

Desgaste Físico y Emocional del Cuidador Primario en Cáncer

Brenda Selene Barrón Ramírez¹ y Salvador Alvarado Aguilar²

¹Universidad Autónoma de Tamaulipas.

²Instituto Nacional de Cancerología de México.

Abstract

In the world, every day there are more people who become ill with cancer, and this is a chronic degenerative disease in our country today is still diagnosed in advanced stages and thus this population is losing independence, increasingly have the need to be careful. This normally provides a caring family member, often tiring and exhausting for him, both physically and emotionally, by what we consider important to make this work.

Key words: *Wear physical, wear emotional, primary caregiver, cancer.*

Resumen

EN EL MUNDO, cada día hay mayor número de personas que enferman de cáncer, siendo esta una enfermedad crónica y degenerativa que en nuestro país actualmente se sigue diagnosticando en etapas avanzadas y por ende esta población, va perdiendo independencia, teniendo cada vez más la necesidad de ser cuidada. Este cuidado que normalmente brinda un miembro de la familia, suele ser agotador y desgastante para él, tanto física y emocionalmente, por lo que consideramos importante realizar el presente trabajo.

Palabras Clave: Desgaste físico, desgaste emocional, cuidador primario, y cáncer.

Correspondencia:

Psic. Brenda Selene Barrón Ramírez.

Residente en Psicooncología. Subdirección de Medicina Interna. Instituto Nacional de Cancerología de México. San Fernando 22. Col. Sección XIV. 14080. México D.F.
e-Mail: b_selene_br@hotmail.com

Introducción

Por lo general, las repercusiones en las relaciones personales que tiene el cáncer, se centran en las consecuencias que se provocan en los enfermos. Esta situación, no debe minimizar las repercusiones que se tiene en las personas que rodean al paciente de cáncer y en particular en la atención reflexiva de las formas en que se afecta al “cuidador primario” o “principal” de estos enfermos. La relevancia de este interés analítico parte de una atención ideal para las personas (cuidadores primarios) que cuidan a estos pacientes, y que deberían estar apoyados por un equipo de profesionales como lo menciona Austrich (2006)(1) por, personal médico, psiquiatras, psicólogos, enfermeras, nutriólogos, fisioterapeutas y trabajadores sociales. Cosa que como es comprensible de principio no ocurre en la mayoría de los casos de esta manera.

Uribe (2006)(2) refiere: el cuidado diario y a largo plazo de un familiar enfermo, así se asuma de manera voluntaria y con cariño, conlleva a riesgos para la salud de las personas que lo realizan, principalmente si toda la responsabilidad recae sobre una sola persona.

Por tanto, la gran función que desempeña el cuidador principal en estos pacientes puede ocasionarles problemas de salud no solo de tipo físico sino también de tipo mental.

La hipótesis de reflexión consiste en: como afirma Uribe (2006), si la persona que cuida no goza de bienestar físico y mental no puede dar una atención de buena calidad.(1)

Desarrollo

El cáncer se define como una multiplicación desregulada de las células, con la consecuencia de un incremento anormal en el número de las mismas en órganos particulares, en estadios iniciales, que posteriormente puede llegar a diseminarse afectando el funcionamiento normal del organismo. (3)

Actualmente en el mundo hay aproximadamente 20 millones de personas vivas que sufren algún tipo de

cáncer. Para el 2020 probablemente habrá más de 30 millones a nivel mundial. (4) Lo cual puede considerarse en estricto sentido como un problema de salud pública que ha aumentado de manera acelerada en las últimas décadas, en morbi-mortalidad en la mayoría de los países del mundo.

Es alarmante el gran número de personas y, las que cada año se seguirán agregando a sufrir por causa de esta enfermedad llamada cáncer, a la cual muchas de ellas y otras no enfermas perciben como una enfermedad física, social y psicológicamente aplastante.

En este sentido vale la pena recordar que el cáncer es una enfermedad que no distingue razas, niveles socio-económicos, culturales o religiones. (5) Por ello es importante comprender que en la amplitud de la existencia de esta enfermedad se afecta la vida no solo de quien la padece de manera directa sino también la del equipo médico tratante, la de la familia (cuidador primario), y de manera inmediata la del cuidador primario.

Los cuidadores primarios ocupan un lugar esencial en la atención de estos enfermos, absorbiendo la carga principal de los cuidados. Sin embargo y paradójicamente a las repercusiones negativas que se tienen tanto en la atención de los enfermos de cáncer como en las del deterioro de las redes sociales primarias, las publicaciones centradas en esta figura son pocas. En la literatura se describe el “*síndrome del cuidador primario*”, fenómeno relacionado directamente con la sobrecarga que, a nivel físico como emocional, pueden padecer quienes ocupan este desgastante papel. Se insiste en los textos especializados en la necesidad de atender el cuidado que el cuidador requiere para que éste pueda soportar el sobreesfuerzo que tiene que realizar durante un tiempo prolongado en el cuidado diario y constante del enfermo, ya que existe el riesgo de que este personaje se convierta en un enfermo secundario. (6)

Tras el diagnóstico de una discapacidad severa o de una enfermedad crónica, o potencialmente mortal (como lo es el cáncer), suele modificarse significativamente la dinámica familiar, pues gran parte de la

atención y la energía se dirigen hacia el cuidado del enfermo. Acorde con las costumbres mexicanas, es común observar que sea alguien de la familia quien se convierta en el apoyo principal de la persona enferma, es decir, en su cuidador principal. (7)

En este sentido es importante tener presente que los cuidadores constituyen una pieza clave en la triada terapéutica “equipo sanitario- enfermo-cuidador primario” si la asistencia se lleva a cabo en el servicio de un hospital, pero lo son todavía más si la misma se realiza en el domicilio del propio enfermo. (8)

Sin embargo, es frecuente que los profesionales de salud dirijan su atención y recursos al manejo de las enfermedades del paciente, sin tener en cuenta el contexto familiar donde se generan un sinnúmero de cambios, algunos nocivos para la salud de quienes desempeñan las funciones de cuidadores. (9)

Cuidador Primario

Astudillo, et. al. (2008)(10), definen al cuidador primario, como: la persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo: papel que por lo general lo juegan el/ la esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que es significativo para el paciente. Es el que tiene la delicada tarea de poner en marcha la solidaridad con el que sufre y el que más pronto comprende que no puede quedarse con los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta a su familiar o amigo. Su trabajo adquiere una gran relevancia para el grupo que atiende y rodea al enfermo conforme progresa la enfermedad, no sólo por la atención directa al paciente, sino también por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia.

Por su parte Armstrong (2005)(11) plantea, el cuidador primario asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que éste por sí mismo no puede llevar a cabo; en este rol es común que el cuidador sea un miembro de la red social inmediata (familiar, amigo o incluso vecino), y que, por lo general, no recibe ayuda económica ni capacitación previa para la atención del enfermo.

Según la literatura especializada el perfil del cuidador principal es el de una mujer, casada, con una edad media de 56 a 67 años. El parentesco con el paciente más frecuente es de cónyuge e hijo/a.

Por otro lado, las investigaciones realizadas en Europa y Norteamérica en torno al perfil demográfico y psicosocial e impacto de esta situación han sido en cuidadores de pacientes con algún tipo de demencia, trastornos de tipo psiquiátrico, cáncer, HIV y adultos mayores. En este sentido Armstrong, (2005)(10) señala algunas de las características demográficas de los cuidadores informales descritos en la literatura: en su gran mayoría lo constituyen mujeres (83.6%); destacando las amas de casa (44.25%), que van de los 45 a los 65 años de edad, un importante sector los constituyen individuos sin estudios (17.1%) y con parentesco directo con la persona cuidada. Estos datos confirman que la gran mayoría son individuos que no reciben ayuda de otras personas (53.7%), gran parte de los cuidadores comparten el domicilio con el enfermo y prestan ayuda diaria, en la mayoría de los casos sin remuneración.

Así mismo, en esta misma línea Bátiz (2008)(12) asegura, muchos de los cuidadores, no reciben ayuda de ninguna otra persona en las funciones que realiza, ni siquiera de familiares cercanos. Al mismo tiempo señala, en algunas ocasiones, los cuidadores son quienes rechazan todo tipo de colaboración. Afirma en algunas ocasiones lo hacen convencidos de que como ellos, nadie más va a soportar tan dura carga. Los cuidadores, refieren haber renunciado a su propio bienestar, no desean que nadie más arrastre este sacrificio, ni que el enfermo con el que han creado un vínculo de interdependencia, sea motivo de rechazo para otras personas.

Torres (2007)(13) por su parte sustenta; la tarea de cuidar a un enfermo comprende a menudo la aparición de una amplia variedad de problemas de orden: físico, psíquico y sociofamiliar, los cuales originan un auténtico síndrome que es necesario conocer y diagnosticar tempranamente para prevenir su agravamiento. En este proceso hay otros factores

que pueden influir en la salud del cuidador y pueden afectarlo; entre otros, habrán de considerarse su edad, género, parentesco, tiempo de dedicación y otras cargas familiares, elementos que han demostrado influir en la aparición del síndrome.

Síndrome de Desgaste del Cuidador Primario

El síndrome del cuidador primario suele estar provocado por la dificultad que entraña para el cuidador el cambio radical de su modo de vida y el desgaste que provoca ver como un ser querido va perdiendo progresivamente sus facultades físicas y psíquicas; pasando, conforme avanza el curso de la enfermedad, de ser un mero supervisor de las actividades del paciente al que le procura los cuidados más básicos. (14)

Maslach y Jackson (1996)(15), en su teoría del estrés en cuidadores primarios, lo caracterizaron como un síndrome de agotamiento emocional, con despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas con necesidades de suma atención. La descripción del síndrome se refiere a un primer aspecto definido como desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga o como una combinación de ellos. El segundo aspecto, la despersonalización, un cambio negativo en las actitudes hacia otras personas, que podrían corresponder a los beneficiarios del propio trabajo. Si bien la despersonalización en niveles moderados sería una respuesta adaptativa a esta misma respuesta, en grado excesivo demostraría sentimientos patológicos expresados en insensibilidad hacia los otros. El tercer componente en estas reflexiones es el sentimiento de falta de realización personal, donde surge una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y a su trabajo, típicas de depresión, autoestima baja, aumento de la irritabilidad, aislamiento profesional, bajo rendimiento, escasa tolerancia a tensiones, pérdida de la motivación hacia el trabajo.

Para Zambrano y cols. las características más prevalentes del síndrome del cuidador primario son: trastornos en el patrón de sueño, irritabilidad, altos niveles de ansiedad, reacción exagerada a las crí-

ticas, dificultad en las relaciones interpersonales, sentimientos de desesperanza la mayor parte del tiempo, resentimiento hacia la persona que cuida, pensamientos de suicidio o de abandono, frecuentes dolores de cabeza o de espalda, pérdida de energía, sensación de cansancio, y aislamiento. (16)

Por lo cual este síndrome constituye una situación estresante con peligro de desbordar y agotar los recursos y repercutir en la salud física del cuidador, y su estado de ánimo. (7,8)

Características Físicas

Según la literatura; hacerse cargo de una persona dependiente durante largos periodos de tiempo puede desencadenar problemas de salud en el cuidador ya que, cuando está sobrecargado, comienza a notar alteraciones en todos los aspectos de su vida. Entre las alteraciones físicas se encuentran el cansancio, dolor de cabeza, dispepsia, vértigo, dificultades para dormir y dolores articulares.

De estos síntomas físicos tiene particular relevancia la calidad del sueño que puede tener efectos nocivos sobre la salud. Chang y cols. (2007)(17), realizaron un estudio donde concluyen que la calidad del sueño puede tener un impacto sobre varios aspectos de la calidad de vida de los cuidadores y que la ayuda al mejoramiento del sueño, brinda capacidad para atender a los pacientes y así mismos.

Dentro de las repercusiones en el terreno físico de los cuidadores primarios es conveniente recuperar los resultados de un estudio realizado por Morales y cols. (2000), en su estudio con 26 personas sometidas al juego de roles de esta naturaleza cuyo objetivo era analizar la repercusión que tiene la atención a enfermos crónicos, incapacitados, sobre la salud de los cuidadores primarios, encontraron que las principales patologías físicas que surgieron en el cuidador tras su proceso de cuidado y que manifestaron durante la entrevista fueron: cardiopatía en 1, cefalea en 3, cervicalgia en 1, y 14 reconocieron la lumbalgia como consecuencia de su tarea. Uno no refieren patología alguna visiblemente manifestada. En este trabajo se acepta el

uso de antidepresivos, AINEs. Asimismo el 77% presentaban problemas para dormir. En estos casos los somníferos eran consumidos por 50%. (18)

Características Emocionales

En el mismo estudio de Morales y cols. encontraron que el cuidador primario está sometido a un estrés importante, en su labor demostrando la presencia de depresión y ansiedad a través de la escala de Ansiedad/Depresión de Goldberg. Estos investigadores detectaron en los cuidadores: ansiedad en el 60% de los sujetos investigados y depresión en el 32%, por medio de esta escala. (17)

Por su parte Dueñas y cols., en el 2006, desarrollaron un estudio donde el objetivo fue describir la prevalencia del síndrome del cuidador y las características psicosociales de los cuidadores, estudiaron a 102 cuidadores y encontraron que, de acuerdo a la escala de Golberg, 87 (85.2%) de los cuidadores presentaban ansiedad y 83 (81.3%) depresión. En la evaluación de la escala de Zarit, hubo 48 cuidadores con el síndrome del cuidador, de estos el 96% presentaron ansiedad, y el 100 % depresión. Estos autores concluyen que es importante anotar que la depresión y la ansiedad son entidades subdiagnosticadas en los cuidadores. La depresión y la ansiedad <<ocultas>> hacen que cuidadores no asistan a tiempo a los servicios de salud; en consecuencia, estos trastornos se vuelven crónicos. (8)

Los resultados de estos estudios, confirman el concepto que los cuidadores constituyen una población en riesgo de sufrir enfermedades psíquicas y físicas.

Además de lo anterior la pérdida de autoestima y desgaste emocional así como otros síntomas psíquicos se producen básicamente por:

- a) la transferencia afectiva de los problemas del enfermo hacia quienes lo atienden
- b) la repetición de las situaciones conflictivas
- c) la imposibilidad de dar de sí mismo de forma continua que puede llegar a incapacitarle seriamente para realizar actividades funcionales en relación a sus semejantes y a su entorno. (20)

También es necesario indicar que “*la carga*” es un concepto central en el estudio de las consecuencias que sufre o padece el cuidador cuando atiende a enfermos con padecimientos terminales o crónico-degenerativos. Desde su aparición en la literatura médica, el término “carga”, es concebido como un sinónimo de “obligación” o “deber” y ha sido profundamente empleado especialmente en la investigación gerontológica o en la investigación sobre el proceso de cuidado de pacientes, como parte de los efectos sobre el cuidador. Así, el sentimiento de carga del cuidador es un factor trascendental en la utilización de servicios de salud y en la calidad de vida de los cuidadores. (14)

Este concepto (carga) es tomado del inglés *burden*, que se ha traducido libremente como “estar quemado” originalmente fue descrito por Freudenberguer, e indica agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado. También esta relacionado con dificultades en la salud física, debido a una acumulación de estresores frente a los que el cuidador se encuentra desprovisto de estrategias adecuadas de afrontamiento para adaptarse a la situación. (15)

Romero 2008 (5) plantea; resulta claro que la alta incidencia de estos factores de sobrecarga en los cuidadores puede llevar a las familias a comprometer los cuidados prácticos del enfermo y la claudicación, lo que se transformará en una mayor demanda de los servicios sanitarios y una peor atención de calidad hacia los pacientes.

Por ello, es importante la intervención del equipo de salud en el descubrimiento temprano y el manejo precoz de los cuidadores cuya sobrecarga es suficiente para limitar su desarrollo personal. (8)

Evaluación del Desgaste

En el abordaje clínico del paciente, se tiende a dejar de lado las consecuencias que este proceso tiene para la familia. Sin embargo no podemos dejar de observar que la respuesta adaptativa de la familia al problema de salud es un factor que incide positivamente en el curso de la enfermedad. Es por ello que la evaluación de necesidades particulares del paciente y del resto de los miembros del núcleo familiar se convierte en una tarea esencial; sobretodo

es necesario centra los esfuerzos comprensivos en el miembro que más necesita ayuda, como lo es, el cuidador primario, quien participa no sólo del cuidado sino que tiene la capacidad de detectar síntomas y el estado general del paciente. (17)

Conocer a priori qué cuidadores se encuentran en mayor situación de riesgo posibilitaría establecer de forma prioritaria intervenciones preventivas a los cuidadores más necesitados, el establecimiento de medidas de alivio. Existen diversos instrumentos para evaluar el estado físico y emocional de los cuidadores, entre los cuales se encuentran los siguientes:

Entrevista de Carga del Cuidador (Zarit):es una prueba psicométrica de calificación objetiva compuesta por 22 ítems, que evalúa la presencia o ausencia de éste, y mediante el análisis por cada uno de sus factores se pueden determinar las cualidades de la carga presente en el cuidador. (15)

La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD): Es una escala utilizada como screening de trastornos psiquiátricos y como instrumento diagnóstico, fue desarrollada para identificar y cuantificar ansiedad y depresión. Es autoaplicada, consta de 14 ítems, de los cuales 7 miden depresión y 7 ansiedad. Ha demostrado tener adecuadas propiedades psicométricas. (21)

El Cuestionario de Calidad de Vida (CCV): Este cuestionario evalúa la satisfacción del individuo en cuatro dimensiones: Apoyo Social (9 ítems), Satisfacción General (13 ítems), Bienestar Físico/Psicológico (7 ítems) y Distensión laboral/ Tiempo libre (6 ítems); Se trata de una buena herramienta para evaluar la calidad de vida y ofrece una adecuada fiabilidad, validez, así como razonable sensibilidad al cambio. Sus adecuadas cualidades psicométricas le legitiman como un instrumento genérico para evaluar la subjetiva calidad de vida en poblaciones tanto sanas, útil principalmente en tres áreas: discriminación, evaluación y predicció. (22)

El APGAR familiar (APGAR): Es un instrumento que sirve para explorar el impacto de la función fa-

miliar en la salud de sus miembros y para conocer hasta que punto la familia y su comportamiento frente a la salud y a la atención sanitaria puede considerarse un recurso para sus integrantes, o si por el contrario influye empeorando la situación. Las áreas que se evalúan son cinco: adaptabilidad, relación o asociación, crecimiento, afecto y resolución. (23)

Cabe mencionar que estos instrumentos han sido poco utilizados en población oncológica, valdría la pena en un futuro poder hacer uso de ellos en esta población, para lo cual sería necesario en primera instancia la estandarización y validación de estas escalas en nuestro país.

Alternativas de Manejo Psicooncológico

El cuidador requiere de apoyo social, el cual debe ser proporcionado por la familia o las instituciones de salud, entre otros. De igual manera, el cuidador requiere planificar su asistencia y cuidados al enfermo dejando un tiempo para sí mismo, estableciendo límites en el desempeño de su tarea, delegando funciones en otros miembros de la familia o en amigos, dejando de lado su papel de persona indispensable o de que nadie más podrá hacer las cosas mejor que ella, y sobre todo recordando que eso no quiere decir que ame menos al enfermo. (12)

Astudillo y Mendinueta , sugieren, el cuidador primario debe dejarse ayudar y procurar distribuir el trabajo en forma más equitativa y aceptar relevos para su descanso y pedir a los familiares, amigos o vecinos que le hayan manifestado alguna vez su deseo de apoyarle, que le sustituyan para poder descansar o cambiar de actividad y tener tiempo para sí mismo, a fin de evitar el agotamiento emocional. Dar un paseo, distraerse, leer un libro, ir a comer con un amigo, hacerse un regalo, etcétera, son formas muy eficaces para combatir el estrés del cuidador. Tiene, sobre todo, que procurar seguir haciendo su vida normal. Es saludable que mantenga su círculo de amigos y que pueda contar con una persona de confianza para hablar abiertamente sobre sus sentimientos y encontrar una salida a sus preocupaciones. (10) También es una buena opción ponerse en contacto con otras

personas que se encuentran en la misma situación para intercambiar impresiones.

Siguiendo en la misma línea de estos autores, entre otros puntos sugieren al cuidador primario un tiempo para sí mismo, donde puedan cambiar de actividad, como alternativa de manejo para combatir la carga que se pudiera estar generando, de acuerdo a la literatura la "terapia del arte" podría ser una opción a desarrollar durante este tiempo.

Zenil y cols. (2007) (24), retoman el concepto "terapia del arte" como la rehabilitación de enfermedades psíquicas o motoras a través de instrumentos artísticos utilizando la expresión artística como recurso terapéutico. Es decir, se plantea la posibilidad de que la persona al: pintar, esculpir, cantar, escribir, bailar, actuar, etc., obtenga beneficios tales como: la expresión de su problemática interna, la reducción de su tensión, el reconocimiento, manejo y control de sus emociones.

La Terapia del Arte como herramienta psicoterapéutica, es relativamente nueva, tiene grandes beneficios a nivel emocional, cognitivo, espiritual. El carácter paliativo de esta terapia radica en el hecho de que ante las peores circunstancias de la vida individual o social, el arte es la forma de no resignarse, de no dejarse en el abandono, más aún, es la forma de transformar creativamente, lo más terrible de la realidad en formas bellas, en oportunidades de crecimiento y en circunstancias llenas de sentido.

Continuando con las alternativas de manejo, el manual de soporte para cuidadores elaborado por el Social Work Service de Estados Unidos, recomienda a los cuidadores cinco estrategias con el fin de mejorar su control sobre la situación en la que van a proporcionar, o están ya proporcionando cuidados. Estas estrategias son: **1)** Fijarse objetivos y expectativas realistas; **2)** Establecer sus propios límites; **3)** Pedir y aceptar ayuda; **4)** Cuidar de sí mismos; y **5)** Implicar en el cuidado a otras personas. (7)

Reconocer social e institucionalmente a los cuidadores es un deber que no puede eludir nadie, ni la socie-

dad, ni las instituciones responsables de los ciudadanos enfermos, de los ancianos, de todas esas personas que no se valen por sí mismas. Pero el deber no puede limitarse a reconocer, sino a dar soluciones al cuidado de los cuidadores, ya que cuidando a los cuidadores cuidaremos mejor a los enfermos. La ayuda que les podemos aportar entre todos es nuestro apoyo valorando su trabajo, formándoles para que se sientan seguros realizando su invaluable tarea. (13)

Referencias

1. Austrich SE. Manual de apoyo para personas que brindan apoyo a otras personas. ¿Quién es la persona más adecuada para cuidar?. Secretaría de Salud, México. 2006. 41 ▪
2. Uribe ZP. Manual de apoyo para personas que brindan apoyo a otras personas. Secretaría de Salud, México 2006. 11 ▪
3. Schwab M. Encyclopedia of cancer. 2nd. Edition Vol.1 Germany. 2008. 461 ▪
4. World Health Organization: Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee. OMS, Ginebra ▪
5. Alvarado AS. Psicooncología en México (perspectiva histórica). *Gamo* 2004; 3: 82 ▪
6. Romero ME. (2008) La familia del paciente paliativo. "Hablan las cuidadoras". Disponible en :www.humanizar.es/formacion/img_documentos/jornadas_humanizacion_2008/01_com_eromero.pdf. consultado noviembre 22, 2008 ▪
7. Alvarado AS, González MM. Manual de apoyo para personas que brindan apoyo a otras personas. Estrategias para obtener información y mantener la comunicación con el personal médico y con la persona enferma. Secretaría de Salud, México. 2006. 37 ▪
8. Bayés R. Cuidando al cuidador. Evaluación del cuidador y apoyo social. Análisis de los recursos psicológicos y soporte emocional del cuidador. FCE. México, disponible en: URL:<http://www.fehad.org/valhad/pn022.htm> consultado octubre 15, 2008 ▪
9. Dueñas E, Martínez M, Morales B, Muñoz C, Víafora A, Herrera J. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Rev. Colomb Med* 2006;37: 31-38 ▪
10. Astudillo AW, Mendinueta AC. Necesidades de los cuidadores del paciente crónico. Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Gipuzkoa 7ª sección Madrid. 235-255 ▪
11. Armstrong P. Thinking it through: women, work and caring in the New Millennium. <http://www.medicineda.ca/mcewh 03-08-2005>. En: Islas S, Ramos DR, Aguilar E, García G. Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Rev. Inst Nal Enf Resp Mex* 2005; (4)19: 266-271 ▪

12. Bátiz A. (2008) ¿Cuidamos a los cuidadores?. Disponible en <http://www-enelcorreodigital>. Consultado el 08 nov 2008 ■
13. Torres F, Beltrán G, Martínez P, Saldivar G, Quesada C, Cruz T. Cuidar a un enfermo ¿pesa?. Rev. De divulgación científica de la universidad veracruzana. 2006; 19 ■
14. Servicio de prevención de riesgos laborales. Diputación provisional de Malaga. Publisalud: Boletín No. 84 Enero 2005 ■
15. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual. 30 edition. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, USA. 1996 ■
16. Zambrano C, Ceballos C. Síndrome de carga del cuidador. Rev.Colomb. Psiquiat. 2007; 36 (Supl 1): 26-39 ■
17. Chang EW, Tsai YY, Chang TW, Tsao CJ. Quality of sleep and quality of life in caregivers of breast cancer patient. Psycho-Oncology.2007; (10)16: 950-955 ■
18. Morales P, Muñoz R, Bravo V, Iniesta, Montero P, Olmos R. Problemas de salud de los cuidadores de enfermos incapacitados. Centro de salud Totana Murcia. 2000. 714-718 ■
19. Wai Man Kwan C. Families' experiences of the last office of deceased family members in the hospice setting. International

- Journal of Palliative Nursing 2005; 8 (6):266-275. En: Expósito Y. La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. Rev havan cienc méd La Habana 2008: 7 ■
20. Mateo I, Millán A, García MM, Gutiérrez P, Gonzalo E, López LA. Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones e impacto de cuidar. Atención Primaria 2000; 26(3):p.25-34. En: Bermejo C, Martínez M. Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar. Nure Investigación, N° 11, 2004: 2 ■
21. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr. Scand 1983: 361-370 ■
22. Riuz MA, Baca E. Design and Validation of the "Quality of life Questionary": A Generic Health-Related Quality of life Instruments. Eur J Psychol Assess 1993; 9 (1): 19-32 ■
23. Smilkstein G, Moore WR. The Apgar Questionnaires. Screening for social support: family, friends and work associates, 1988 (not published) ■
24. Zenil GB, Alvarado AS. La terapia del arte como herramienta psicoterapéutica en pacientes con cáncer. Rev. Neurol Neurocir Psiquiat. 2007; 40(2): 56-63 ■



¿Ya tienes tu Fiel?



GOBIERNO FEDERAL

MÉXICO 2010



SFP

Obtén o renueva con oportunidad tu FIEL, considera para ello el tiempo que invertirás en su trámite y, sobre todo, ten presente el término que la **LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS** te otorga para cumplir con tu obligación de presentar **DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL**.

No lo dejes para mañana, sin ella no podrás presentar tu **DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL**.

Para obtenerla reúne los requisitos, programa con oportunidad tu cita y acude a tramitarla al módulo del **SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA (SAT)** más cercano.



INFORMES EN INFOSAT: 01 800 4636 728

www.funcionpublica.gob.mx/fiel