

La Valoración en el Síndrome del Cuidador

Resumen

El presente artículo pretende establecer una visión antropológica en la atención a los cuidadores familiares, teniendo en cuenta la inclusión de sus fenómenos de salud y enfermedad en un marco amplio de interpretación que no los limite exclusivamente a sus aspectos sanitarios sino que los contextualice en toda su complejidad sociocultural. La superación del modelo biomédico debe venir motivada por la comprensión de que en la relación salud-enfermedad, los gestos, las palabras, los ritos difieren según las culturas y comportan significados y símbolos diferentes. La valoración de enfermería supone un reconocimiento de los cuidadores familiares y de su presencia como tal, además de ser un medio a través del cual verbaliza todos sus problemas y favorece la expresión de las emociones que le genera la vida en el domicilio y la enfermedad de la persona querida. El colectivo enfermero es mediador de dos discursos; por un lado del propio discurso médico-sanitario y por otro del que sobre la salud y la enfermedad sostiene el paciente y la familia.

Palabras clave: Cuidador familiar, padecimiento, Cansancio del rol del cuidador, valoración de enfermería.

The caregiver syndrome assessment

Summary

This article seeks to establish an anthropological point of view of the care given to family caregivers, taking into account the inclusion of health phenomena and disease in a comprehensive framework of interpretation that do not confine it exclusively to health aspects but to contextualize it in all its social and cultural complexity. The overcome of the biomedical model should come motivated by the comprehension of the relationship between health and disease. Gestures, words, rituals differ between cultures and involve different meanings and symbols. The nursing assessment is recognition of family caregivers and their presence as such, besides being a mean through which speaks all their problems and encourages the expression of emotions that crates life in the home and the loved person condition. The nursing profession is the mediator of two different points of view. On the one side the medical discourse, and on the other side the patient his and family.

Key words: Caregiver, nursing assessment, suffering, carers' tiredness

Introducción

En los últimos años en los países desarrollados se han producido importantes cambios en el patrón epidemiológico. El aumento de la esperanza de vida y el descenso de la natalidad han originado envejecimiento de la población y una mayor prevalencia de enfermedades crónicas con el consiguiente incremento de las personas con incapacidades, junto a cambios en el tipo y la estructura familiar como la incorporación reciente de las mujeres en las etapas centrales de su vida al mundo del trabajo provocando gran repercusión en la provisión de cuidados a la familia, ya que era esta franja de mujeres la que tradicionalmente venía prestando los cuidados.

Por otra parte se está produciendo un acortamiento de las estancias hospitalarias, dando lugar a una mayor demanda de cuidados en el entorno domiciliario, requiriendo una atención más especializada en los domicilios como

*Enfermero Gestor de Casos. **Matrona (enfermera obstetra). ***Enfermera. Licenciada en Antropología Social e Cultural. Adcritos a la Unidad de Gestión Clínica de Loja. Granada. Distrito Metropolitano de Granada. Servicio Andaluz de Salud. Andalucía. España

**** Socióloga, Profesora da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)- Belo Horizonte, MG, Brasil.

****Nutricionista. Granada, Andalucía. España.

Correspondencia
gerardo.tirado.sspa@juntadeandalucia.es

Manuscrito 680 recibido Febrero, aceptado marzo, 2011.

consecuencia de nuevas tecnologías sanitarias originando en definitiva un aumento de las necesidades de cuidados en el domicilio, siendo la familia a partir de estas circunstancias la que pasa a ser considerada como proveedora de salud.

La atención a la salud en el domicilio ha dejado de ser una cuestión exclusiva de los servicios sanitarios y de los profesionales de la salud. El 88% del tiempo empleado en el cuidado de la salud es ofrecido como asistencia informal, frente al 12% del tiempo que dedica el sistema formal, incluyendo el público y el privado. ⁽¹⁾

Los cuidadores familiares integran lo que se viene denominando Sistema Informal de Cuidados de Salud. Bajo el concepto de "cuidados informales o cuidados familiares" se han agrupado aquellos cuidados que son prestados, por familias, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y otras personas. Los elementos claves de este sistema informal ⁽¹⁾, y que cada vez más comienza a denominarse sistema familiar, son los siguientes:

- Carácter no institucional.
- No remunerado. Esta circunstancia habrá de ser sometido a revisión, ya que la Ley de Dependencia (2006) contempla el pago por la Administración de determinados servicios de cuidados proporcionados en el seno de la familia.
- Se presta en y desde el ámbito doméstico.
- Se regula mediante relaciones no explícitas, de modo que pasan a ser invisibles y no reconocidas.
- Se mueve en el terreno de lo privado y se asienta sobre las relaciones personales.
- Se aplica gracias a la relación de parentesco, en la que existen lazos de afectividad y un carácter de compromiso duradero entre sus miembros.

La diversidad de cuidados que proporciona el Sistema Informal está, principalmente relacionado con la Promoción o Prevención de la enfermedad, la Atención a la Enfermedad y Rehabilitación, la Recuperación y Reinserción, extendiéndose sobre un amplio sector de la población que se beneficia del mismo: ancianos, discapacitados, enfermos crónicos y niños.⁽²⁾

El papel que hasta este momento se ha otorgado a la figura de la cuidadora familiar por los servicios sanitarios y sociales podemos entenderlo atendiendo a estos cuatro enfoques ⁽³⁾:

- a. El cuidador como recurso, la atención se centra sólo en la persona necesitada. De tal modo que el cuidador sólo es tomado en consideración, en la medida que presta cuidados a su familiar, en pro del "beneficio" que aporta al sistema formal de asistencia sanitaria, obviando el bienestar de la cuidadora
- b. El cuidador como co-trabajador, para la mejora de los cuidados. Se le considera desde el sistema formal, bajo una cierta "relación de igualdad", en cuanto que se reconoce que realiza una serie de actividades y aten-

ciones diferentes a las ejecutadas por los profesionales de la atención sanitaria. En consecuencia el bienestar del cuidador familiar se tiene en cuenta de una manera instrumental buscando maximizar la calidad de los cuidados que se prestan al familiar. .

- c. El cuidador como cliente, paciente y cuidador son objeto de atención por parte del profesional de la salud.

El modelo de cuidador como cliente, considera al cuidador familiar como co-cliente o cliente secundario de los servicios sanitarios y sociales, es decir, que se ve tanto a la persona que cuida como a la persona dependiente, como objetos de atención sobre los que el profesional debe intervenir.

- d. El cuidador como elemento de la producción del bienestar, sólo se valora su aportación por el ahorro que supone para el sistema de salud.

De los modelos expuestos, el modelo de cuidador como recurso es el que se ha impuesto en la práctica diaria sanitaria, considerando que esta situación debe cambiar hacia otros modelos más integradores; sobre todo, evolucionar hacia el modelo de cuidador como cliente.

Estado conocimientos. El proceso de cuidar

Generalmente identificamos al cuidador familiar con mujeres ya que son estas las que soportan mayores cargas y tienen más asumido el cuidado de la salud como una responsabilidad exclusivamente suya. Según los datos del estudio de Pérez Pérez ⁽⁴⁾ el perfil del cuidador es de una mujer de 57 años, ama de casa, hija de la persona dependiente, con estudios primarios, que convive con el paciente más de seis meses al año y dedica a cuidar más de tres horas al día o bien lo percibe como más de 20 horas al día. Compagina las labores de cuidador con otras tareas (en el hogar o trabajo fuera del domicilio). Sólo una minoría recibe ayuda de tipo institucional. El apoyo más frecuente que reciben los familiares proviene de otros familiares, generalmente también mujeres (hermanas). La duración de los cuidados tiene una media de cinco años⁽⁴⁾.

Las principales razones que manifiestan para cuidar son: el cariño, la obligación, el altruismo, la reciprocidad, la gratitud, sentimientos de culpa del pasado y el evitar la censura de la familia, amigos y conocidos en caso de que no se cuidara el familiar en casa, ya que en España el cuidar se considera como un valor y como una obligación moral.

El proceso de cuidar, aunque pueda resultar una vivencia gratificante, ya que se descubre la íntima satisfacción de ser útiles a sus familiares más próximos, es también cierto que puede ser una etapa de labor solitaria e ingrata generalmente es una experiencia duradera que exige reorganizar la vida familiar, laboral y social en función de las tareas que implica cuidar problemas de salud, la alteración de las relaciones familiares, las alteraciones laborales y económicas, los problemas relacionados con la insuficiente formación para realizar el cuidado, la dismi-

nación de sus actividades de ocio y tiempo libre, los problemas relacionados con la sobrecarga y la falta de ayuda, en definitiva el cuidado de un familiar se convierte en una suma de goces y padecimientos, pudiendo ser causa de estrés y agotamiento y llegando a provocar enfermedades físicas o psicológicas.⁽⁴⁾

La cuidadora va asimilando ese padecimiento como algo inherente a su existencia incluso a menudo quedando aprisionada al lado del paciente, experimentando un padecimiento subjetivo mayor que el del propio enfermo, siendo frecuente que la morbilidad sentida esté infradiagnosticada y la mayoría de los problemas que se reflejan en la historia clínica se suelen relacionar con otras patologías.⁽⁴⁾

Además hay que tener en cuenta que el estado de salud, la actuación y la situación emocional de las cuidadoras influyen directamente en el curso de la enfermedad del paciente al que cuidan, limitando la eficacia de los cuidados y contraponiendo muy a menudo a las expectativas de su familiar.⁽⁴⁾

El impacto de la sobrecarga en las cuidadoras familiares conforman los rasgos del "Síndrome del cuidador": Estrés, deterioro de la calidad de vida, disminución de las expectativas de desarrollo personal y profesional, aumento de los problemas de salud, mayor consumo de medicamentos, abandono del autocuidado, etc.⁽⁵⁾, es en definitiva un conjunto de alteraciones que repercuten en todas las esferas del cuidador, estando presente según diferentes estudios en casi el 50% de las cuidadoras familiares.⁽⁶⁾

Los factores principales de los que depende el grado de sobrecarga del cuidador tienen que ver: ⁽⁷⁾

- Con las características y situación de la persona mayor dependiente.
- La estructura y el apoyo de la familia, las características personales, sociales y laborales del propio cuidador.
- La calidad de la relación afectiva entre la persona cuidada y el cuidador.
- El apoyo externo que se recibe y la duración de la dedicación al cuidado del mayor dependiente.

La situación global del cuidador familiar origina que entre el 22% y el 33% manifieste que: "se siente agotado", "le afecta negativamente en su vida social", "siente que le falta el tiempo", "le afecta negativamente a las relaciones con otros familiares", "le resta intimidad" y "le afecta a la salud".^(3, 8)

El padecer y el cuidar

El modelo médico de los cuidados, que se ha ido imponiendo en la cultura occidental, ha supuesto el distanciamiento de la cuidadora, "desinsertándola" de su medio sociocultural hasta el extremo de ignorar su realidad como ser social: los cuidados han perdido su contenido y su soporte antropológico.⁹

Según Amezcua se puede establecer una *triple terminología para designar la enfermedad, que ha sido aceptada por la antropología de la salud*⁽⁹⁾:

- *Disease* es lo que entendemos por enfermedad en su sentido recto, aquella de la que se ocupan los médicos, que hace referencia al mal funcionamiento del sistema fisiológico, su diagnóstico y su tratamiento. El *disease* es la aprehensión biomédica de la enfermedad, fundada sobre un conocimiento objetivo de los síntomas físicos de la enfermedad, que implica por parte de la práctica médica de una ocultación o, por lo menos, una relegación al último plano de lo existencial y de lo social.

- *Illness* hace referencia a la experiencia cultural, interpersonal y personal (subjetiva) de la enfermedad. Se refiere a los problemas que la enfermedad produce al enfermo o incapacitado y a su familia.

Posiblemente la palabra en castellano que mejor recoge esta definición es padecimiento (de hecho nosotros usamos harto frecuente el término paciente para referirnos al enfermo-sujeto).⁽⁹⁾

- *Sickness* se refiere a la dimensión simbólico-social de la enfermedad. Implica la presencia de ideologías en torno a la enfermedad, que llegan a generar estigmas. Según Martínez Cortés, "Indagar en el padecimiento de la cuidadora supone para el profesional sanitario explorar varios planos: el plano de las molestias físicas o sintomáticas (*disease*), el plano de las interpretaciones o significados para la persona que lo está viviendo (*illness*); además, hay que tener en cuenta que las interpretaciones y significados asociados a la enfermedad son vividos como una experiencia socialmente constituida, es decir, basada en la intrasubjetividad e intersubjetividad de los sujetos inmersos en un contexto cultural determinado (*sickness*)"⁽¹⁰⁾

El padecer está constituido por dos planos:

Primero: el plano de las molestias o de los síntomas: dolores, insomnio, cefaleas, astenia, etcétera. Este primer plano del padecer le sirve al profesional para ir construyendo su hipótesis sobre el diagnóstico, la cual confirmará o descartará con la información que obtenga al ahondar y precisar sobre lo que le comunica el paciente, al realizar la exploración física de su cuerpo, junto con los datos del laboratorio clínico, pruebas diagnósticas y del resto de los recursos que hoy nos ofrece la tecnología para el diagnóstico de las enfermedades.⁽¹⁰⁾

Hasta este momento lo que hace el profesional sanitario es interpretar el malestar o el padecer del paciente desde el punto de vista de las ciencias médicas. Pero esto, que en sí mismo es fundamental, debe completarse con el conocimiento de lo que ese malestar o padecer es o significa para la persona que lo está viviendo, así penetramos al segundo plano de esta experiencia.

El Segundo plano del padecimiento consistiría en las interpretaciones y significados personales de estos fenómenos.

Para conocer este segundo plano del cuidador el profesional necesita de dos cosas: Primera: De un genuino interés por la persona y su salud. Segunda: Saber escuchar.

Los problemas de salud que le presenta la cuidadora al profesional no consisten solamente en la existencia de una determinada enfermedad con los síntomas que le son propios; comprenden también la manera como estos síntomas son vividos o experimentados por la cuidadora debido a sus características personales de orden psíquico, cultural, autobiográfico, social.⁽¹⁰⁾

Los problemas de salud que suelen presentar las cuidadoras son más bien de carácter psíquico, cultural y social, por lo que normalmente las medidas terapéuticas que el médico prescribe para la curación, o alivio de la enfermedad no llegan a cumplir su objetivo, ya que normalmente dichas actuaciones no están sustentadas en una relación médico - paciente⁽¹¹⁾ siendo normal, escuchar en la cuidadora expresiones como: "el médico no tiene tiempo para escucharme" "no me he atrevido a contárselo", "los problemas familiares o sociales se solucionan en otro lugar que aquí sólo se trata al enfermo desde el punto de vista médico", echándose en falta una visión antropológica en la atención, caracterizada por la inclusión de los fenómenos de salud y enfermedad en un marco amplio de interpretación que no los limite exclusivamente a sus aspectos sanitarios sino que los contextualice en toda su complejidad sociocultural.

Referente teórico: Enfermería y atención al cuidador

En nuestras consultas y visitas a domiciliarias la enfermería tradicionalmente ha dirigido su atención preferentemente a controlar las variables que se asocian con la enfermedad del paciente, que sabemos que puede influir directamente sobre el mejoramiento de su proceso patológico, y así medimos la tensión arterial, glucemia, realizamos curas y respecto a la cuidadora solo nos preocupamos en adiestrarla en el mayor número de técnicas posibles, como: realización de curas, cambios de posición para evitar prevenir úlceras por presión, suministro de alimentación parenteral, por que no decirlo para descarga de nuestro trabajo.⁽⁹⁾

Mientras que se ha dedicado poco tiempo a la atención de la cuidadora, ya que nadie se fija en ellas, pasan desapercibidas, y no se llega a valorar su esfuerzo ni a recompensar en su sentido amplio la vivencia de la cuidadora ante la enfermedad de su familiar y no parece preocuparnos en modo alguno la calidad de vida de la cuidadora, ni nos preguntamos si el deterioro que puede sufrir al no poder satisfacer adecuadamente sus necesidades más básicas como persona (alimentación, higiene, reposo, actividad ocio etc) puede debilitar su acción cuidador.⁽⁹⁾

Esta situación tiende al cambio, ya que la incorporación progresiva del proceso enfermero en la práctica profesional con sus diferentes etapas (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación), ya que el profesional tiene que valorar las necesidades de la cuidadora, identificar sus problemas y poner en marcha una serie de intervenciones para dar respuesta a esos problemas que supone para el cuidador la actividad cuidadora.

Cuando se comienza el proceso enfermero mediante la valoración integral de la cuidadora bien mediante la utilización de una entrevista semiestructurada centrada en el paciente, bien sea por patrones funcionales de M. Gordon, o de Virginia Henderson, permitiendo obtener una visión holística de la cuidadora.

La entrevista en sí misma, tiene una consecuencia terapéutica de alivio de la tensión del cuidador y de apoyo psicológico ya que cuando hablan, lo hacen de sus angustias, miedos, temores, sinsabores; son espejo de una realidad y se representan a sí mismos. Nos permite conocer cómo sienten o sufren el impacto de la enfermedad de un familiar.⁽³⁾

Nuestra experiencia, nos confirma, que se sienten extrañas, cuando un profesional sanitario les dedica atención y es capaz de reconocer su trabajo invisible que pasa desapercibido.

De esta forma muchas veces cuando comenzamos a mostrar la atención a la cuidadora antes que al paciente, se han sorprendido, llegando a escuchar comentarios "El enfermo no soy yo, está acostado en su habitación"

En definitiva la valoración supone un reconocimiento de su identidad y de su presencia como tal, además de ser un medio a través del cual verbaliza todos sus problemas y favorece la expresión de las emociones que le genera la vida en el domicilio y la enfermedad de la persona querida.

Como resultado de la valoración, la calidad de vida del cuidador se ve afectada y deteriorada en relación a las necesidades básicas de los cuidadores:⁽⁴⁾

- Necesidad de actividades recreativas: Disminución del tiempo libre y necesidad de modificar sus actividades de ocio.
- Necesidad de descanso y sueño: Está más cansado, duerme menos, él descansa menos se despierta a menudo.
- Necesidad de movimiento: Tiene dolor de espalda, práctica menos actividad física, toma analgésicos para el dolor y presentan edemas en las piernas o los pies.
- Necesidad de seguridad, evitar peligros: Sentirse ansioso y/o irritado siendo mayoría las mujeres.
- Necesidad de comunicación: Tiene menos relaciones sociales, se siente deprimido, refieren dificultad a la hora de expresar sus sentimientos y tiene alteraciones en su vida sexual
- Necesidad de autorrealización: Han visto alterada su vida familiar, ha visto reducida su economía y ha descuidado su trabajo fuera del hogar.

- Necesidad de higiene y protección de la piel: Se dedica menos tiempo al cuidado personal.
- Necesidad de alimentarse e hidratarse: Ha perdido o aumentado peso, come a destiempo y tiene malas digestiones.
- Necesidad de respirar: Refiere sensación de falta de aire.
- Necesidad de adquirir conocimientos: Necesita conocimientos y/o habilidades para cuidar.
- Necesidad de eliminación: Presenta alteraciones en el ritmo intestinal.

Todas estas manifestaciones de dependencia, nos lleva a establecer la etiqueta diagnóstica: Riesgo de cansancio del Rol del Cuidador, o Cansancio del rol del cuidador.

El hecho que la valoración de los cuidadores sea un instrumento basado en la metodología y disciplina enfermera pone de manifiesto la importancia de la enfermera como recurso y además tiene una aplicación práctica inmediata ya que permite planificar de forma integral los cuidados de enfermería para apoyar a estos cuidadores informales.

Por tanto las cuidadoras deben ser objetivo prioritario para el éxito de un plan de cuidados, es decir, las cuidadoras son las mejores aliadas de las enfermeras, por ello requieren un abordaje especial

Conclusiones

Los cuidadores familiares son insustituibles y realizan una actividad que, en líneas generales, el sistema sanitario es incapaz de satisfacer porque corresponde a los afectos y las emociones; y si, en alguna medida, las instituciones sanitarias se propusiesen proporcionar estos cuidados su coste prácticamente sería inabordable.

No debemos centrar nuestra atención sólo en el paciente enfermo y discapacitado, sino también en el "cuidador" y su entorno familiar, que de igual forma sufre la enfermedad, según el grado de adaptación que tenga del problema.

El colectivo enfermero es mediador de dos discursos; por un lado del propio discurso médico-sanitario y por otro del que sobre la salud y la enfermedad sostiene el paciente y la familia.

El cuidador es un "paciente oculto" que precisa de un diagnóstico precoz de su patología y una intervención inmediata antes de que el deterioro sea difícilmente reversible, para lo cual los programas de atención domiciliaria deben tener como objetivo contemplar la atención al paciente inmovilizado y también la valoración del familiar.⁽⁶⁾

Además es cada vez más necesario "cuidar al cuidador"⁽¹²⁾, estableciendo procedimientos, técnicas y habilidades en comunicación para dicho fin, que les lleven al autocuidado o que les ayuden a mejorar los cuidados que prestan.

Como puede ser la implantación de talleres a cuidadores donde deben dar respuesta a sus necesidades, intentando ser un instrumento adecuado para una

atención correcta y organizada sobre todo en los pacientes crónicos cuyas alteraciones del grado de autonomía y mental repercuten en un aumento de malestar psíquico del cuidador familiar.

Establecer una visión antropológica de la atención debe caracterizarse por la inclusión de los fenómenos de salud y enfermedad en un marco amplio de interpretación que no los limite exclusivamente a sus aspectos sanitarios sino que los contextualice en toda su complejidad sociocultural

Aprender a percibir las emociones y los sentimientos que experimentan los cuidadores, es una fuente incommensurable de conocimiento.

La superación del modelo biomédico debe venir motivada por la comprensión de que en la relación salud-enfermedad, los gestos, las palabras, los ritos difieren según las culturas y comportan significados y símbolos diferentes.

Si nuestra intención es llevar a cabo una atención integral a la cuidadora hay que tener en cuenta el carácter dual, físico-emocional, de la enfermedad y someter continuamente a revisión el marco de relaciones y de comunicación entre los profesionales, los pacientes y sus familiares.

Referencias bibliográficas:

1. García Calvente M^a del Mar, Mateo-Rodríguez Inmaculada, Maroto-Navarro Gracia. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit.* 2004;18 Supl 2:83-92.
2. García Calvente M^a del Mar, Mateo-Rodríguez Inmaculada, Eguiguren Ana P. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gac Sanit.* 2004; 18 Supl 1:132-139.
3. Quero Rufián Aurora et al. Los cuidadores familiares en el Hospital Universitario de Traumatología y Rehabilitación de Granada. *Index Enferm* [online]. 2005,14(48-49):14-17 [citado 2009-12-19] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100003&lng=es&nrm=iso>.
4. Pérez Pérez M^a José. Cuidadores informales en un área de salud rural: perfil, calidad de vida y necesidades. *Biblioteca Lascasas*, 2005;1. [citado 2009-05-28] Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0015.php>.
5. Álvarez E, Aguilar U. Una triple jornada: mujeres anónimas. *Trabajo Social y Salud.* 2002; 42: 333 -366.
6. Lara Pérez Leydis, Díaz Díaz Madalys, Herrera Cabrera Elisa, Silveira Hernández Pablo. Síndrome del "cuidador" en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. *Rev Cubana Enfermer.* 2001;17(2):107-11.
7. Rodríguez-Zafra Rafael, Núñez Partido Antonio, Martín Rodrigo M^a José, Gil Escudero Guillermo. La ayuda psicoterapéutica a cuidadores de mayores dependientes. *Crítica.* 2006;936:92-94.
8. Martínez Fuentes A. Condenada al cuidado. Relato biográfico de una cuidadora familiar. *Enfermería Comunitaria (rev. digital)* 2007, 3(1). [citado 2009-05-28] Disponible en <<http://www.index-f.com/comunitaria/v3n1/ec2607.php>>
9. Amezcua M. Enfermedad y padecimiento: significados del enfermar para la práctica de los cuidados. *Cultura de los Cuidados.* 2000; IV(7-8):60-7.
10. Martínez Cortés Fernando. Enfermedad y padecer. Ciencia y humanismo en la práctica médica. *An Med Asoc Med HospABC.* 2002;47(2):112-117.
11. Hueso Montoro César. El padecimiento ante la enfermedad: Un enfoque desde la teoría de la representación social. *Index Enferm.* [online]. 2006; 15(55): 49-53 [citado el 2009-05-28]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300011&lng=es&nrm=iso.
12. Bimbela-Pedrola JL. Habilidades de comunicación. En: *Cuidando al Cuidador. Counseling para sanitarios.* Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1994.