdida neuronal de células dopaminérgicas en regiones del tronco del encéfalo y ganglios basales. El tratamiento farmacológico de primera elección, una vez que la enfermedad se ha instalado y los síntomas motores están presentes, es el tratamiento sustitutivo mediante la administración del precursor de dopamina L-DOPA, antagonistas dopaminérgicos y otras moléculas que colaboran en la dinámica de las zonas del cerebro vinculadas con la modulación del movimiento, que son las afectadas.

Sin embargo, el tratamiento farmacológico por sí mismo no garantiza el bienestar de la persona con EP ya que la condición es multisistémica e incluye, dentro de los sistemas afectados, las relaciones del individuo con su entorno y cómo el entorno responde. Asimismo, la eficacia del fármaco va disminuyendo a medida que la neurodegeneración avanza y que otros sistemas afectados interactúan con el nervioso, disminuyendo la probabilidad de que la molécula alcance su blanco funcional. Distintas terapias se han propuesto como modo de colaborar en el tratamiento médico de las personas afectadas, incluyendo terapia física y del habla, talleres de actividad grupal, terapia psicológica y otros desarrollos.

Desde nuestra perspectiva, vivir con una enfermedad crónica neurodegenerativa como es la EP conlleva problemáticas que involucran al cuerpo como ensamblado de relaciones donde las características biológicas se combinan con los ambientes sociales y culturales, las historias y las subjetividades de las personas.

En este entramado participa la presencia del familiar-cuidador/a, persona que sin recibir paga se involucra de forma cercana en el cuidado físico (alimentación, higiene, desplazamiento) y emocional (escucha empática, motivación para adherir al tratamiento) de la persona con EP y que comúnmente es un miembro de la familia (McDermott y Mendez-Luck, 2018; Riquelme-Hera et al, 2018).

Se ha trabajado sobre la sobrecarga del cuidador (*caregiver burden*), señalando elementos que afectan la experiencia de cuidar una persona con una condición de salud crónica y estigmatizada y proponiendo formas de interpretarla (cfr. por ejemplo Gérain y Zech, 2019; McDermott y Mendez-Luck, 2018; Razali, Ahmad, Rahman, Midin y Sidi, 2011).

En este trabajo nos proponemos dar cuenta de algunos elementos de la experiencia del familiar-cuidador/a de personas con EP y discutir esos elementos en el contexto de la comprensión relacional, situada y procesual que proporciona la idea del cuerpo como ensamblado y el comportamiento humano en desarrollo permanente (cfr. por ejemplo Chenhall y Senior, 2017; Cluley, 2020; Fox, 2011; Gayman, Fraser-Thomas y Baker, 2017; Overton, 2013).

Materiales y métodos

Trabajamos con 13 familiares-cuidadores/as desde un enfoque intensivo y de método mixto de investigación. En el contexto de una observación participante en un grupo de soporte físico y social (excepto 2 participantes contactados por e-mail) durante el año 2019, aplicamos la escala Zarit de sobrecarga del cuidador (*Zarit Burden Scale*, cfr. Zarit, Reever y Bach-Peterson, 1980), junto al registro de comentarios informales de los participantes.

La escala de sobrecarga del cuidador Zarit ha sido utilizada previamente para evaluar la sobrecarga de cuidadores de personas con EP (Grün, Pieri, Vaillant y Diederich, 2016; Rajiah, Maharajan, Yeen y Lew, 2017; Sanyal et al, 2015; Shah et al, 2015). El instrumento contiene 22 ítems en forma de escala Likert y un mayor puntaje refleja una sobrecarga mayor del cuidador (Rajiah et al, 2017). El instrumento fue autoadministrado y en casos donde las personas no contaban con instrumentos de lectura apropiados o solicitaron asistencia, se hetero-administró.

Se realizó un análisis descriptivo y correlacional (rho de Spearman, significatividad: $p \leq 0,05$), interpretación de puntajes totales de la escala sobre la base de los puntos de corte publicados (cfr. Burden Interview, 2020; Stagg y Lerner, 2015) e integración con información demográfica y datos cualitativos recogidos durante la aplicación del instrumento.

Seguimos las recomendaciones éticas establecidas en la Declaración de Helsinki y sus modificatorias (World Medical Association [WMA], 2018).

Resultados y discusión

Los cuidadores-familiares con los que trabajamos presentaron las siguientes características: (a) edad promedio 61,76 (desvío $\pm 17,29$), mediana 66, amplitud 30-81, (b) la mitad tenía un trabajo o empleo, (c) casi un tercio tenía responsabilidades de familia propia, (d) en dos casos el familiar había fallecido, (e) los años cuidando al familiar promedio fueron 8,83 ($\pm 4,91$), mediana 8, amplitud 2-15, (f) los años que hacía que el familiar tenía EP promedio fueron 10,91 ($\pm 5,65$), mediana 12, amplitud 2-21, (g) casi la mitad no compartía el cuidado del familiar enfermo con otra persona, (h) la mitad señaló que el familiar no tenía problemas cognitivos, (i) casi un tercio dijo que el familiar enfermo no se podía quedar solo en la casa y (j) un tercio dijo que el familiar no se podía movilizar solo en la casa. En cuanto al parentesco, casi la mitad era esposo/a del familiar con EP y el resto era hijo/a y, en menor medida, tenía parentesco político, era madre/padre y era hermano/a. Once de las 13 personas con las que trabajamos señalaron que su familiar asistía o había asistido a un grupo de soporte físico y social.

El puntaje total promedio de la escala Zarit fue 22,08 [$\pm 18,09$], mediana 16, amplitud 4-71, interpretable como una sobrecarga que para al menos la mitad del grupo fue mínima o nula, aunque la amplitud fue extensa, desde nula a severa.

Destacamos que el tiempo cuidando al familiar correlacionó positivamente con la afectación de la vida social del cuidador ($p=0,0503$) y el tiempo que llevaba el familiar sufriendo EP correlacionó, también positivamente, con la propia percepción

del agravamiento de la salud del cuidador, la incomodidad frente a invitados, los problemas financieros para hacer frente a las demandas de la enfermedad, la inseguridad acerca de qué hacer con la persona con EP y el nivel total de sobrecarga.

Los comentarios de los cuidadores dieron cuenta de algunas cuestiones que ampliaron la mirada de lo que el puntaje en los ítems de la escala podía señalar, tales como los sentimientos ambivalentes (por ejemplo, tener la obligación moral de hacerlo por ser esposo/a pero a la vez no tener el tiempo para ocuparse de sí o manifestar no tener a quién delegar, compartir el cuidado del familiar enfermo pero a la vez señalar que no dejarían en manos de otro a su familiar, respetar el mantenimiento de la independencia del enfermo pero preocupación porque *se queda solo a la noche* y no acepta compañía) y otras experiencias subjetivas del cuidado (la falta de soporte comunitario-sanitario más allá del grupo de soporte mencionado más arriba, aceptar cierto sentimiento negativo cuando *no me hace caso*, presencia de sentimientos de culpa por no disfrutar suficientemente de la presencia del familiar enfermo, sentimientos de impotencia por ser familiar político y por ende no poder ayudar más, sentimientos de omnipotencia en el *yo me ocupo de todo*, esperanza en fuerzas como figuras de cultos religiosos o la salud personal mientras se conserve). Las correlaciones previas son coherentes con lo que han encontrado otros autores (Grün et al, 2016; Razali et al, 2011; Sanyal et al, 2015), aunque el estado del cuidador sea positivo y se reconozca cierto nivel de actividad funcional conservada en la persona con Parkinson (Lageman, Mickens y Cash, 2015), que no se indiquen dificultades cognitivas en la persona cuidada (Grün et al, 2016) y aunque la persona asuma que el cuidado es su rol natural como *rol de género* en esposas e hijas - situación conocida como *marianismo* en ciertos grupos culturales latinos (Balbim et al, 2019; McDermott y Mendez-Luck, 2018).

Las cuestiones señaladas podrían entenderse como factores o variables discretas que actúan sobre individuo cuyos comportamientos son lo que son como resultado de esas influencias, o podrían entenderse como condiciones que afectan y son afectadas por otras condiciones y que interactúan con otras condiciones y situaciones, donde los individuos y sus cuerpos y comportamientos se definen

continuamente con relación a sus entornos que los afectan y a los cuales afectan en un juego de identificación y resistencias.

Siguiendo a algunos autores (cfr. por ejemplo Chenhall y Senior, 2017; Short y Mollborn, 2015), en este trabajo nos alejamos de la idea de determinantes sociales de la salud como cuestiones externas discretas y singulares que afectan a comportamientos humanos inevitablemente.

Los cuerpos no son entendidos aquí como conjunto de órganos solamente, sino que asumimos las condiciones anatómicas, fisiológicas y bioquímicas como condiciones más dentro de otras, sin estatus superiores ni inferiores en la consideración de las fuerzas que afectan y son afectadas en la definición de los cuerpos y los comportamientos de los individuos. Los cuerpos tampoco son entendidos como recipientes de fuerzas.

El cuerpo hace lo que hace por la interacción dinámica de las relaciones de ida y vuelta con el medioambiente que lo afecta y al que afecta, además de su involucramiento activo, experimentando, con sentido de agencia, con la capacidad de motivación para formar nuevas relaciones. Los ensamblados emergen desde la interacción entre miles de relaciones del cuerpo y sus afectos (su capacidad de afectar y ser afectado) y se desarrollan de formas impredecibles (“in a kind of chaotic network of habitual and non-habitual connections”, Fox, 2011, p. 7). Los ensamblados se constituyen desde elementos muy dispares que pueden ser materiales, físicos, sociales o abstractos-filosóficos. En el ensamblado no hay un término que *a priori* sea determinante. El ensamblado es dinámico y varía de persona a persona, de situación en situación y de momento del desarrollo vital en momento del desarrollo vital.

Distinguimos *enfermedad (disease)* como el estado biológico resultado de una divergencia de lo que es biomédicamente definido como norma del funcionamiento orgánico, *sufrimiento (illness)*, como estado experiencial, y *dolencia, desorden o mal (sickness)*, como la respuesta social a un episodio de sufrimiento (Eisenberg 1977, Kleinman 1978, cfr. también Fox, 2011).

El ensamblado salud-enfermedad (*ill-health*) varía de persona a persona y de circunstancia en circunstancia. Ontológicamente, este ensamblado no actúa sobre un cuerpo previo, sino que el cuerpo emerge y toma forma mediante su ensamblado.

Los cuerpos no son los sitios donde actúan las fuerzas, son la producción de la interacción de las fuerzas.

En este contexto, puede pensarse la relación cuidador-persona cuidada como un ensamblado de ensamblados. Ver la tarea de cuidado de otro enfermo como *proceso(s) in-corporado(s) de hacer-se (becoming)* y no como cuerpo con funciones sobre otro cuerpo es la tarea de Victoria Cluley (2020, basada en la propuesta de Deleuze and Guattari [1984, 1987]). La autora se distancia del dualismo *cuidador del que depende y el dependiente* en la tarea del cuidado y toma la teoría rizomática, de ensamblados corporales y la idea de comprender al trabajo de cuidado más como *flesh work*, entendiendo *flesh* como lo concreto, lo real, lo existente y fenomenológico, experiencial, lo que no es ni intrínseco ni extrínseco, lo que está entre (*in-between*), el fluido que puede moverse entre, construir relaciones, fluir y pasar por intersticios, conectando espacios. La idea refleja la realidad de la labor de cuidado como ensamblado diverso y cambiante de factores heterogéneos, tales como, por sólo mencionar alguno que claramente pudo observarse en nuestros resultados, la experiencia de cuidado informal atravesada por las normas culturales y el rol del género, fenómeno llamado por algunos autores *marianismo*.

En nuestra indagación, las ambigüedades experimentadas por los cuidadores informales con relación a sus seres queridos eran vividas como experiencias de culpa, de orgullo, de autosuficiencia, de experticia y de frustración, en los distintos casos-momentos--ensamblados-relaciones (probablemente una indagación más en profundidad pueda captar otras vivencias que se yuxtaponen, relacionan y autoorganizan la experiencia). Así y todo, las personas lograban alternativas de movimiento (*¿un crecimiento rizomático?*) y construir canales que les permitían recrearse como sujetos activos y agentes de su experiencia; esto puede reflejarse, parcialmente, en nuestros datos cuantitativos, en el puntaje de sobrecarga mínimo (e incluso nulo) que gran parte de los participantes mostró, a pesar de las cuestiones contextuales informadas.

Basados en sus comentarios informales y en nuestra observación participante continua, suponemos que el grupo de soporte social y físico al que muchos de los cuidadores-familiares con sus seres queridos con EP asistían se configuró como un elemento del entramado que puede haber estado colaborando en esta recreación.

Conclusiones

En los tiempos de pandemia Covid-19 en que escribimos este trabajo nuestras etnografías se han transformado y los territorios son *territorios virtuales*, nuevos elementos que forman parte de las fuerzas y tensiones que construyen los cuerpos y sus contextos y a través los cuerpos se construyen y co-construyen. La visión de una antropología relacional se vuelve más vigente que nunca y la necesidad de pensar las condiciones en las cuales las personas desarrollan sus actividades, que las afectan y que son capaces de afectar en una relación de co-construcción, se vuelve vital para los investigadores. Es el cuarto momento que Richard Shweder (1999) -siguiendo a otros antropólogos clásicos- señaló, esto es, dar testimonio situado mientras se está allí (*situated witnessing while there*), es el proceso de describirse a sí mismo como parte del proceso de representar al otro, promoviendo una mentalidad dialógica autorreflexiva y continua.

Es en estas condiciones en las que estamos dando cuenta de las situaciones y fenómenos -que nos afectan, pero que también somos capaces de afectar, como investigadores-, en que apelar a distintos enfoques metodológicos y combinarlos de la forma más adecuada para nuestros objetivos se justifica más que nunca, sabiendo que ningún método por sí mismo ofrecerá resultados satisfactorios si lo que buscamos es comprender procesos, formas de ser en el mundo, formas de desarrollarse y de pensar.

Esta investigación presenta características particulares vinculadas con la muestra seleccionada y el contexto de producción y análisis de la información, así como con el método utilizado. Su extensión a otros contextos y actores debe ser revisada y tomada con precaución.

Sin embargo, consideramos que lo realizado permite captar algunas cuestiones centrales de la problemática con valor heurístico, aunque es necesario continuar indagando en profundidad y cualitativamente.

Agradecimientos

A los participantes del estudio, a los miembros del equipo de trabajo del grupo de soporte donde se llevó a cabo parte del estudio, a CONICET y a UNLP.

Referencias bibliográficas

- Balbim, G. M., Magallanes, M., Marques, I. G., Ciruelas, K., Aguiñaga, S., Guzman, J., & Marquez, D. X. (2019). Sources of Caregiving Burden in Middle-Aged and Older Latino Caregivers. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 33(4), 185-194. <https://doi.org/10.1177/0891988719874119>
- Burden Interview*. Headway – The Brain Injury Association. UK. Recuperado de <https://www.headway.org.uk/media/3322/zarit-burden-interview.pdf> [última visita 8/3/2020]
- Chenhall, R. D., & Senior, K. (2017). Living the Social Determinants of Health: Assemblages in a Remote Aboriginal Community. *Medical Anthropology Quarterly*, 32(2), 177-195. <https://doi.org/10.1111/maq.12418>
- Cluley, V. (2020). Becoming-care: reframing care work as flesh work not body work. *Culture and Organization*, 26(4), 284-297. <https://doi.org/10.1080/14759551.2019.1601724>
- Eisenberg, L. (1977). Disease and Illness. Distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 9-23. <https://doi.org/10.1007/bf00114808>
- Fox, N. J. (2011). The ill-health assemblage: beyond the body-with-organs. *Health Sociology Review*, 20(4), 359-371. <http://dx.doi.org/10.5172/hesr.2011.434>
- Gayman, A. M., Fraser-Thomas, J., & Baker, J. (2017). Relational developmental systems metatheory: a conceptual framework to understand and promote older adults' involvement in sport. *European Review of Aging and Physical Activity*, 14, 12. <https://doi.org/10.1186/s11556-017-0182-6>
- GBD 2016 Parkinson's Disease Collaborators. (2018). Global, regional, and national burden of Parkinson's disease, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet. Neurology*, 17(11), 939-953. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30295-3](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30295-3)
- Gérain, P., & Zech, E. (2019). Informal caregiver burnout? Development of a theoretical framework to understand the impact of caregiving. *Frontiers in Psychology*, 10, 1748. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01748>

- Grün, D., Pieri, V., Vaillant, M., & Diederich, N. (2016). Contributory Factors to Caregiver Burden in Parkinson Disease. *JAMDA*, 17, 626-632. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2016.03.004>
- Kleinman, A. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine*, 12, 85-93. [https://doi.org/10.1016/0160-7987\(78\)90014-5](https://doi.org/10.1016/0160-7987(78)90014-5)
- Lageman, S., Mickens, M., & Cash, T. (2015). Caregiver-identified needs and barriers to care in Parkinson's disease. *Geriatric Nursing*, 36, 197-201. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.01.002>
- McDermott, E., & Mendez-Luck, C. A. (2018). The Processes of Becoming a Caregiver Among Mexican-Origin Women: A Cultural Psychological Perspective. *SAGE Open*, 1-10. <https://doi.org/10.1177/2158244018771733>
- Overton, W. F. (2013). A New Paradigm for Developmental Science: Relationism and Relational-Developmental Systems. *Applied Developmental Science*, 17(2), 94-107. <https://doi.org/10.1080/10888691.2013.778717>
- Posavi, M., Diaz-Ortiz, M., Liu, B., Swanson, C. R., Skrinak, R.T., Hernandez-Con, P., Amado, A. D., Fullard, M., Rick, J., Siderowf, A., Weintraub, D., McCluskey, L., Trojanowski, J. Q., Dewey, R. B., Huang, X., & Chen-Plotkin, A. S. (2019). Characterization of Parkinson's disease using blood-based biomarkers: A multicohort proteomic analysis. *PLoS Medicine*, 16(10), e1002931. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002931>
- Rajiah, K., Maharajan, M. K., Yeen, S. J., & Lew, S. (2017). Quality of Life and Caregivers' Burden of Parkinson's Disease. *Neuroepidemiology*, 48, 131-137. <https://doi.org/10.1159/000479031>
- Razali, R., Ahmad, F., Rahman, F., Midin, M., & Sidi, H. (2011). Burden of care among caregivers of patients with Parkinson disease: A cross-sectional study. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 113, 639-643. <https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2011.05.008>
- Riquelme-Hera, H., Gomez-Gomez, C., Aranda-Galarza, I., Gutierrez-Herrera, R., Mendez-Espinosa, E., Martinez-Lazcano, F., & Gutierrez-Sanchez, P. (2018). Relationship of Stigma to Caregivers Burden in Alzheimer's disease Patients. *Journal of Primary Health Care and General Practice*, 2(2), 024. Recuperado de

<https://scionline.org/open-access/relationship-of-stigma-to-caregivers-burden-in-alzheimers-disease-patients.pdf>

- Sanyal, J., Das, S., Ghosh, E., Banerjee, T., Bhaskar, L., & Rao, V. (2015). Burden among Parkinson's disease care givers for a community based study from India. *Journal of the Neurological Sciences*, 358, 276-281. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jns.2015.09.009>
- Shah, S., Glenn, G., Hummel, E., Hamilton, J., Martine, R., Duda, J., & Wilkinson, J. (2015). Caregiver tele-support group for Parkinson's disease: A pilot study. *Geriatric Nursing*, 36, 207-211. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.02.002>
- Short, S. E., & Mollborn, S. (2015). Social Determinants and Health Behaviors: Conceptual Frames and Empirical Advances. *Current Opinion in Psychology*, 5, 78-84. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.05.002>
- Shweder, R. (1999). Why Cultural Psychology. *Ethos*, 27(1), 62-73. <https://doi.org/10.1525/eth.1999.27.1.62>
- Stagg, B., & Larner, A. J. (2015). Zarit Burden Interview: pragmatic study in a dedicated cognitive function clinic. *Progress in Neurology and Psychiatry*, 19(4): 23-27. <https://doi.org/10.1002/pnp.390>
- Tysnes, O., & Storstein, A. (2017). Epidemiology of Parkinson's disease. *Journal of Neural Transmission*, 124, 901-905. <https://doi.org/10.1007/s00702-017-1686-y>
- Waninger, S., Berka, C., Karic, M. S., Korszen, S., Mozley, P. D., Henchcliffe, C., Kang, Y., Hesterman, J., Mangoubi, T. & Verma, A. (2020). Neurophysiological Biomarkers of Parkinson's Disease. *Journal of Parkinson's Disease*, 10(2), 471-480. <https://doi.org/10.3233/jpd-191844>
- WMA. (2018). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects*. Recuperado de <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>