

# Cambios y ajustes psicosociales en la percepción de enfermos crónicos y cuidadores respecto de su género y familia

Adriana Guadalupe Reyes Luna\* • Adriana Garrido Garduño\*\*  
Laura Evelia Torres Velázquez\*\*\* • Silva Patricia Ortega\*\*\*\*  
UNAM, FES Iztacala

*Los enfermos crónicos viven cambios en sus actividades a los cuales deben adaptarse para afrontar su enfermedad. El enfermar genera consecuencias diferentes en hombres y mujeres acerca de cómo se ven a sí mismos y cómo ven a los otros. El objetivo de la presente investigación se enfocó en identificar y describir los cambios y ajustes que varones y mujeres perciben respecto de género y familia cuando se convive con una enfermedad crónico-degenerativa. Se aplicaron cuestionarios a 112 pacientes o personas que tuvieran un familiar en esta condición. En los resultados se observó que los varones buscan a personas que los cuiden. La función del(los) cuidador(es) recae en la figura femenina, considerando que el varón trabaja, tiene ocupaciones y "poca disponibilidad de tiempo", además de que se siente ansioso y agresivo. En conclusión, las diferencias estriban en las características de género predominantes en nuestra cultura: el afrontamiento del varón es directo y el de la mujer se da a través de redes sociales.*

**Palabras clave:** Varones, mujeres, enfermos, familiares, afrontamiento.

*The chronic patients live changes in their activities and must adapt and confront their disease. Becoming ill, generates consequences different in men and women in as they are seen and they seen others. The objective of the present investigation it was to identify and to describe to the changes and adjustments that men and women perceive with respect to the sort and family when he is coexisted with chronic-degenerative patients. 112 questionnaires to people were applied who were or had a relative with a degenerative chronic disease. In the results observed that the men look for people who take care of them. The caretaker function it is falls to the feminine figure, considering that the man works, has occupations and "little availability of time", in addition feel anxious and aggressive. In conclusion, the differences are based in the predominant characteristics of sort in our culture: the facing of the man is direct and the one of the woman through social networks.*

**Key words:** Men, women, patients, families, coping.

- 
- \* Licenciada en Psicología, Proyecto de investigación en aprendizaje humano. Línea de interacciones familiares, FES-Iztacala, UNAM. Correo-e: reyeslunagpe@yahoo.com.mx
- \*\* Licenciada en Psicología, Proyecto de investigación en aprendizaje humano. Línea de interacciones familiares, FES-Iztacala, UNAM. Correo-e: moyuki@yahoo.com.mx
- \*\*\* Doctora en Sociología, Proyecto de investigación en aprendizaje humano. Línea de interacciones familiares, FES-Iztacala, UNAM. Correo-e: laurativ@servidor.unam.mx
- \*\*\*\* Doctora en Sociología, Proyecto de investigación en aprendizaje humano. Línea de interacciones familiares, FES-Iztacala, UNAM. Correo-e: patosi@servidor.unam.mx

En mayor o menor medida los enfermos crónicos experimentan cambios en sus actividades físicas, laborales y sociales, y a la vez deben asumir psicológicamente el papel de “paciente crónico” y adaptarse a un trastorno que puede durar toda su vida. De una u otra manera deberán afrontar su enfermedad aun cuando no resulte fácil (Ramírez, 2005, y Vega y González, 2009). La forma en que el enfermo se percibe a sí mismo constituye un factor importante en la manera en que afronta y se ajusta a los cambios que se le presentan, pues el enfermar genera consecuencias diferentes para un hombre y para una mujer, tanto en su forma de verse como de ver a los otros (Contreras, Espinosa y Esguirra, 2008, y Arraras y Garrido, 2008).

Además, “las desiguales condiciones de vida de varones y mujeres, entre otros factores, inciden tanto en la salud física como en la prevalencia diferencial de los trastornos psicológicos” (Martínez-Benlloch, en González, 2006, p. 254). Por ejemplo, los problemas de salud en los varones son en gran medida secuela de su manera de trabajar sin descanso y de su orientación al logro (largos horarios de trabajo, muchos viajes de negocios, mayor riesgo de ser despedido en función de los resultados, etc.), e implican dificultades en el cuidado de su salud como consecuencia de cumplir con sus compromisos laborales (en su rol tradicional). Esto significa que descuidan frecuentemente su nutrición, el ejercicio, la relajación y el manejo del estrés (lo interiorizan). Aunado a ello, tienden a ignorar los síntomas y signos de cansancio o enfermedad y, al no percibirlos, es más probable que enfermen, se agoten o sufran ataques al corazón o una muerte prematura, a la vez que corren riesgos innecesarios, sufren más accidentes o tiene mayor éxito si intentan suicidarse (2009, en red).

Muchos varones niegan sus problemas de salud o físicos, pues reconocerlos o solicitar ayuda está asociado con una debilidad femenina (Gómez y Escobar, 2006). Además, las consecuencias negativas de carácter psicosocial y somático que sufren algunos hombres afectados por la tensión del rol de género masculino incluyen ira y ansiedad, abuso de drogas, conductas agresivas, manejar un vehículo en forma temeraria tras el consumo de alcohol, conductas delictivas durante la adolescencia o trastornos de personalidad antisocial (Landers, 1989, Eisler y Skidmore, 1987; Moshe y Sirkin, 1984, en González, 2006).

Por su parte, aun cuando las mujeres se enfrentan a condiciones iguales o más estresantes que los hombres a causa de sus actividades tanto dentro como fuera del hogar (ámbito laboral), tienden a vivir diferentes consecuencias en su salud, como trastornos afectivos, de ansiedad y somáticos (Landers, 1989, en González, 2006). Las mujeres son socializadas para expresar e identificar un amplio rango de emociones, y puede que estén más entrenadas en la identificación de todo tipo de síntomas (tanto físicos como psicológicos) cuando valoran su salud (Gómez y Escobar, 2006). Hablan por ende de estos problemas, y buscar ayuda puede influir en su tendencia a expresar sus síntomas y recibir atención (González, 2006). De igual modo, padecen más enfermedades agudas y condiciones crónicas, realizan más visitas al médico, utilizan más los servicios de salud y sufren más trastornos somáticos y distrés psicológico (insomnio, nerviosismo, jaquecas, palpitaciones, mareos, pesadillas, temblores y falta de motivación) que los hombres. Los síntomas conductuales de la anorexia y la bulimia son más frecuentes entre las mujeres por ejemplo, así como el uso de tranquilizantes, anti-depresivos y pastillas para dormir

(Arraras y Garrido, 2008, y López y Lege, 2009).

En consecuencia, el uso de ciertas estrategias de afrontamiento se ve permeado por el rol de género impuesto y asumido socialmente, es decir, que éstas pueden ser más o menos eficaces en función de ser hombre o mujer, por lo que el apoyo social es más utilizado por las mujeres, mientras que la acción directa es la estrategia usual en el caso de los varones (Lengua y Stormshak, 2000, en González, 2006).

En el caso del rol masculino, encontramos una capacidad técnica competitiva, agresiva y racional, a diferencia del rol de feminidad, el cual se ha relacionado con la capacidad de cuidar a los demás, la pasividad, la orientación hacia las relaciones y la emotividad. Estas conductas características del género se atribuyen a que las mujeres han sido educadas para desempeñar roles de cuidado de los demás, de aceptación y facilidad para expresar emociones y permitirse buscar apoyo social. Como contrapartida, en caso de no actuar de acuerdo con lo que se espera de ellas, son sancionadas o criticadas por la sociedad. En contraste, los hombres desarrollan socialmente sus capacidades y habilidades en función de la acción y la resolución, por lo que son educados (y en ocasiones obligados) para asumir riesgos, ser asertivos, mostrarse serenos ante el peligro y otras actitudes similares, además de que no se les permite expresar emociones o debilidad, pues deben ser fuertes e invulnerables (Chaveste, 2009). El contenido de las reglas que establecen los estereotipos o roles de género corresponde al cómo, cuándo y dónde se esté, es decir, de qué cultura se forma parte.

Por otro lado, tanto para los hombres como para las mujeres, como menciona Gómez-Sancho (2001), es muy importante el cómo y a quién(es) se le(s) no-

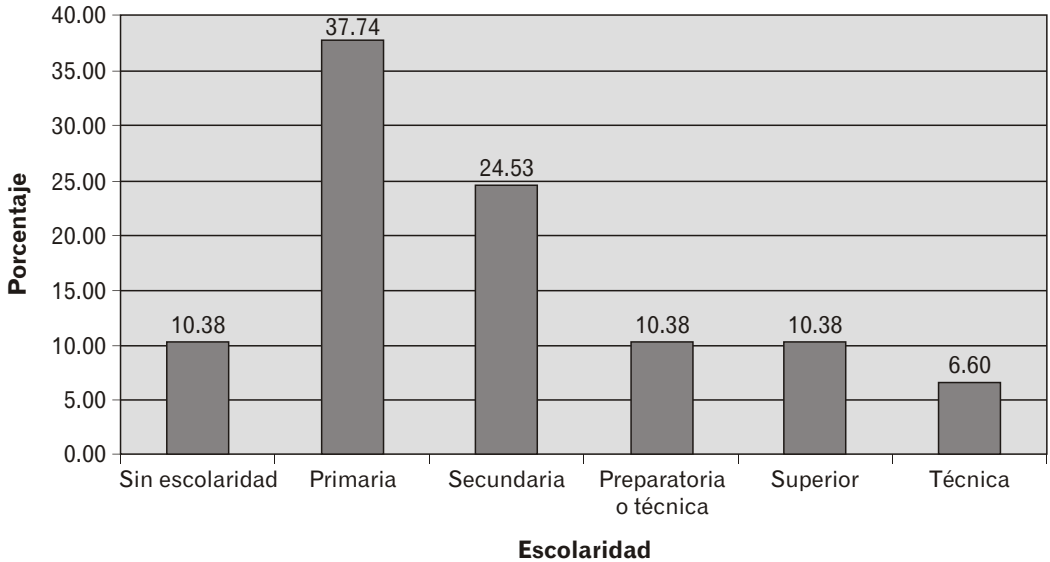
tifica el diagnóstico de una enfermedad grave, pues de ello dependerán las acciones y cambios en el funcionamiento de la familia, que es la principal red de apoyo, y que enfrentará junto con el enfermo los cambios drásticos ocasionados por los medicamentos, la dieta, las actividades físicas indicadas y demás terapias extrahospitalarias de recuperación, donde tal apoyo es indispensable (Barra, 2003). Reyes, Garrido y Torres (2001 y 2007), y Martín y Sánchez (2003) destacan que el apoyo familiar influye en las estrategias de afrontamiento que adoptan los y las pacientes.

Una enfermedad afecta más al núcleo familiar cuando la padece el jefe de familia. En efecto, según indica Alvarez (2001), a la enfermedad se le atribuye un mayor nivel de gravedad cuando recae en un varón que trabaja, y el apoyo familiar se manifiesta de forma diferente que cuando son otros miembros los que la sufren (la esposa, la hija o hijo, los abuelos, etcétera).

Si bien se han identificado y trabajado las características más frecuentes en los enfermos, es innegable que también en los familiares se generan sentimientos de angustia, tristeza, dolor, incertidumbre, agresión y otros, quienes, de no ser adecuadamente canalizados para que logren la aceptación y muestren una tranquilidad tal que influya en el proceso de cuidado, mantenimiento o recuperación del paciente, éste se verá radicalmente afectado y, en el peor de los casos, todos los integrantes del núcleo enfermarán.

La familia vive un proceso en el que la esperanza de aliviar o superar la enfermedad y el miedo a lo que ocurra (incertidumbre) surge como una estrategia de afrontamiento; en ocasiones se generan expectativas irreales, por ejemplo, acerca de una cirugía, un trasplante o un tratamiento, hasta que la familia y el paciente

**Gráfica 1.** En esta gráfica se puede observar el porcentaje de los encuestados en relación con su escolaridad.



se ajustan a las verdaderas condiciones institucionales, económicas y sociales que la enfermedad implica (Torres, Beltrán, Martínez, Saldivar, Quesada y Cruz, 2006, y Arraras y Garrido, 2008).

El objetivo de la presente investigación se orientó a identificar y describir los cambios y ajustes que hombres y mujeres perciben respecto de género y familia cuando se convive con una enfermedad crónico-degenerativa.

Se aplicaron 112 cuestionarios: 32 a varones y 80 a mujeres, todos ellos personas con una enfermedad crónico-degenerativa o que tuvieran un familiar cercano en esta condición. Los cuestionarios sobre cambios y ajustes en el contexto familiar se aplicaron en diferentes contextos: calle, hospitales, escuelas y unidades habitacionales.

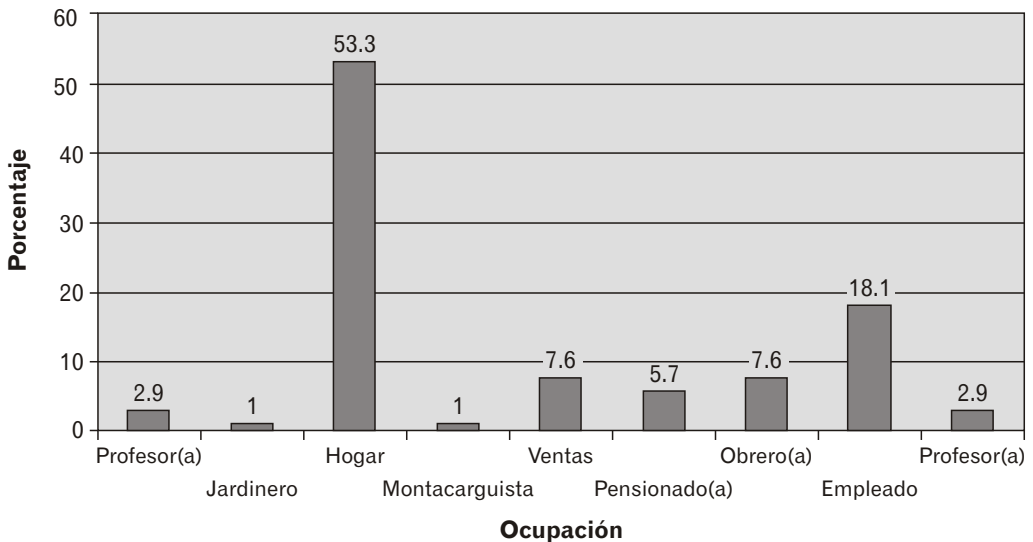
## Resultados

De los resultados obtenidos, vemos que se encuestó a 112 personas: 28.4% varones y 71.6% mujeres, con edades que

oscilan entre los 18 a los 80 años de edad, con una media de 46 años. El 37.7% de los consultados reportó educación primaria, seguido de 24.5% con secundaria y los demás repartidos en niveles superiores o sin escolaridad (ver gráfica 1).

Respecto de la ocupación de los encuestados, 53.3% se dedica al hogar, seguido por 18.1% que es empleado, 7.6% obreros, 5.7% pensionados y el resto otras profesiones (ver gráfica 2). Respecto del ingreso familiar, vemos que 56.8% gana menos de \$5 428.00 mensuales, seguido de 37.5% que percibe entre \$5 428.00 y \$10 857.60. En suma, 94.3% reportó un ingreso menor a \$10 857.60, lo que complica el acceso a medicamentos y servicios de salud. Esto puede explicar porqué 94.9% cambió el uso de los servicios médicos por instituciones de salud pública como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), centros de salud, etc., y solamente 4.3% acude a especialistas privados.

**Gráfica 2.** Presenta el porcentaje de los entrevistados en relación con su ocupación.



En relación con el tiempo que la enfermedad tiene de haber sido diagnosticada, el rango reportado es de 1 a 9 años, con una media de entre 3 y 5 años. Acerca de la manera en que les fue notificada la noticia, 86.2% de los encuestados la calificó de clara y amable, y sólo 11.7% la consideró grosera y dura. El 93.2% mencionó que se le informó al paciente para que cooperara y siguiera las prescripciones médicas.

A la pregunta de cómo recibieron los integrantes de la familia la noticia y qué pensaron, 41.4% sintió tristeza, dolor o una gran impresión negativa, 31.9% indicó que su primera intención fue de prestar apoyo y 20.2% expresó sentimientos de sorpresa o resignación.

Un dato interesante que arrojó la investigación es la negación de algunos familiares a reconocer que existe un enfermo crónico en la familia, ya que a la pregunta sobre si existía alguno, 1.8% contestó que no, aun cuando las encuestas se realizaron con el apoyo de médicos y se aplicó en salas de espera de hospitales de especialidades. El 26.4% de

los encuestados eran enfermos crónicos y el porcentaje restante personas que acompañaban al paciente. Respecto del parentesco de quien padece la enfermedad crónico-degenerativa, 31.1% mencionó que la madre, 13.2% el padre, 7.5% la pareja o un hermano(a), 5.7% un hijo(a) y 8.5% otro pariente. Acerca de cuántas enfermedades crónicas tiene el paciente, 62.6% mencionó que una, 29.9% afirmó que dos, 4.6% tres y 1.8% cuatro. Lo anterior nos habla de que muchas veces el cuidado deficiente y los malos hábitos de vida hacen que el organismo se desgaste y que una enfermedad permita que otra también se desarrolle (ver tabla 1).

**Tabla 1.** Presenta el número de enfermedades crónicas que padece el enfermo.

Número de enfermedades crónicas	Porcentaje de enfermos que las presenta (%)
1	62.61
2	29.90
3	4.67
4	1.86

Respecto de los tipos de enfermedades crónico-degenerativas más comunes, la diabetes ocupa el primer lugar entre los varones, con 58.1%, y entre las mujeres, con 50%; en segundo lugar figura la hipertensión arterial, con 19.4% entre los varones y 43.6% en las mujeres; en tercer lugar las enfermedades del corazón, con 12.9% en varones y 10.3% en mujeres, y en cuarto lugar el cáncer, con 6.5% y 9% respectivamente. Otras enfermedades crónicas se presentaron con menor porcentaje (ver tabla 2). Debido a que los sujetos de nuestra muestra sufren más de una enfermedad crónica, principalmente las mujeres, vemos que en la tabla 2 el porcentaje en cada columna suma más de 100%, ya que el mismo paciente padece más de una enfermedad.

**Tabla 2.** Se observan las enfermedades que se presentan en varones y mujeres.

Enfermedad	Varones (%)	Mujeres (%)
Diabetes	58.1	50
Hipertensión arterial	19.4	43.6
Enfermedades del corazón	12.9	10.3
Cáncer	6.5	9
Asma	3.2	5.1
Cirrosis hepática	0	5.1
Epilepsia	0	2.6

En relación con quién cuida y atiende al enfermo, principalmente vemos que los hijos, en 28.4% de los casos, seguido de la pareja, con 23.5% (ver tabla 3). En general, es un pariente cercano el encargado del enfermo, y algunas veces se contratan servicios de apoyo como enfermeras o cuidadores, pero sigue siendo la familia cercana el pilar fundamental de respaldo.

**Tabla 3.** Muestra la persona que cuida al enfermo y atiende sus necesidades.

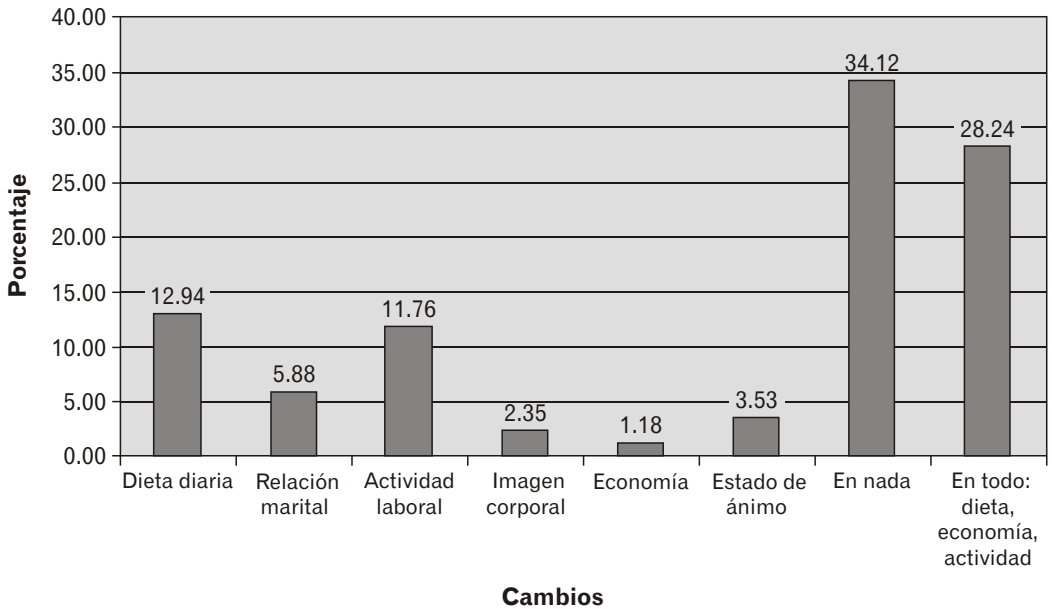
Cuidador	Porcentaje
Hijo(a)	28.43
Pareja	23.53
Otros	21.07
Él(ella) mismo(a)	13.73
Hermano(a)	4.90
Abuelo(a)	3.92
Padre	2.94
Madre	0.98

A la pregunta sobre cambios en la rutina diaria, 34.1% rechazó que los hubiera, y el porcentaje restante menciona entre los principales la dieta, la economía, la actividad laboral, etc. En la gráfica 3 podemos ver los cambios que consideran que tuvieron los enfermos crónicos.

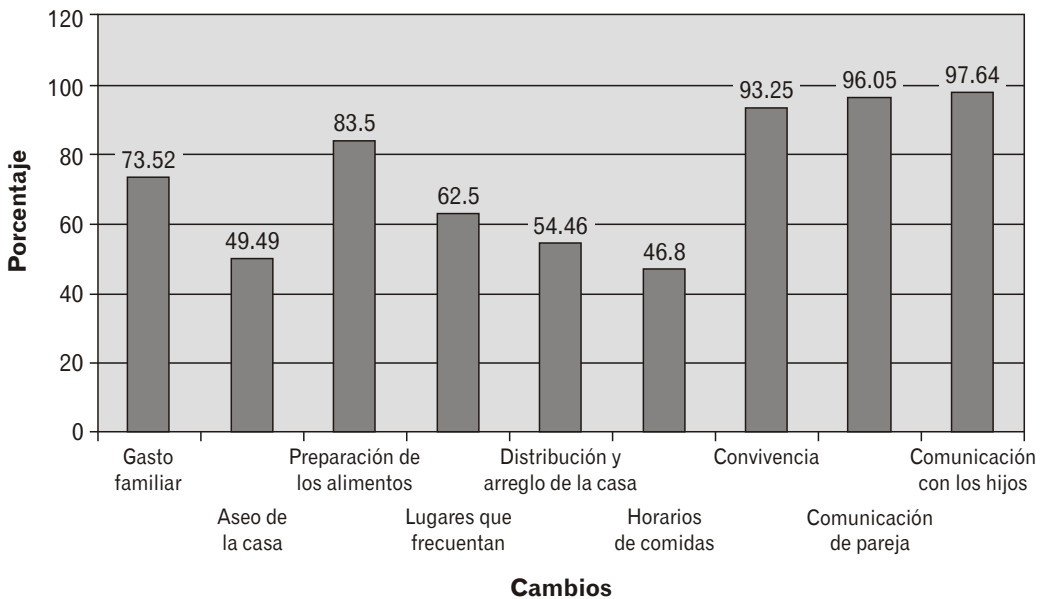
Respecto de los cambios en la familia, 73.52% los enfoca en la distribución de los gastos, ya que se incrementó la compra de medicamentos y alimentos, a la vez que disminuyó el ingreso, etc. Asimismo, los horarios de comidas se modificaron para 46.8% de los encuestados. Las alteraciones también se dieron en el aseo del hogar para 49.4%, y 83.5% menciona que debió adecuar su dieta y la forma en que prepara los alimentos dado que, o bien toda la familia la adaptó, o solamente el enfermo recibió una alimentación especial (ver gráfica 4).

Otro de los cambios al interior de la familia significó la alteración de las salidas o la rutina de los lugares frecuentados: 62.5% menciona que ahora visita más a los familiares; o por el contrario, dejó de salir, de ir a parques por ejemplo. Incluso, 56.4% afirma que el enfermo casi no sale de su casa. El arreglo y distribución del hogar también resintió cambios para 54.4% de los encuestados,

**Gráfica 3.** Muestra el porcentaje de los cambios presentados en el enfermo.



**Gráfica 4.** Presenta el porcentaje de los cambios que experimenta la familia.



pues tuvieron que esterilizar algunas áreas, adecuar espacios para aparatos especiales, cambiar la forma en que realizaban el aseo o deshacerse de sus mascotas.

En torno a la convivencia familiar, 93.2% reporta cambios: para 61.6% la convivencia aumentó y para el resto disminuyó, pues el enfermo pasa más tiempo hospitalizado o se aísla de la familia. Esto también se refleja en la comunicación con la pareja, la cual sufrió alteraciones en 96% de los casos: 73.2% considera que se volvió más unida, y en el resto la relación se desgastó, se generaron mayores problemas o incluso hasta hubo separación. Lo mismo sucedió en la comunicación con los hijos, donde 97.6% considera que cambió: 74% para mejorar, y en el resto se desgastó o alejó a los hijos.

En resumen, podemos ver que la familia también sufre cambios cuando en su seno se presenta un enfermo: la atención que ésta recibe es limitada, pues los principales apoyos que se proporcionan son médicos o enfocados en cómo cuidar al enfermo, y pocas veces se interesan por conocer y apoyar a los demás miembros del núcleo. Existen instituciones donde se apoya a la familia en torno a los cambios que sufrirá el enfermo, pero en cuanto a enseñarles cómo adaptarse a las nuevas situaciones y ajustes todavía queda mucho camino por recorrer.

### **Discusión y conclusiones**

Con base en los resultados obtenidos se observó en general que los varones buscan a otra persona que los cuide: los hijos(as), la pareja u otros. Las mujeres, por su parte, se apoyan en los hijos(as) o en algún otro familiar de género femenino, o es en ellas mismas en quienes recae su cuidado. En cuanto a por qué se considera a estas personas como cuidadores, los varones mencionan que por

cercanía y por ser quien mejor los atiende; las mujeres argumentan que los "otros" (el marido, los hijos) tienen que trabajar y ellas están solas. Ambos géneros coincidieron en que se presentan cambios y ajustes principalmente en la distribución del gasto familiar, en el aseo de la casa, la dieta diaria, las relaciones familiares y en la frecuencia de las salidas a paseos, visitas, etcétera.

Encontramos que la función del(los) cuidador(es) recae frecuentemente en la figura femenina, independientemente de la edad. Son la madre, esposa, hija o nuera quien(es) se encarga(n) de los cuidados y atención del paciente. En general, el varón tiene más dificultades para adaptarse al papel de cuidador, ya que trabaja, tiene diferentes ocupaciones y "poca disponibilidad de tiempo", además de que se siente ansioso y agresivo en el desempeño de tal función.

Podemos concluir que aunque en esta población no fueron muy significativas las diferencias entre los géneros, sí se manifiestan distinciones en cómo perciben quién es cuidador y porqué. Además, se refleja el predominante punto de vista cultural, donde el hombre es todo poder, quien se supone que sabe su *deber ser*, es decir, proveedor, cabeza de la familia, el fuerte, el triunfador, la autoridad, por lo que no tiene tiempo disponible para cuidar de otros. La mujer, en cambio, a la que se le atribuye todo el amor, el desempeño de labores relacionadas con el cuidado de otros, sin olvidar las labores que la propia casa le exige, antepone en muchas ocasiones el cuidado de su familia a sí misma, y se manifiesta sumisa, incluso hasta el sacrificio de dejar en segundo lugar la atención de su propia salud o siendo la única responsable de ella (Gómez y Escobar, 2006; Hernández, 2006, y Lozano, Ríos, Álvarez y Rodríguez, 2007). No obstante, las mujeres tienden a



ser más abiertas, a expresar sus emociones y a comunicar su situación buscando ayuda o redes de apoyo, aunque a la vez enfrentan la culpa, el cuestionamiento de y "ahora para qué sirvo" si ya no pueden cuidar de los otros.

Por otra parte, se confirma lo referido por Aguilar, Suárez y Pinzón (2002), y Frutos, Blanca, Mancilla, Rando, Ruiz, Guerrero, López y Ortuño (2005) respecto de los cambios y ajustes que resiente la familia, lo cual también fue reportado en esta investigación. Éstos consisten en arreglos y gastos de la casa y para medicamentos, así como en sus relaciones interpersonales y frecuencia de paseos. Se reconoce, finalmente, que queda campo de investigación y acción para mejorar las condiciones de vida de los enfermos y sus familiares ♦

## Referencias

- (2009). "La construcción social del género y su relación con la salud" [[http://perso.wanadoo.es/aniorte\\_nic/apunt\\_sociolog\\_salud\\_5.htm](http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_sociolog_salud_5.htm)]. Consultado en noviembre de 2009.
- Aguilar, M. C., Suárez, B. M. G. y Pinzón, G. A. (2002). "Participación de enfermería en la coordinación de trasplantes de órganos." *Archivos de Cardiología de México*, vol. 75, supl. 1, p. 241-246.
- Álvarez, J. B. (2001). "Influencia del estrato y el género de la persona enferma en la atribución de tipos de enfermedad, nivel de gravedad y causas de enfermedad." *Psicología y Salud*, vol. 11, núm. 1.
- Arraras, J. y Garrido, E. (2008). "El afrontamiento de la enfermedad." *Revista Zona Hospitalaria*, núm. 11, mayo-junio de 2008 [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Esritorio/articulos%20para%20el%20articulo%20de%20abril09/ARTITULOS%202008%20para%20%20mi%20articulo%20ar/El%20afrontamiento%20de%20la%20enferme-  
dad%20articulo2008.htm]. Consultado en septiembre de 2009.
- Barra, E. A. (2003). "Influencia del estado emocional en la salud física." *Terapia Psicológica*, vol. 21, núm. 1, p. 55-60.
- Chaveste, R. (2009). "Los hombres no lloran... ¿o sí?" [[http://revistalaura.com/articulos/sexualidad\\_22/hombres\\_lloran\\_\\_142.html](http://revistalaura.com/articulos/sexualidad_22/hombres_lloran__142.html)]. Consultado en diciembre de 2009.
- Contreras, F., Espinosa, J. C. y Esguirra, G. A. (2008). "Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis." *Psicología y Salud*, vol. 18, núm. 2, julio-diciembre. [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Esritorio/articulos%20para%20el%20articulo%20de%20abril09/ARTITULOS%202008%20para%20%20mi%20articulo%20ar/Revista%20Psicolog%C3%ADa%20y%20Salud%20-%20Universidad%20Veracruzana20082.htm]. Consultado en mayo de 2009.
- Frutos, M. A., Blanca, M. J., Mancilla, J. J., Rando, B., Ruiz, P., Guerrero, F., López, G. y Ortuño, C. (2005). "Organ donation: a comparison of donating and nondonating families." *Transplantation Proceedings*, 37, p. 155-159.
- Gómez, G. B. y Escobar, A. (2006). "Estrés y sistema inmune." *Revista Mexicana de Neurociencia*, 7 (1), p. 30-38.
- Gómez-Sancho, M. (2001). "Cómo transmitir las malas noticias." *Psicología y Salud*, 11(1), p. 187-200.
- González, M. Ma. G. (2006). "Estrés laboral, afrontamiento y sus consecuencias: el papel del género." Tesis doctoral, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia: Barcelona.
- Hernández, A. F. (2006). "El significado de la muerte." *Revista Digital Universitaria*, vol. 7, núm. 8, p. 1-8. [<http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art66.htm>]. Consultado en agosto de 2007.

- López, P. A. y Lege, L. (2009). "Diferencias entre hombres y mujeres en relación al reconocimiento en sí mismo de sintomatología depresiva." *Revista Electrónica de Psicología*, Iztacala, vol. 12, núm. 1, p. 32-46.
- Lozano, T. L. R., Ríos, S. Ma. R., Álvarez, G. A. y Rodríguez, S. N. Y. (2007). "El trabajo de grupo para promover el bienestar en pacientes con infección renal crónica (IRC) en diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA)." *Alternativas en Psicología*, núm. 15, p. 62-71.
- Martín, J. D. y Sánchez, J. P. (2003). "Estilos de afrontamiento y apoyo social: su relación con el estado emocional en pacientes de cáncer de pulmón." *Terapia Psicológica*, vol. 21, núm. 1, p. 29-37.
- Ramírez, L. M. T. (2005). "Interacciones sociales de pacientes diabéticos." Tesis de licenciatura, FES Iztacala, UNAM, México.
- Reyes, L. A. G., Garrido, G. A. y Torres, V. L. E. (2001). "Relación familiar de enfermos en espera de trasplante cardiaco." *Psicología y Salud*, 11, p. 147-153.
- \_\_\_\_\_. (2007). "Importancia de la familia en candidatos para trasplante cardiaco." *Psicología y Salud*, vol. 19, núm. 1, p. 47-50.
- Torres, F. I. A., Beltrán, G. F. J., Martínez, P. G., Saldívar, G. A. H., Quezada C. J. y Cruz T. L. D. (2006). "Cuidar a un enfermo ¿pesa?" vol. XIX, núm. 2, *Revista de divulgación científica y tecnológica de la Universidad Veracruzana*, mayo-agosto de 2006, página web "La ciencia y el hombre", [<http://www.uv.mx/cien-ciahombre/revistae/vol19num2/articulos/cuidar/index.html>]. Consultado en diciembre de 2009.
- Vega, A. y González, E. (2009). "Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica." *Revista Enfermería Global*, núm. 16, junio de 2009. [[www.um.es/esglobal/](http://www.um.es/esglobal/)]. Consultado en octubre de 2009.