

# LA BIOÉTICA Y EL CUIDADOR

Mayra Infante García  
Lic. en Psicología

## Introducción

El incremento de la esperanza de vida en nuestra sociedad, conduce a diversas problemáticas de tipo social, económica, médica y ética sobre todo en la población adulta o portadora de enfermedades crónicas que con las modernas tecnologías de diagnóstico y tratamiento, prolongan en ocasiones los cuidados terminales afectando el desarrollo natural del grupo familiar y sus rutinas, obligándole a cambios en sus funciones, relaciones y roles que exigen un complejo mecanismo organizativo de adaptación.

La calidad de vida en este grupo poblacional se ve afectada además por las modificaciones morfo fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, y que producen una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos que inciden en el individuo, por lo que se necesita de personas que asuman el rol de cuidadores ya sean familiares, amigos o personal de la salud; que están sometidos a altos niveles de carga física, emocional y económica durante años. Las familias demandan información y asistencia, apoyo emocional, ayuda social, sanitaria y formación para controlar las situaciones estresantes que se presentan. La labor del equipo asistencial debe ir orientada hacia el enfermo, al cuidador principal y a todo el núcleo familiar tanto en lo relacionado con



el tratamiento sintomático como en la detección de complicaciones, sobrecarga del cuidador, apoyo psicológico y preparación del duelo.

La ética es la parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones que rigen el comportamiento del hombre en la sociedad, es el compromiso afectivo del hombre que lo debe llevar a su perfeccionamiento personal, se refiere a una decisión interna y libre, que no representa una simple aceptación de lo que otros piensan, dicen y hacen. De esta afirmación se desprende que debe existir una acción que, realizado por uno mismo o por otros nos proteja y esa acción la conocemos como cuidar: Nos cuidamos a nosotros mismos o somos cuidados por otros.

El estado cubano ha creado una amplia red de instituciones que brindan especial atención al adulto mayor y la familia, no solo en el orden económico a través de la seguridad y asistencia social sino también en el orden social y de salud con la creación de círculos

de abuelos, hogares de ancianos, con la creación de los consultorios médicos de familia que acercan el servicio a las comunidades y establecen un vínculo con las familias que resulta indispensable para enfrentar estas crisis que surgen en el medio familiar, cuando uno de sus miembros necesita de cuidados especiales y no está preparado el cuidador para enfrentarlo. Lo cual conlleva a formular el siguiente problema de investigación: ¿Cuáles son los aspectos bioéticos del cuidador? Y como objetivos Describir los aspectos bioéticos relacionados con la labor del cuidador e Identificar las acciones que posibilitan elevar la calidad de vida del cuidador y el enfermo.

## Desarrollo

**Capítulo I.** *Caracterización de los cuidadores, principios bioéticos que deben cumplir, consecuencias de una mala praxis en el cuidado.*

Una persona autónoma es un individuo que tiene la capacidad de deliberar sobre sus fines personales, y de

obrar bajo la dirección de esta deliberación. Respetar la autonomía significa dar valor a las consideraciones y opciones de las personas autónomas, y abstenerse a la vez de poner obstáculos a sus acciones a no ser que éstas sean claramente perjudiciales para los demás. Sin embargo, no todo ser humano es capaz de autodeterminación. El poder de autodeterminación madura a la largo de la vida del individuo, y algunos de estos pierden este poder completamente o en parte, a causa de enfermedad, de disminución mental, o de circunstancias que restringen severamente su libertad. Algunas personas necesitan protección extensiva, hasta tal punto, que es necesario excluirles del ejercicio de actividades que pueden serles perjudiciales<sup>1</sup>.

Cuando se pierde la autonomía, el ser humano se vuelve frágil y vulnerable, no solo físicamente, sino mental, espiritual y socialmente. Desde el último tercio del siglo XX se ha dado una importancia creciente a esta situación de fragilidad lo que muchos han atribuido a la toma de conciencia del envejecimiento de la población mundial. Aunque no se pueda considerar solo la ancianidad como etapa más vulnerable del ser humano, si es una etapa donde se requiere de cuidados especiales para dar una mejor calidad de vida sobre todo a quienes han perdido su autonomía y no pueden valerse por sí solos necesitando de quien los cuide cada día y es a esa persona a quien llamamos "cuidador"<sup>2</sup>.

El primer rasgo fundamental de la ética del cuidar es la acogida: ante todo soy responsable del otro; debo acogerlo y este deber es anterior al ejercicio de mi libertad personal y profesional. La preocupación por el otro, constitu-



ye la fuerza motriz del cuidar.

En Cuba al igual que en otros países como España, Estados Unidos de Norteamérica, generalmente el cuidador principal es una mujer que habitualmente cohabita con la persona cuidada, que no trabaja fuera del hogar, y que asume la responsabilidad del cui-

dado de forma desinteresada, solidaria, es la persona que proporciona la atención directa al paciente incluida la atención física, a veces incluso más allá de lo razonable. Además de preocuparse por los restantes miembros de la familia. Es frecuente que rechace el descanso y las actividades personales, convirtiéndose en sujeto de riesgo que ha de ser objeto de especial atención<sup>3</sup>.

Los cuidadores informales o familiares, según se reporta en la literatura, son principalmente mujeres, amas de casa, hijas o esposas de los pacientes<sup>4</sup> <sup>5</sup>, con edades que superan los 40 años, e incluso se acercan a los 60<sup>6,7</sup>.

Entre las principales motivaciones que pueden llevar a estas personas a convertirse en cuidadoras están, según García<sup>8</sup>, razones importantes como el amor, la justicia y el interés. El amor se refiere a un valor profundo difícil de cuantificar, que se refleja en la relación entre el cuidador y el cuidado; en el caso de los hijos cuidadores, de una forma u otra es la retribución de los desvelos y el cuidado que recibieron en su primera infancia; y, finalmente, el interés económico, el cual puede tener dos sentidos, por una parte el de heredar bienes materiales, u obtener otro tipo de recompensa a cambio del cuidado, o el real y sincero deseo de proteger la integridad personal y salud de la persona enferma empleando sus bienes patrimoniales para gestionar los gastos derivados de su cuidado, cuando este ya no puede hacerlo<sup>8</sup>.

El término cuidador formal se refiere a personas capacitadas para brindar atención preventiva y asistencial al paciente y a su familia, como son las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los médicos, psicólogos y, en general, toda persona que tiene un trato directo

con el paciente y que presta sus servicios de atención socio sanitaria a cambio de una remuneración<sup>9</sup>.

Ahora bien, para garantizar que tanto cuidadores formales como informales puedan llevar a cabo su labor de forma ética y en beneficio del paciente, se hace necesario, además de la aplicación de los principios bioéticos antes mencionados, la práctica de valores como el respeto a la dignidad de la persona, la solidaridad y la responsabilidad; estos, según Lescaille<sup>10</sup>, se definen así:

**El respeto a la dignidad de la persona:** implica el respeto por los demás en sus aspectos sociales, económicos, políticos, religiosos, etc., considerando sus criterios y posiciones aunque no se compartan. En el caso del enfermo terminal, este respeto por la dignidad debe permanecer aun en las etapas más avanzadas de la enfermedad, pues independientemente de la condición en que se encuentre, la dignidad es un aspecto inviolable de todo ser humano.

**La solidaridad:** entendida como el compartir lo que se tiene con los menos favorecidos. Es imposible ser solidario si no se experimenta la real necesidad de estar con otro en el momento de mayor vulnerabilidad. Este es un concepto aplicable al mayor dependiente, que es más vulnerable a medida que avanza la enfermedad y va perdiendo la condición de ser humano pensante, con la capacidad de decidir y tomar las riendas de su vida.

**La responsabilidad:** que implica que el compromiso y el modo de actuar de cada persona sean consecuentes con

las obligaciones morales que asume. La responsabilidad tiene como características: tener conciencia de las obligaciones que se contraen, enfrentar la toma de decisiones y responder por los actos cometidos; este valor es trascendental en la labor del cuidado.

El cuidador además de vocación cuidadora debe tener ciertas cualidades que lo identifiquen, debe ser altruista, comprensivo, empático, respetuoso, paciente, flexible, con una desarrollada habilidad social y comunicativa que le permita enfrentar la muerte con madurez y naturalidad.

Por ello, el cuidado es un fenómeno constitutivo básico de la existencia humana y la asimilación del concepto incluye un cuidado hacia uno mismo o auto cuidado, y un cuidado hacia los demás o heterocuidado<sup>11</sup>.

Según Gosia Brykczynska, los puntos esenciales de la tarea del cuidar se sintetizan en las cinco “c”: compasión, competencia, confidencia, confianza y conciencia<sup>11</sup>.

**Compasión:** Es la virtud fundamental de la tarea del cuidar. Es la condición necesaria para la praxis del cuidar. La compasión consiste en percibir como propio el sentimiento ajeno.

**Competencia:** Significa estar capacitado para desarrollar la propia profesión de un modo óptimo, o sea conocimiento de la profesión.

**Confianza:** La confianza constituye un elemento esencial en el arte de cuidar, solo es posible cuidar a un ser humano vulnerable si entre el agente cuidador y el sujeto cuidado se establece una relación de confianza.

**Confidencialidad:** El enfermo, en determinadas circunstancias de vulnerabilidad necesita un confidente, para

esto debemos saber escuchar, tener capacidad para atender la palabra ajena.

**Conciencia:** Es una instancia fundamental del ser humano. Ser consciente de algo es asumir, es reflexionar en torno a sus consecuencias, es saber lo que se está llevando entre manos. La conciencia entendida como virtud y no como atributo de la interioridad humana significa reflexión, prudencia, cautela, conocimiento de lo planteado. La base de la ética del cuidar se fomenta en cuatro grandes principios:

**Beneficencia:** El principio de beneficencia no es otra cosa que un servicio de calidad, dirigido a garantizar la salud del paciente y la sociedad, es preciso un personal preparado, competente, actualizado con una formación humanística basada en los principios éticos y conocedor de las prioridades del paciente que atiende. El logro de esta pretensión está a su vez condicionado por la no maleficencia. En la bioética tradicional, la beneficencia como uno de los principios que sustenta la práctica médica, se entiende como una relación unilateral del cuidado hacia el paciente, visto de una manera individual. El cuidador siempre debe preocuparse por hacer el bien y nunca hacer daño a ningún enfermo.

**Autonomía:** Se deriva del griego auto (propio) y nomía (regla, autoridad ley). Este principio se refiere a la norma que establece la necesidad de respetar la capacidad de tomar decisiones en lo que atañe a su propia vida. El respeto de la autonomía del paciente está basado en la concepción de que los individuos son seres autónomos y como tal capaces de dar forma y sentido a sus vidas<sup>11</sup>.

**Justicia:** El tema de la justicia en la atención médica fue durante años una de las preocupaciones principales de la bioética, en sus esfuerzos por hallar la forma de estructurar la atención de salud para que tenga un costo médico, para que sea eficiente y se rija por normas máximas de decencia moral. El principio de justicia, en el sentido más general, está relacionado con la concepción de la salud como un derecho humano fundamental que debe ser garantizado por la sociedad.

**No maleficencia:** La práctica médica ha estado asociada con la máxima latina *primum non nocere* (sobre todo no hacer daño), que hoy es calificada como el principio de no maleficencia. El daño que se hace a una persona es más rechazable que el no haber promovido su bien en ciertas circunstancias. De este principio se derivan normas concretas para el médico: no matar, no causar dolor y no incapacitar física o mentalmente.

La persona es el principal protagonista del cuidar por lo que es bueno considerar que al realizar la valoración, planificación, actuación y evaluación se hagan centradas en ella, la familia y los amigos que ayudan, para comprender la situación y ser capaces de respetar el ritmo y la manera de enfrentarse a la situación, por lo que al mismo tiempo la familia necesita ayuda para elaborar su propia estrategia del cuidado en el hogar y al mismo tiempo ir preparándose para enfrentar su propio luto<sup>12</sup>.

Cuidar significa acompañar, sin determinar ni imponer la ruta a seguir. Significa más bien, caminar al lado del enfermo, respetando el ritmo de su vida, salvándole de la soledad es

hacerle sentir que es una persona útil hasta el final de sus días, estando presente y estableciendo una relación interpersonal gratificante y productiva hasta el final de lo inevitable. Cuidar hasta el final de la vida a un enfermo es tarea para todos los profesionales de la salud y aquellas personas que asumen valientemente la tarea de cuidador<sup>13</sup>.

A lo largo de nuestra vida, asumimos en distintos momentos tanto el papel de cuidador como el de persona cuidada, pero en determinadas ocasiones, como las anteriormente mencionadas, la atribución del rol de cuidador difícilmente es un hecho voluntario<sup>14</sup>.

El cuidador informal es esa persona que atiende a una persona dependiente en su vida diaria. Las características y el grado de dependencia de la persona afectada condicionarán y delimitarán los distintos tipos de ayudas que precisa: ayudas en la vida diaria, ayudas instrumentales y/o ayudas de acompañamiento<sup>10</sup>.

**Objetivos básicos del cuidado:** Sostener la esperanza, Aliviar los síntomas, Defender la autonomía, Fortalecer la familia, Acompañar en el sufrimiento, Ver la muerte como algo natural, Morir en paz.

**Obstáculos:** Encarnizamiento terapéutico, Demora en iniciar los cuidados, No asumir cuidados continuos, Conspiración del silencio.

Con el desarrollo de la Humanidad las personas enfermas, se comenzaron a atender en los hospitales, pero después del alta, era la familia la que asumía esta responsabilidad. En consecuencia la familia prodigaba el cuidado necesario a los pacientes que eran

dados de alta de aquellas enfermedades curables hasta su restablecimiento total, pero también estas mismas familias se hacían cargo de los familiares que abandonaban el hospital con una enfermedad en fase terminal o alguna enfermedad crónica sin forma alguna de recuperación, como ocurre en las enfermedades cerebro vasculares, oncológicas, y en aquellos ancianos con enfermedad de Alzheimer en distintos grados de deterioro mental.

Estas enfermedades, por su irreversibilidad, producen cambios cognitivos que conllevan a la pérdida de la memoria, la atención personal y de juicio, así como, cambios en la personalidad que afectan de una manera importante a los familiares y explica él por qué de la gran atención que necesitan estos ancianos<sup>15</sup> y que en ocasiones vuelven más difíciles los cuidados que se le prodigan y que inclusive requieren más atención que otros tipos de enfermedades crónicas en fase avanzada.

En nuestro país la esperanza de vida está, cada día, en ascenso considerándose en la actualidad de 80 años, este aumento cada vez más creciente se debe en parte al desarrollo que tiene en nuestro país la atención de Salud Pública, y en particular al desarrollo de la Atención Primaria de Salud.

Por lo tanto corresponde al médico y a la enfermera de la familia asesorar a las personas que asumirán la atención de algún familiar en el hogar, pues éstos cuidadores muchas veces necesitan esta ayuda ya que se enfrentan por primera vez al cuidado de su ser querido. Estos profesionales deben considerar a los cuidadores como sus colaboradores entre el paciente y ellos, ya que esta unión favorece el logro del

objetivo primordial que es mejorar la calidad de vida de aquellos que se encuentran con gran deterioro de salud.

El apoyo familiar es una de las fuentes más importantes del apoyo social, es por eso que este proceso de intercambio que se produce en el cuadro de las relaciones interpersonales familiares, favorece esta interrelación<sup>16</sup>.

**Cualidades inherentes a la persona que cuida a un enfermo:** Vocación cuidadora, Cierta altruismo, Empatía, comprensión y respeto, Capacidad de escucha y sinceridad, Habilidades sociales y comunicativas, Madurez personal ante la muerte, Paciencia, Flexibilidad.

En Cuba al igual que en otros países entre ellos España, Estados Unidos de Norteamérica, aunque el cuidado de un paciente anciano es un fenómeno familiar, la cuidadora principal, es una mujer que cohabita en forma general con el enfermo, y que no trabaja fuera del hogar<sup>17</sup> y que la mayoría de estas mujeres son hijas o esposas<sup>18</sup>. De manera recíproca muchos cuidadores principales dicen estar ayudados por otro miembro de la familia identificado como el Cuidador secundario<sup>19</sup>.

### **Consecuencias de una mala praxis en el cuidado**

La enfermedad irrumpe en la vida familiar como un suceso estresante con consecuencias físicas y psicológicas sobre paciente y familiares y aunque no todas las enfermedades conllevan el mismo impacto familiar dependiendo muchas veces de la enfermedad, la edad del paciente, la crisis que presente la familia, los recursos económicos, psicológicos, espirituales con que cuente quien asume el rol de

cuidador, siempre el cuidado del paciente enfermo repercute tanto en la salud del cuidador como en su familia. Debe hacer frente a los nuevos roles en la casa, atender su alimentación y aseo, movilización y control de esfínteres, control de alteraciones de la conducta, previsión de riesgos y actos peligrosos, supervisión nocturna y soporte emocional en las crisis de ansiedad y depresión.

Ello repercute en la salud física del cuidador, aumenta el uso de psicofármacos y se resiente la estructura familiar. La mejor manera de detectarlo es cuando aparecen determinados signos de alarma, que le han de hacer reflexionar, como problemas de sueño, cansancio crónico, alteraciones del apetito, los problemas físicos descritos anteriormente, desinterés, aislamiento, irritabilidad, consumo excesivo de bebidas con cafeína o energéticas, desánimo, labilidad emocional, etc. El primer paso a tener en cuenta es que el cuidador debe tomar conciencia de que sólo podrá desempeñar satisfactoriamente su labor si ellos mismos se cuidan. Es muy importante que el cuidador atienda a sus propias necesidades y se cuide a sí mismo. Se ha visto que los cuidadores que afrontan el cuidado con más éxito son aquellos que asumen la necesidad de cuidarse más y aceptan el hecho de que el cuidado propio es imprescindible.

La carga a la que se ve sometido el cuidador puede expresarse en distintas áreas:

**Problemas físicos.** Cabe señalar que se trata en gran número de ocasiones de problemas de aparición frecuente en el grupo de edad al que pertenecen la mayoría de los cuidadores, que se ven agravados por las tareas propias de su labor

de cuidados. Las quejas somáticas son múltiples, destacando entre todas ellas las referidas a dolor de tipo mecánico crónico del aparato locomotor; otras frecuentes son cefalea de características tensionales, astenia, fatiga crónica, alteración del ciclo sueño-vigilia, insomnio y otros, en general mal definidos, de evolución crónica y claramente deteriorantes de su ya mermada calidad de vida.

Asimismo se demostró un aumento del 63% en el riesgo de mortalidad entre los cuidadores ancianos cónyuges que habían desarrollado un alto nivel de estrés.

**Problemas psíquicos.** La prevalencia de desórdenes del área psíquica alcanza un 50%, a menudo difíciles de verbalizar y definidos como somatizaciones o como términos vagos del tipo de desánimo o falta de fuerzas.

Entre los elementos causales de la aparición de desórdenes en esta esfera cabe destacar la propia incapacidad del paciente anciano, las tareas que debe realizar el cuidador, el impacto negativo de estas sobre su calidad de vida y una pobre técnica de afrontamiento, que los convierte en más vulnerables.

Los principales problemas psíquicos del cuidador son la depresión, la ansiedad y el insomnio, que constituyen la vía de expresión de su estrés emocional.

Un cuidador enfermo no es un buen cuidador y debemos estar atentos a la aparición de signos predictores de sobrecarga. Insistir en el descanso, mantener amigos y/o aficiones, no sentirse culpable por cogerse unos días de vacaciones, compartir los cuidados y utilizar los servicios institucionales adecuadamente son aspectos que refuerzan la labor del cuidador y de toda la familia.

**Problemas de índole socio-familiar.** En este ámbito aparecen frecuentemente conflictos familiares, consecuencias sobre las obligaciones laborales (ausentismo, conflictividad laboral), dificultades económicas y disminución de las actividades sociales y de ocio<sup>20, 21</sup>. Se ha descrito el denominado “síndrome del cuidador” que se caracteriza por la aparición de una serie de problemas a nivel físico, psíquico y en el ámbito familiar generados por la responsabilidad total en la atención y el apoyo diario del paciente por parte del cuidador.

## **Capítulo II.** *Recomendaciones para mejorar la calidad de vida de cuidadores y enfermos*

La sobre implicación emocional con el enfermo, que es agobiante para el cuidador, conlleva a que el modo de afrontamiento sea ineficaz para el control del estrés por lo que es recomendable:

- Pedir ayuda al entorno constituido por: familiares, servicios sociales, instituciones y asociaciones. No se ha de asumir toda la carga del cuidado, sino compartirla y delegar parte de ella.
- Poner límites al cuidado: especialmente cuando la persona está siendo bien cuidada y demanda más cuidado y atención de lo necesario. Para ello se ha de pedir ayuda al entorno, aprender a decir no si la demanda no fuera necesaria y fomentar la autonomía del paciente en la medida de lo posible.
- Pensar en el futuro: es importante aprender a anticiparse a los problemas que puedan ir surgiendo conforme la enfermedad avanza para

prever las situaciones difíciles. Esto ayudará a tomar medidas preventivas que pueden ayudar a evitar muchos problemas.

- Se recomienda hacer ejercicio físico de forma regular que proporciona no solo bienestar físico sino psicológico.
- Evitar el aislamiento disponiendo de tiempo libre que le permita hacer actividades de ocio y mantener el contacto social con otras personas.
- Descansar: introducir pequeños momentos de descanso durante el día y actividades sencillas para relajarse y le permitan “desconectar”. Simplemente mirar por una ventana y respirar profundamente durante unos minutos puede ser suficiente.
- Organización del tiempo elaborando un plan de actividades que le permita: priorizar las tareas importantes, ser realista y conocer nuestras limitaciones (no se puede llegar a todo), delegar, establecer una rutina diaria de actuación y tomarse pequeños respiros, usar los recursos de la comunidad.
- Siempre que pueda, fomente algún tipo de esperanza, concreta y factible. Nunca dé explicaciones catastróficas ni proporcione engaños que no convencen al enfermo.
- Tenga paciencia, póngase en su lugar, sea empático. El enfermo está sufriendo.
- No le interrumpa cuando hable, escúchele. Recuerde mirarle siempre a los ojos, la comunicación no sólo es verbal. Sea tolerante y comprensivo. Respete sus creencias.
- Refuerce aspectos positivos, estimule la relación personal.
- Mientras más humilde y sencillo sea en el trato con su paciente, éste le

agradecerá más. Cuidar y estar allí, es lo más importante.

- Cambie la rutina de sus cuidados. Haga de vez en cuando las cosas de manera distinta. De regreso a casa, piense no sólo en cosas desagradables, sino en las cosas buenas que ocurrieron durante el día.

Para cuidar con ciencia es necesario: Competencias en la disminución del sufrimiento. Alivio del dolor. Habilidades y destrezas en la comunicación y en la evaluación clínica de los síntomas. Desarrollo de actitudes que capaciten para trabajar con personas con enfermedad incurable, dentro de su contexto psicosocial y cultural.

## **Conclusiones**

El contacto directo con el paciente nos facilita conocerlos mejor, saber sus inquietudes, respetar su autonomía, su dignidad. En el ejercicio del cuidar, es fundamental no perder de vista la conciencia de la profesionalidad, no olvidar jamás que el paciente es un ser vulnerable. Con el estudio de fenómenos y problemas de salud en el campo de la bioética, se realiza un análisis más profundo y una atención médica más humana y personalizada.

La ética del cuidado va mucho más allá de los cuidados que el personal de salud pueda brindar es, en realidad, mucho más abarcadora. La necesidad de ser cuidado y el deber de cuidar deben ser considerados universales y absolutos.

Por tanto, el cuidar que queremos para todo el mundo es aquel que hace que la dependencia, inevitable, muchas veces por enfermedad y/o hospitalización, no signifique pérdida de autonomía, al contrario. Cuando la persona

vive una situación de dependencia por un problema de salud, el cuidar puede ser la ayuda necesaria para continuar disfrutando de la vida.

### Recomendaciones

- Realizar un estudio profundo de las necesidades de capacitación que tienen los cuidadores en nuestra área de salud para crear estrategias y poder brindar apoyo psicológico, garantizar su educación sobre la enfermedad y los cuidados adecuados para los pacientes, soporte social, incluyendo redes de apoyo como asociaciones de cuidadores, apoyo familiar y servicios de orientación a los que puedan acceder en momentos en los que deban tomar decisiones respecto al cuidado que puedan constituir dilemas éticos.
- Incrementar las publicaciones respecto al tema tratado en el presente trabajo.

### Referencias Bibliográficas

- 1.-Informe Belmont. The national commission for the protection of humans subjects of biomedical and behavioral research). Sienta los principios de bioética respecto a la autonomía de las personas, beneficencia y justicia, y fija los requisitos básicos del consentimiento informado, la valoración de riesgos y beneficios y la selección de los sujetos. 30 de septiembre de 1978.
- 2.-Onill Sancho J. y Cortina Orts A. La fragilidad y la vulnerabilidad como parte constitutiva del ser humano. En: Bioética y Pediatría. Proyectos de Vida Plena. Reyes López M, de los y Sánchez Jacob M. Madrid: Ed. Ergon; 2010. p.21.
- 3.-Ancheta Niebla E. La enfermería

en la Edad Antigua. Trabajo fotocopiado. La Habana; 2005. p.1.

- 4.-Alonso A, Garrido A, Díaz Casquero R, Riera M. Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. Atención primaria. 2004; 33 (2): 61-68.
- 5.-Cerquera AM, Pabón DK, Uribe DM. Nivel de depresión experimentada por una muestra de cuidadores informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Psicología desde el Caribe. 2012; 29 (2); 360-384.
- 6.-Espín AM. Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Revista Cubana de Salud Pública. 2008; 34.
- 7.-Pérez M, Cartaya M, Olano B. Variables asociadas con la depresión y la sobrecarga que experimentan los cuidadores principales de los ancianos con Alzheimer. Revista Cubana de Enfermería. 2012; 28(4): 509-520.
- 8.-García-Feréz J. El problema ético de la obligación filial o social de cuidar a personas con demencia. Revista especializada en geriatría gerontológica. 2004; 39 (1): 35-40.
- 9.-Hernández Z. Cuidadores del Adulto Mayor residente en asilos. Index de Enfermería. 2006; 15 (52-53); 40-44.
- 10.-Lescaille M. El compromiso social y la ética del cuidado. En: Amaro M. Ética médica y bioética. La Habana: Ciencias Médicas; 2009. pp. 101-107.
- 11.-La Ética de Cuidar. IX Jornadas Nacionales de Bioética. Jerez 31 de mayo y 1 de junio 2002:227-230.
- 12.-Cuadernos del Centro de Bioética Juan Pablo II. Sep- Oct 2011:3.
- 13.-Ancheta NE. La enfermería en la

Edad Antigua. Rev. Cuadernos de Bioética. 2006. XVII 59 (1):2.

- 14.-García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Ana P, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Gac Sanit 2004; 18(Supl 1):9-132.
- 15.-Pellice K, Sutor JJ, Family stress and Social support among care givers to persons with Alzheimer's disease. New York: Plunem Press; s/a.
- 16.-Heierle C. Cuidando entre cuidadores. Cuaderno (3) 1ª ed. Granada, España: Impresores y encuadernación Arte Impresores Maracena; 2004.
- 17.-García Calvete MM, Mateo Rodríguez I, Gutiérrez- Cuadra P. Cuidados y Cuidadores en el sistema informal de salud. Revista Andaluza de la mujer, Granada España; 1996.
- 18.-Amezcuca M, Arroyo C, Montes N, López E, Pinto T. Cuidadores familiares: Su influencia sobre la autonomía del anciano. Conferencia Clínica 1996.
- 19.-Bazo MT. El cuidador familiar en las personas ancianas con enfermedades crónicas. Revista española de Geriatría y Gerontología 1998.
- 20.-Bermejo F, Rivera J, Pérez del Molino F. Aspectos familiares y sociales en la demencia. Med Clín (Barc) 1997; 109:140-146.
- 21.-Fernández de Trocóniz MI, Montorio Cerrato I, Díaz Veiga P. Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Guía para cuidadores y familiares. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Imsero; 1997.