

CUIDADOR Y EL ROL DEL CUIDADO

Mariana Bravo Hernández
MTRA. Neurorehabilitación

MTRA. NEUROREHABILITACIÓN
LIC. GERONTOLOGÍA
TANATÓLOGA

-TERAPEUTA cognitivo y rehabilitador
-DOCENTE

TEL: 33 15 45 56 69



El cuidado y

El médico
El terapeuta
Enfermería
Familia

La Relación Médico Paciente(RMP) es una relación al menos entre dos personas, dos historias de vida, dos mundos.



De acuerdo con esta introducción se puede definir la relación médico-paciente (RMP) como una relación interpersonal con connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud.





Las características del médico en esta interrelación las resumió *Hipócrates* hace más de 2000 años cuando consideró que el médico debía reunir cuatro cualidades fundamentales: conocimientos, sabiduría, humanidad y probidad.

Estas condiciones quedan bien reflejadas en los tres parámetros establecidos por *Pedro Lain Entralgo*:

- Saber ponerse en el lugar del otro.
- Sentir como el o ella.
- Disponerse a ayudarlo cuando enfrenta dificultades.

La comunicación

- Suele ser una comunicación directiva (en el sentido médico a paciente), los mensajes suelen ser transmitidos casi exclusivamente de forma instruccional («debe tomar la medicación», «tiene que pasear», etc.) y el paciente casi exclusivamente refiere, se queja («me duele la cabeza»), el canal consciente es el verbal y el suele ser la consulta ambulatoria con sus barreras comunicacionales típicas (por ejemplo, el ancho de las mesas que no permite un acercamiento suficiente entre médico y paciente).



La comunicación

- En otros casos se escoge un ambiente claramente inadecuado (control de enfermería, sala de espera, pasillo, etc.). Igualmente conviene comentar la barrera psíquica que supone la utilización de tecnicismos que dificulta la memorización y comprensión de instrucciones por parte del paciente.

- Pero la realidad es quien consulta no necesariamente está enfermo y si acude a la consulta es justamente para que se determine su condición. Por tal razón se tiende a emplear la denominación médico–paciente para dicha relación, pero hay quienes objetan el término paciente, pues coloca a la persona en una situación de pasividad frente al papel activo del médico.



- Esta situación ha convertido al paciente en un "comprador", en un cliente con exigencias, y a los médicos en verdaderos "vendedores"; de benefactor tradicional se ha convertido prácticamente en un enemigo del paciente y de la familia. Esta situación ha afectado profundamente la RMP, incrementando los errores médicos, violando los principios de la ética médica.



- Se ha sugerido otras denominaciones: ‘usuario’, ‘cliente’, ‘consumidor’, aunque ninguna de ellas carece de objeciones. Cabe decir, de un modo general, que los administradores de los servicios de salud tratan con ‘usuarios’, los técnicos con ‘pacientes’, y los clínicos propiamente dichos con ‘enfermos’.



Momentos de la relación médico-paciente

- **Siguiendo al mismo Laín, la relación clínica comprende cinco momentos principales:**
- El momento cognoscitivo, que integra todas aquellas operaciones cuyo fin es el conocimiento de la enfermedad (diagnóstico nosológico); el conocimiento del sujeto que la padece y que la vive de una manera personal e intransferible (diagnóstico clínico); así como también el conocimiento del curso de la enfermedad y de sus potenciales consecuencias (pronóstico).
- El momento afectivo, que comprende las emociones y sentimientos propios de la relación clínica que experimentan médico y paciente.

- El momento operativo, que corresponde a la conducta y a los procedimientos que aplica el médico en la atención del paciente.
- El momento ético, que entraña la sujeción a las normas que regulan la conducta del médico en marco de la relación clínica.
- El momento histórico – social, que comprende los aspectos sociales del médico, del paciente, de la enfermedad y de la propia relación.



Principio de respeto por las Personas (autonomía)

- Debe considerarse que todos los individuos son entes autónomos mientras no se demuestre lo contrario.
- Debe respetarse sus criterios, juicios, determinaciones y decisiones siempre que no perjudique a otros, y
- Debe protegerse del daño a los individuos no autónomos, lo cual puede exigir hacer caso omiso de sus criterios, juicios, determinaciones y decisiones.
- El procedimiento operativo de este principio es el consentimiento informado.

La relación lo es todo



¿Por qué es importante saber que hay efectos en la relación médico-paciente para su atención?

- Al conocerse los aspectos negativos de la relación médico-paciente es más sencillo saber que puntos deben de mejorarse y enseñarse no solo a los médicos sino a todo el personal de salud para mejorar las relaciones personales, también con ello el servicio que se presta y fundamentalmente el trato a cada individuo, viéndolo como ser único y con necesidades específicas, por lo que tomar decisiones sin consultarlo con el paciente o la familia y que puedan afectar de manera negativa la salud deben ser consideradas en equipo, y no como una dictadura.
- Ver a los demás como nos vemos a nosotros mismos nos da la capacidad de ser empáticos y con ello tener una mejor relación.

An aerial photograph of a beach. The top half of the image shows clear, turquoise water with visible ripples and small waves. The bottom half shows a wide, sandy beach with a light beige color. The word "CUIDADOR" is centered in the middle of the image, overlaid on the water and sand.

CUIDADOR

CUIDADOR

- Función principal del cuidador: Permite que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándolas a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad funcional les impone.



- ***Cuidador/a informal “aquella persona proveniente del círculo familiar o próximo que, sin remuneración, asume el cuidado de la persona dependiente y constituye con ella una relación de dependencia” .***



- **Cuidador/a formal no profesional** como “persona que, sin formación específica en cuidado, recibe remuneración económica por cuidar de una persona dependiente. Toda persona que cuida en forma directa a personas dependientes, en diversos ámbitos y sin capacitación específica, que recibe una paga o beneficio pecuniario por su trabajo”





2 factores de Herzberg

Satisfacción

No satisfacción

motivadores

Logro, reconocimiento, trabajo, responsabilidad, avance, crecimiento

No insatisfacción

Insatisfacción

higiene

Políticas empresa, supervisión, relaciones, condiciones físicas, salario

	Motivación					
Cuidador	Motivadores intrínsecos	Motivadores extrínsecos	Inferencias habituales	Maslow	Herzberg	Garro
Cuidador informal	Autoestima Honor Legado Venganza	Amor Reto Apoyo Reconocimiento y recompensa Reputación Compromiso Aceptación Tribu	Tristeza Desconfianza Soberbia Envidia Apego Miedo Desengaño Celos Prioridades	Amor, afecto y pertenencia Estima Autorealización	Satisfacción: Factores de motivación: Logros, reconocimiento, responsabilidad Insatisfacción: debido a no existencia de factores de higiene	Cuidado por utilidad (social). Cuidado por ordenamiento u obligación. Cuidado por reciprocidad Cuidado por donación.
Cuidador formal no profesional	Independencia Miedo	Amor Libertad Reconocimiento y recompensa Reputación Compromiso	Tristeza Desconfianza Miedo Desengaño	Fisiológicas De seguridad	Satisfacción: Factores de motivación: Logros, independencia laboral, responsabilidad y promoción. Insatisfacción: factores de higiene: Sueldo y beneficios, ambiente físico, seguridad laboral.	Cuidado por utilidad (material).



¿CUÁL ES EL PERFIL DEL CUIDADOR DE UNA PERSONA DEPENDIENTE?

- Mujer de edad media que:
- familiar directo del afectado (pareja, madre, padre, hijo, hija...),
- muy voluntariosa,
- trata de compaginar el cuidado de su familiar con sus responsabilidades ordinarias,
- cree que ésta será una situación llevadera y que no se prolongará demasiado tiempo y
- espera ser ayuda por su entorno más cercano.



¿QUÉ OCURRE CON EL CUIDADOR?

- Conforme el tiempo va pasando el cuidador poco a poco:
- Va asumiendo una gran carga física y psíquica,
- Se responsabiliza por completo de la vida del afectado (medicación, visitas médicas, cuidados, higiene, alimentación, etc.),
- Va perdiendo paulatinamente su independencia ya que el enfermo cada vez le absorbe más



¿QUÉ OCURRE CON EL CUIDADOR?

- Se desatiende a sí mismo: no toma el tiempo libre necesario para su ocio, abandona sus aficiones, no sale con sus amistades, etc. y acaba paralizando, durante largos años, su proyecto vital.
- Y es que “el tiempo no lo cura todo”... Conforme pasa el tiempo, la calidad d vida del afectado va mejorando considerablemente, mientras que la del cuidador va decayendo.



PRINCIPALES SÍNTOMAS DE ALERTA DEL SÍNDROME DEL CUIDADOR

- Los principales síntomas de alarma que nos deben hacer sospechar la existencia del Síndrome del Cuidador son:
- Agotamiento físico y mental
- Labilidad emocional: cambios de humor repentinos
- Depresión y Ansiedad
- Conductas de consumo abusivas: tabaco, alcohol
- Trastorno del sueño
- Alteraciones del apetito y del peso
- Aislamiento social
- Dificultades cognitivas: problemas de memoria, atención
- Problemas laborales



FASES DEL SÍNDROME DEL CUIDADOR



1ª FASE: ANTE LA NUEVA SITUACIÓN UN LIDER

Tras lo repentino e inesperado de una lesión cerebral, un solo miembro de la familia suele asumir el papel del cuidador principal, sintiéndose con la responsabilidad para sobrellevar todo lo que la nueva situación requiere.



2ª FASE: DESAJUSTE ENTRE LAS DEMANDAS Y LOS RECURSOS

Pronto se produce un desajuste entre las excesivas demandas que supone el cuidado de paciente con daño cerebral y los recursos personales y materiales con los que cuenta el cuidador. Esto le obliga a realizar un sobreesfuerzo que poco a poco va agotando sus fuerzas.



3ª FASE: REACCIÓN AL SOBRESFUERZO

- Reactivo a ese sobreesfuerzo aparece:
- ANSIEDAD, NERVIOSISMO, TRISTEZA
- FATIGA MENTAL Y FÍSICA: Sensación de “*no poder más*”
- IRRITABILIDAD: Uno acaba “*perdiendo los nervios*” ante cualquier situación
- ESTRÉS, PREOCUPACIÓN EXCESIVA ante cualquier imprevisto


3ª FASE: REACCIÓN AL SOBRESFUERZO

- AGRESIVIDAD: Reacciones desmesuradas
- TENSIÓN CONTRA LOS CUIDADORES AUXILIARES: *“Nadie lo cuidada cómo yo. Sí no llega a ser porque estoy yo pendiente...”*
- TENDENCIA A ENCERRARSE EN UNO MISMO, SOLEDAD: No tenemos tiempo ni ganas de ver a nadie; No tenemos a quién contarle lo que sentimos...*«además cómo voy a quejarme yo con lo que tenemos en casa”*




Y aparecen una serie de sentimientos en conflicto:

- QUEREMOS CUIDAR Y CUIDAR BIEN, PERO A VECES SENTIMOS QUE LA SITUACIÓN ESCAPA A NUESTRO CONTROL
- NOS SENTIMOS MAL POR NO HABER REACCIONADO COMO “TOCABA”
- SENTIMOS QUE NO ESTAMOS A LA “ALTURA” DE LAS CIRCUNSTANCIAS
- NOS SENTIMOS CULPABLES POR DISFRUTAR DE LAS COSAS, POR DEDICARNOS TIEMPO O CUIDADOS A NOSOTROS MISMOS O INCLUSO POR PEDIRLO.




CONSEJOS GENERALES PARA EVITAR SU APARICIÓN *PRIMERA Y MÁS IMPORTANTE: ACEPTAR QUE EXISTE UN PROBLEMA*

- NO sea el ÚNICO CUIDADOR, involucre a otros.
- COMENTE la evolución del paciente con sus familiares u otros cuidadores. Comunique al resto de la familia sus sentimientos y sus temores para hacerles partícipes del problema, y evitar sentirse culpable cuando se dedique tiempo a sí mismo
- HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE: Alimentación equilibrada, deporte, evitar consumos excesivos (tabaco, etc.)
- MOMENTOS DE RESPIRO: Tiempo libre, ocio, cuidado de uno mismo. Procure tener un tipo reservado para hacer cosas propias y que le plazcan.




CONSEJOS GENERALES PARA EVITAR SU APARICIÓN *PRIMERA Y MÁS IMPORTANTE: ACEPTAR QUE EXISTE UN PROBLEMA*

- MANTENGA AFICIONES PREVIAS
- EVITE AISLAMIENTO SOCIAL: Salga de casa y póngase en contacto con amigos.
- INTENTAR FACILITAR LA AUTONOMÍA DEL FAMILIAR AL MÁXIMO. Dejar que haga lo que puede hacer, aunque tarde más tiempo. Si no, estaremos favoreciendo su dependencia y aumentando nuestras labores.
- FAVORECER LA ADAPTACIÓN DEL ENTORNO, procurando que este sea estable y seguro. Nos ayudará a evitar accidentes innecesarios.



CONSEJOS GENERALES PARA EVITAR SU APARICIÓN *PRIMERA Y MÁS IMPORTANTE: ACEPTAR QUE EXISTE UN PROBLEMA*

- EVITAR EL ESTRÉS en la medida de lo posible, planificando de antemano las situaciones conflictivas
- UNA ACTITUD POSITIVA juega en nuestro favor; es fundamental mantenerla en lo posible.
- INFORMACIÓN y FORMACIÓN: El familiar enfermo no hace las cosas “para fastidias”, sino que es el daño cerebral es el que genera conductas nuevas y difíciles de entender en ocasiones.



CONSEJOS GENERALES PARA EVITAR SU APARICIÓN

PRIMERA Y MÁS IMPORTANTE: ACEPTAR QUE EXISTE UN PROBLEMA

- LOS SENTIMIENTOS NEGATIVOS que aparecen en algunos momentos son humanos. Lo importante es saber reconocerlos, no tener miedo e intentar superarlos, o, al menos, equilibrarlos
- PROFESIONALES SANITARIOS: No dude en ponerse en contacto con ellos para ayudarle con todos esos sentimientos negativos

22. ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

Fuente: Breinbauer, H; Vásquez, H; Mayanz, S; Guerra, C; Teresa Millán, «Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada» Rev Med Chile; 137; 657-665, 2009.

El Objetivo de la Escala Zarit es medir la sobrecarga del cuidador evaluando dimensiones como calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente cuidado. Las preguntas de la escala son tipo Likert de 5 opciones:

Nunca	1
Rara vez	2
Algunas veces	3
Bastantes veces	4
Casi siempre	5

Aplicación

Esta escala puede ser autoaplicada o aplicada por el profesional que realiza el control del salud.

Interpretación

Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 22 y 110 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en:

Ausencia de sobrecarga	≤ 46
Sobrecarga ligera	47-55
Sobrecarga intensa	≥ 56

- El estado de sobrecarga ligera se reconoce como un riesgo para generar sobrecarga intensa.
- El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbimortalidad del cuidador, por lo cual se debe indicar.
- La ausencia de sobrecarga, requiere monitoreo, sobre todo ante aumento de los requerimientos de cuidado



RECOMENDACIONES PROFESIONALES

- La mayoría de estas recomendaciones van a ir dirigidas siempre hacia dos objetivos:
 - 1. Potenciar una mayor autonomía del paciente**
 - 2. Evitar los problemas de conducta**



PRINCIPALES PRINCIPIOS DE UN CUIDADO CONSTRUCTIVO

- **1. CUIDAR SIN DESCUIDARSE**
- El cuidador debe tratar siempre de atender sus necesidades físicas, de relación y de ocio. Su buen estado de salud repercute directamente en la calidad del cuidado que le aporta al paciente, no sólo en la salud de él mismo.



PRINCIPALES PRINCIPIOS DE UN CUIDADO CONSTRUCTIVO

- **2. COMPARTIR LAS TAREAS DE CUIDADO CON OTRAS PERSONAS**
- Es importante repartir las tareas de cuidado con otras personas y no caer en el error de pensar que el cuidador principal es el único que puede atender las necesidades del paciente.

¿Quién es el paciente en cama?

Es aquel que por alguna circunstancia se encuentra en una situación de **inmovilidad**, idea que se entiende como una alteración de la capacidad de movimiento y desplazamiento del individuo en su medio, y que por tanto, no sera **independiente**



CAUSAS DE INMOVILIDAD



TIPOS DE INMOVILIDAD

AGUDA


CRONICA



PARCIAL

TOTAL






El ***Síndrome del Cuidador*** es un trastorno que se presenta en personas que desempeñan el rol de cuidador principal de una persona dependiente. Se caracteriza por el agotamiento físico y psíquico. La persona tiene que afrontar de repente una situación nueva para la que no está preparada y que consume todo su tiempo y energía. Se considera producido por el estrés continuado (no por una situación puntual) en una lucha diaria contra la enfermedad, y que puede agotar las reservas físicas y mentales del cuidador.



ALIMENTACIÓN



1. La alimentación es muy importante ya que la carencia de nutrientes aumenta la posibilidad de formación de úlceras.

2. Se debe colocar al enfermo en una postura adecuada, elevando el cabecero de la cama o colocando almohadas para que apoye la espalda.

3. Conviene adaptar la dieta recomendada para que la pueda tomar y digerir sin complicaciones.

4. La dieta debe ser variada, rica en proteínas, vitaminas y minerales que facilitan la regeneración de los tejidos. En ocasiones se precisa un aporte nutricional complementario.

5. Asegurar un aporte diario de fibra para mantener un ritmo intestinal suficiente con frutas, verduras y legumbres.

6.El consumo de líquidos debe ser 1,5 a 2 litros al día como mínimo, salvo que existan contraindicaciones reseñadas por el personal sanitario.

7.Administrar gelatinas o espesantes si fuera preciso para lograr la ingesta requerida de líquidos.

8.Terminada cada comida vigilar el estado de limpieza de la boca y/o de las prótesis dentales si las tuviera.

9.No dejar totalmente en decúbito supino al enfermo inmediatamente después de comer evitando reflujos de jugos gástricos, hasta pasados 30 minutos después de la ingesta.



HIGIENE



Higiene de las fosas nasal:

Lavar instilando unas gotas de agua con sal o con una gasa impregnada en suero salino.



Higiene de los ojos:

Lavado de los ojos con una gasa estéril humedecida en suero salino, de forma suave, efectuando pasadas desde el lagrimal hacia el ángulo externo del ojo. Cambiar de gasas para cada ojo.

Higiene de la boca

- Lavado diario de la boca con un mango de cuchara envuelto por una gasa impregnada de suero o bien agua con bicarbonato.
- Procurar llegar a todos los lugares: paladar, encías, base de la boca y lengua, etc.
- Enjuagar adecuadamente.
- Hidratar los labios con vaselina.
- Proceder al lavado tras cada una de las comidas.
- En las personas portadoras de prótesis, retirar las dentaduras y proceder a su limpieza e higiene tras cada comida. La dentadura postiza se debe retirar siempre para dormir.

BAÑO DE PACIENTE ENCAMADO



- El aseo corporal, alivia el dolor la rigidez articular, reduce las molestias y el prurito u ocasionado por la piel seca.
- Indicar al Px lo que se va a realizar.
- Retirar camisón y cubrirlo con una toalla.
- Limpiar con una esponja sumergida en agua tibia jabonosa, parte por parte.




- Cubrir el área limpia con toalla para evitar que se enfríe, a continuación descubrir y limpiar otra zona.
- En posición supina comenzar el lavado después en prono y si puede el paciente en decúbito lateral.
- Utilizar jabón suave, enjuagar y secar sin restregar (pliegues de las mamas, el abdomen, las ingles y el ombligo).
- Comenzar por la cara, extremidades superiores, abdomen, extremidades inferiores, genitales, ano y glúteos.



- Limpiar genitales de adelante hacia atrás con esto evitar infectar en la zona anal.
- Limpiar pliegue del prepucio, zona sensible a las infecciones por falta de higiene.
- Espacios interdigitales limpiarlos minuciosamente. cortar las uñas.
- Aplicar una crema hidratante por todo el cuerpo con leves masajes circulares.





PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

PREVENCIÓN

01	Revisar diariamente la piel	<ul style="list-style-type: none">• mantenerla limpia y seca, lavarla con agua tibia y jabón neutro y usar crema hidratante tras el aseo.
02	Ingesta diaria de	<ul style="list-style-type: none">• Buen aporte protéico, vitaminas que mantengan piel fuerte.• 2L de agua.
03	No usar	<ul style="list-style-type: none">• Alcohol o perfume directamente sobre la piel
04	Cuidar	<ul style="list-style-type: none">• La ropa de cama, siempre debe estar limpia, seca y sin arrugas• Cambios posturales cada 2-3 horas• Actividad física
05	Dispositivos especiales	<ul style="list-style-type: none">• Que alivien la presión (colchones, cojines, etc.) evitar siempre dispositivos tipo flotador

Grado	Descripción
I	Eritema que no palidece
II	Espesor parcial
III	Pérdida de piel total
IV	Pérdida total del espesor del tejido

Sistema de clasificación de la NPUAP / EPUAP de las UPP



Categoría I
**Eritema no
blanqueable**



Categoría II
**Úlcera de
espesor parcial**



Categoría III
**Pérdida total
del grosor
de la piel**

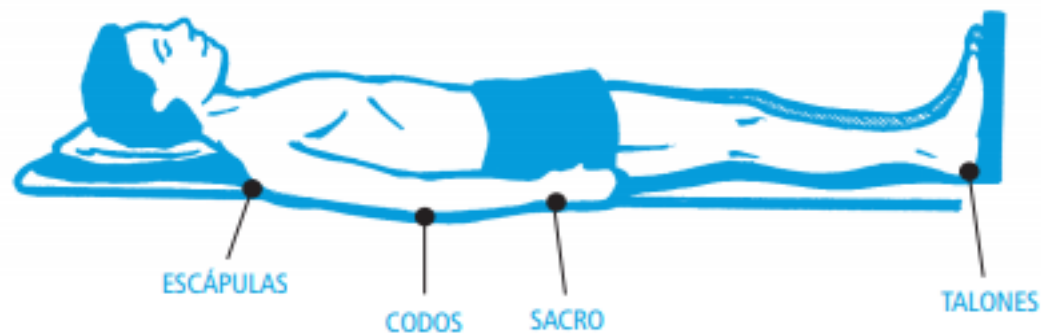


Categoría IV
**Pérdida total
del espesor de
los tejidos**

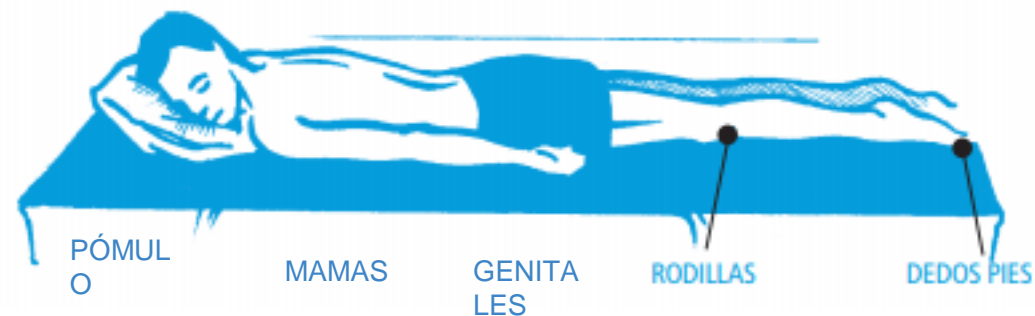
Tipo de Lesiones	Factor externo causal	Afectación cutánea
LESIÓN ASOCIADA A HUMEDAD	Por exposición mantenida de la piel o mucosas, a la humedad	Plano superficial
LESIÓN POR FRICCIÓN	Por roce o fricción entre la piel contra otro plano.	Plano superficial
LESIÓN POR CIZALLA	Por fuerzas de cizallamiento opuestas a nivel intra tisular	Planos profundos
ÚLCERA POR PRESIÓN	Presión mantenida sobre un punto anatómico concreto, que comprime piel y tejidos contra un plano duro, provocando isquemia.	Planos profundos

zonas propensas a UPP

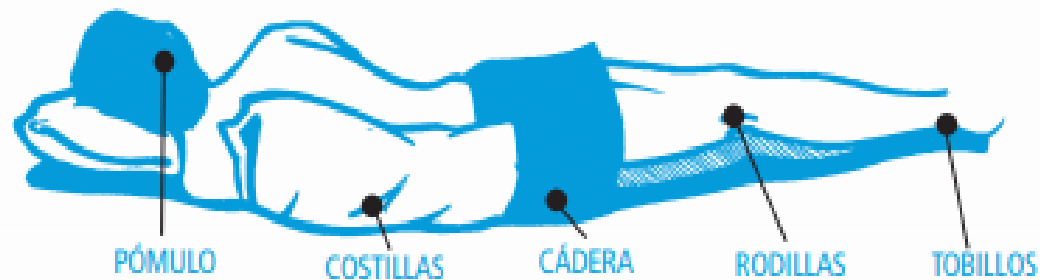
Decúbito supino (boca arriba)



Decúbito prono (boca abajo)



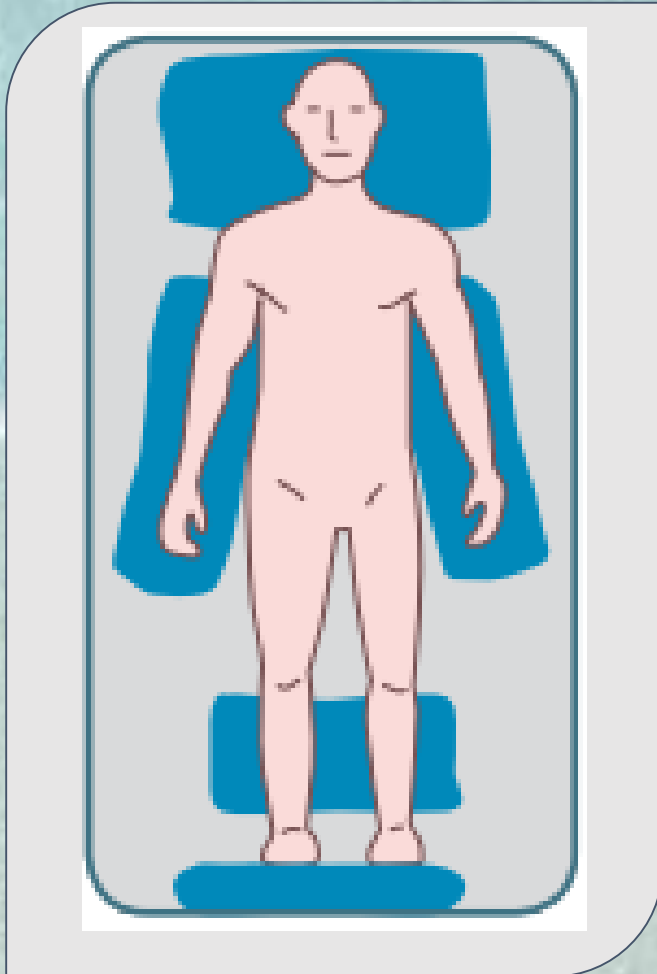
Decúbito lateral (de lado)





CAMBIOS POSTURALES

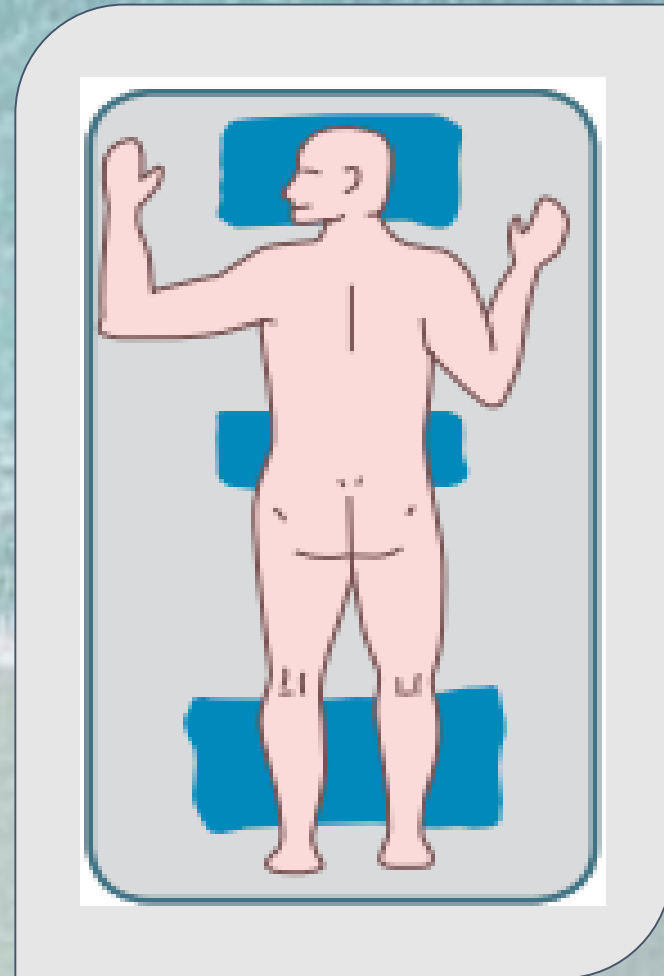
Decúbito Supino



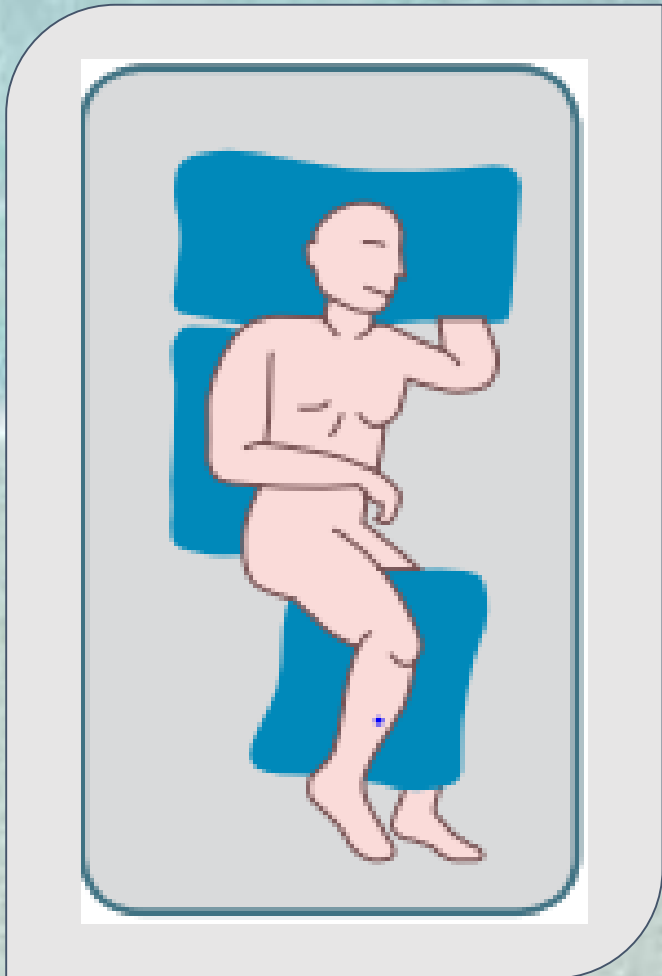
- Colocar almohada o cojín ancho que cubra cabeza, cuello y hombros.
- Almohadas bajo los brazos.
- Cojín bajo las piernas dejando los talones sin contacto con la cama.
- Pies en ángulo recto poniendo un cojín entre las plantas y los pies de la cama.

Decúbito prono

- Girar al paciente sobre si mismo hasta quedar bocabajo colocando la cabeza de lado apoyada sobre una almohada.
- Almohada pequeña bajo el abdomen y almohada grande bajo la porción inferior de las piernas manteniendo los pies en ángulo recto.
- Colocar los brazos en flexión. • Dejar libres de presión los dedos del pie, rodillas, genitales y mamas.



Decúbito lateral



- Colocar al paciente de costado.
- Almohada bajo cabeza y cuello del paciente.
- Almohada grande paralela a la espalda y apoyar al paciente levemente sacando el hombro sobre el que apoya.
- Almohada entre las piernas desde la ingle hasta el pie.

Sedestación

- Utilizar un sillón confortable con el respaldo un poco inclinado.
- Colocar un cojín sobre la región cervical, zona lumbar y bajo piernas.
- Mantener los pies en ángulo recto sobre una superficie para que no cuelguen.



Referencias

- Mejía Estrada Adriana, Romero Zepeda Hilda. La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2017 [citado 2020 Feb 05] ; 39(Suppl 1): 832-842. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000700016&lng=es.
- Mendoza F Alfonso. La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2017 Oct [citado 2020 Feb 06] ; 63(4): 555-564. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000400007&lng=es.
- Rodríguez Silva Héctor. La relación médico-paciente. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2006 Dic [citado 2020 Feb 05] ; 32(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400007&lng=es.