



Vol. 15 No. 2

Junio de 2012

ALGUNOS ASPECTOS DEL PROCESO QUE VIVEN LOS CUIDADORES PRIMARIOS DE UN ENFERMO CRÓNICO-DEGENERATIVO

Uriel González Castro¹ y Adriana Guadalupe Reyes Luna²
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

RESUMEN

La atención y cuidado que requieren las personas que padecen enfermedades crónicas degenerativas, demanda una atención constante por parte de los cuidadores primarios, quienes en la mayoría de los casos viven cambios en distintas esferas de su vida. Por tal motivo, el objetivo de esta investigación fue conocer el proceso emocional que vive un cuidador primario y los cambios que esto implica a nivel familiar, social y laboral. Participaron tres personas cuidadoras de un familiar crónico degenerativo, a las cuales se aplicó una entrevista semiestructurada. Los resultados muestran que dos de los participantes perciben cambios significativos en sus actividades cotidianas debido a los reajustes que tuvieron que llevar a cabo. Sólo en una de las entrevistas, no se identificaron cambios en su rutina familiar, social y laboral. Se concluye que el factor social y laboral juegan un papel indispensable en el cuidado de las personas con enfermedades crónicas degenerativas, sin embargo, el aspecto familiar tiene una mayor importancia, ya que es en la familia donde se puede obtener apoyo físico y moral que les permita sobrellevar la carga de cuidar a una persona con una enfermedad de este tipo, disminuyendo las consecuencias físicas y emocionales que pudo generar durante el proceso.

¹ Licenciado en Psicología. Correo electrónico: tetzomico@hotmail.com

² Profesora de Asignatura A: correo electrónico: reyeslunagpe@yahoo.com.mx

Palabras clave: salud, enfermedad, cuidador primario, familia, social, laboral y proceso.

SOME ASPECTS OF THE PROCESS WHICH PRIMARY CAREGIVERS OF A CHRONICALLY ILL-DEGENERATIVE

ABSTRACT

The attention and care that might be needed for persons who suffer chronic degenerative diseases, demands a constant attention of the primary keepers, who in most cases live through different spheres of their life many changes. That's the reason and the aim of this investigation, to know the emotional process that lives a primary keeper and the changes that this implied in to the familiar, social and labor level. Three persons participated as keeper of a relative with a chronic degenerative disease which were interviewed and applied with a semistructured interview. The results show that two of the participants perceive important changes their daily activities due to the readjustments that they have done. Only in one of interview were not identified changes in the familiar, social and labor routine. One concludes that the social and a labor factor play an indispensable role in the care of the persons with chronic degenerative, nevertheless, the familiar aspect is the most important factor because it represents the principal support to confront the disease, however, the family aspect takes on added important, cause in the family people get physical and moral support the burden of caring for a person with a disease of this type, reducing physical and emotional consequences that may be generated during the process.

Key words: health, disease, primary keeper, family, social, laboral and process.

La salud y la enfermedad conforman un binomio en el que la segunda es vista como un desequilibrio del organismo, por lo que la búsqueda se ha centrado en restablecer ese equilibrio para recuperar así la salud. En las sociedades antiguas, las enfermedades más comunes eran las contagiosas como el cólera o la tifoidea. Actualmente las enfermedades crónicas degenerativas se presentan con más frecuencia en los países industrializados debido a los estilos de vida que ahí se tienen (comida chatarra, falta de horarios para comer, mal hábito para dormir), pero, también aparecen en países que se encuentran en desarrollo como consecuencia de esta búsqueda progresista.

Al hablar de enfermedades degenerativas, nos referimos a aquellas que van degradando física y/o mentalmente a quienes la padecen, pues provocan un desequilibrio en los mecanismos de regeneración celular (López, 2007).

Para Varela y Alonso (2003), las enfermedades crónicas o incapacitantes se adquieren por medio de estilos de vida inapropiados, aunque, siempre hay que considerar que existen factores genéticos de naturaleza hereditaria que conciernen a estas condiciones. La diferencia entre una condición crónica y una infecto-contagiosa se fundamenta sobre el hecho de que las enfermedades crónicas degenerativas no son transmitidas mediante el contacto personal. Las enfermedades crónicas degenerativas tienen las siguientes características:

- * Comúnmente toman un período de tiempo prolongado para que se desarrollen.

- * Ocasionan una destrucción progresiva de los tejidos e interfieren con la capacidad del cuerpo para funcionar de forma óptima y pueden afectar a diversos órganos o tejidos. López (2007), refiere que existen enfermedades degenerativas del cerebro, asociadas a la edad (como el Alzheimer y el Parkinson), enfermedades degenerativas articulares (como la artrosis de columna, cadera o rodilla); enfermedades degenerativas oculares (de la córnea o de la retina); enfermedades degenerativas óseas (osteoporosis), y muchas otras entre las que se incluyen la hipertensión, la artritis, esclerosis múltiple, fibromialgia, diabetes, el cáncer y hasta el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

- * Algunas enfermedades crónicas degenerativas pueden prevenirse; es posible minimizar los efectos de alguna de ellas.

- * La mayor parte de estas dolencias son aún de causa desconocida y no existe cura para gran parte de ellas.

- * Los tratamientos que existen tienden a ser paliativos, es decir, enfocados a atenuar los efectos que producen las enfermedades crónicas degenerativas y a tratar de mejorar la calidad de vida de las personas afectadas (Halabe y Nellen, 2004).

Hablando de nuestro país, las estadísticas de estas enfermedades de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática (INEGI),

reportan que la tasa bruta de mortalidad en 2008 es de 4.9% defunciones por cada mil habitantes; la diabetes, las enfermedades del corazón y los tumores malignos son la causa de más del 56% de las muertes en México, siendo las mujeres quienes poseen el mayor índice de mortalidad.

Estas enfermedades están asociadas a los estilos de vida, ya que las prácticas diarias, sus hábitos y horarios de comida, bañarse, hacer ejercicio, pueden evitar enfermedades crónicas degenerativas o generarlas, siendo la familia el primer contacto donde se desarrollan dichos estilos, sin embargo, cuando se ha diagnosticado una enfermedad de este tipo, también es la familia el principal vínculo que tiene el paciente para modificar, mantener o eliminar prácticas o costumbres dañinas o establecer nuevas.

Fuertes y Maya (2001), mencionan que a partir de la noticia de una enfermedad terminal comienza una nueva etapa para la familia y precisa realizar ciertos reajustes en su funcionamiento, procurando que ello no dañe la salud de otro de sus miembros. Es importante ayudar a la familia a afrontar la situación toda junta, pues esta transición no sólo tiene impacto en el individuo que padece los malestares, sino en todos los miembros de la misma; por ejemplo, el alto costo económico que se genera durante el tratamiento, por lo que esta problemática podría ser de menor gravedad si se afronta con todos los familiares o el mayor número posible (Alfaro, Morales, Vázquez, Sánchez, Ramos y Guevara, 2008).

Al ser una situación inevitable que las familias se involucren en la enfermedad crónica de su enfermo, debe existir un compromiso de ambas partes ya que esto traería consecuencias positivas en la calidad de vida del aquejado y de sus cuidadores, es decir, si la familia refuerza positivamente las conductas adecuadas del paciente con respecto a su tratamiento, se obtendrá un beneficio sobre la salud; en cambio, cuando se refuerzan comportamientos negativos, tanto este como la familia tendrán una relación conflictiva y en ambos casos habrá un estilo de vida complicado (Martínez y Torres, 2007).

De igual manera, Castañeda (2005) refiere que cuando el paciente y su familia conocen bien el objetivo del tratamiento y comprenden el diagnóstico del paciente, su estado actual y el pronóstico, ambos pueden participar en la

planificación esencial, pues al comprender la problemática que enfrentan son capaces de tomar decisiones coherentes acorde al tratamiento, facilitando de esta manera, la calidad de vida de la familia en general.

Es importante resaltar que se busca una calidad de vida adecuada para toda la familia, pero tenemos que comprender que ante el diagnóstico de una enfermedad crónica degenerativa, tanto el enfermo como sus familiares viven procesos distintos. De acuerdo con Reyes, Garrido, Torres y Ortega (2010), las personas con algún padecimiento crónico degenerativo pasan por un proceso de negación, mientras que los familiares viven cambios en su cotidianidad familiar, pues tanto sus expectativas como su organización, tienen que adecuarse a la nueva situación que enfrentan.

Molina, Iáñez y Iáñez (2005), mencionan que existen diversos puntos de apoyo para que la familia pueda salir adelante ante una situación crónica. Por ejemplo, que los familiares puedan disponer de una red amplia y diversificada de recursos sanitarios y socio-sanitarios, pues son frecuentes las extensas listas de espera que postergan de forma notable no sólo la primera visita, que es clave en el diagnóstico precoz, sino que también espacian excesivamente las revisiones de los enfermos; tratamiento, supervisión y seguimiento sanitario domiciliario. Durante todo el proceso debe tomarse en cuenta el servicio de ayuda a domicilio, y es necesario que se les proporcione el apoyo que vayan necesitando conforme la enfermedad vaya avanzando. Se deben considerar estancias temporales, que permitan realizar un ingreso ante una enfermedad o intervención quirúrgica del cuidador principal o para proporcionar descanso y alivio a la familia, así mismo, plazas residenciales para cuando el encargado no pueda seguir atendiendo al enfermo en el hogar, todo esto como opciones para no descuidar el tratamiento que el paciente debe llevar y la salud del mismo cuidador y familia.

Ante el diagnóstico de una enfermedad crónica degenerativa en algún integrante de la familia, esta tiende a unirse o a desintegrarse si no se trabajan a la par los procesos que familiares y paciente atraviesan, por lo que se deben identificar los riesgos y los problemas que presenten, para abordarlos lo antes posible (Astudillo, Mendinueta y Granja, 2008).

Resulta indispensable tener en cuenta cómo y a quién se comunica el diagnóstico de una enfermedad grave, pues de ello dependerán las acciones y cambios que ocurran; ya que no sólo es el paciente el que recibe la noticia, sino también su familia, quién se verá afectada tanto emocionalmente, como en su funcionamiento (Reyes, Garrido, Torres y Ortega, 2010).

Es importante tomar en cuenta que durante el proceso de enfermedad la familia puede experimentar sentimientos ambivalentes ante el cuidado del enfermo, comenzando con ello un desgaste tanto físico, como psicológico, principalmente en la persona que se hace cargo del paciente. A esta persona encargada del tratamiento y cuidados básicos se le define como *cuidador primario*, pues es aquella persona que de manera voluntaria y decidida, toma la opción de convertirse en cuidador de ese otro que se encuentra limitado en sus recursos para enfrentar las demandas del mundo (el enfermo). Además asume la responsabilidad total del paciente la mayoría de las veces, ayudándole a realizar todas las actividades que no puede llevar a cabo el enfermo sin recibir una retribución económica ni capacitación previa para la atención del paciente. No se puede generalizar a la totalidad de los casos, pues en ocasiones los mismos enfermos intentan asumir la responsabilidad de su propio tratamiento, y es hasta que se encuentran en un deterioro severo cuando recurren o aceptan a un cuidador (Martínez, Robles, Ramos del Río, Santiesteban, García, Morales y García, 2008).

Martínez y Torres (2007) mencionan algunos lineamientos y características que los cuidadores primarios deben tener presentes: 1) Tener conocimientos acerca de la enfermedad y su tratamiento. 2) Comunicarse fácilmente con el médico que trata su paciente. 3) Determinar qué aspectos del manejo diario serán responsabilidad del enfermo y cuáles de los cuidadores. 4) Enseñar al paciente a que pueda manejar mejor su enfermedad haciéndolo responsable de las actividades que si pueda realizar.

En la mayoría de las ocasiones el cuidador primario recae en la figura femenina (madre, hija o hermana que no trabajan fuera del hogar y cuyo nivel cultural es básico), quienes a la vez se vuelven vulnerables física y

emocionalmente (Martínez y Torres, 2007; Reyes, Garrido, Torres y Ortega, 2010). De acuerdo con Inouye, Silva, Lost y Yoshie (2009), algunos de los aspectos que mayor impacto tienen en los cuidadores son: el ver como el paciente se va deteriorando físicamente, que los vínculos afectivos se vean dañados y principalmente que el tema de la muerte es visto como algo inevitable. Esto genera en los cuidadores angustia por no saber cómo actuar ante estas situaciones.

Por otro lado, Molina, Iáñez y Iáñez (2005), consideran que a diferencia de una mujer, el joven varón, con estudios superiores, que trabaja fuera del hogar, sin conyuge, sin hijos y con escaso apoyo social puede percibir la situación de ser cuidador como un rol "impuesto", como algo que le sucede por ser el último recurso de muchos casos, por lo que el impacto en todas las esferas de su vida será mayor y posiblemente surjan en él deseos de delegar la carga en otros.

Lara, González y Banco (2008), mencionan que cuidar de una persona mayor dependiente, se ha asociado con una mayor probabilidad de padecer ciertos problemas psicológicos, como depresión, baja satisfacción con la vida, estrés, fatiga, soledad, enojo, tristeza. Muchos cuidadores se centran en el cuidado de su dependiente desatendiéndose a sí mismos, dejando de lado aspectos tales como su participación social, la realización de tareas de recreación, lo que les acarrea consecuencias negativas para su salud y bienestar.

Investigaciones llevadas a cabo por Astudillo, Mendinueta y Granja (2008), muestran que los cuidadores primarios necesitan escuchar que los cuidados que le brindan a su familiar están bien realizados por ellos, necesitan saber también, que sentimientos como el enojo, la tristeza e ira, son normales durante esa etapa. Castañeda (2005), menciona que son frecuentes los sentimientos de desamparo, impotencia, soledad y despersonalización, así como la alteración de la imagen corporal. El hecho de mantener una atmósfera de diálogo y aceptación anima al paciente y a la persona que lo cuida a expresar sus sentimientos, provocando un diálogo sincero y abierto que tiene como consecuencia la reducción en la sensación de despersonalización y ansiedad, evitando el aislamiento y el retraimiento.

La actitud del cuidador hacia la persona enferma, conlleva a una serie de implicaciones, entre las que se incluye el *síndrome del cuidador*, el cual, se caracteriza por presentar problemas físicos, psicológicos y sociales (Martínez y Torres, 2007). Dentro de los problemas físicos se observan en el cuidador primario un deterioro que se va traduciendo en la presencia de cansancio, falta del sueño, falta de apetito, afecciones en el sistema inmunológico como constantes dolores de cabeza, entre otros. Se identifica por lo tanto, una disminución en su capacidad funcional para realizar sus actividades laborales, recreativas, familiares, maritales o su adaptación a las demandas impuestas por su entorno.

En el área psicosocial, el deterioro en la calidad de vida se refleja en aspectos emocionales tales como la ansiedad, temores, preocupaciones y depresión (Islas, Ramos, Aguilar y García, 2006).

Para Martínez y Torres (2007), la atención por parte del cuidador hacia el paciente representa un conjunto de emociones y conflictos, ya que el cuidador piensa que no puede dejar al paciente en manos de otra persona; este sentimiento puede ser debido a diversas emociones, como el amor, la culpa, el sentido del deber, el decoro y los valores religiosos.

Otro problema es la sobreprotección del enfermo, tratándolo como a un minusválido físico e incluso mental, la familia asume el trabajo y funciones que hasta ese momento desempeñaba el enfermo en la propia familia (De la Huerta, Corona y Méndez, 2006).

Así mismo, las actividades cotidianas del cuidador primario pueden verse afectadas, debido a que tiene menos o escaso tiempo para sus actividades de recreación, relaciones sociales, amistades, intimidad y libertad, por lo que disminuyen los contactos precisamente cuando se necesita un mayor apoyo emocional.

Hablando del ámbito laboral, Molina, Iáñez y Iáñez (2005) expresan que los cuidadores que trabajan fuera de casa suelen experimentar un conflicto entre las tareas del cuidado y las obligaciones laborales, con consecuencias tales como falta de puntualidad, ausentismo, y dificultades de concentración, las que pueden ocasionar conflictos laborales e incluso la pérdida del trabajo. En otros casos, las

dificultades en compatibilizar el trabajo y el cuidado del enfermo llevan al abandono del empleo, lo cual genera, entre muchos otros, un problema económico (relacionado con los gastos y la manutención del tratamiento en que se encuentra el enfermo crónico) el cual se incrementa, pues se produce un descenso de los ingresos a la vez que un aumento de los gastos asociados a la enfermedad.

Se han realizado algunos estudios con la finalidad de comprender mejor el estilo de vida que llevan los cuidadores primarios, por ejemplo, los realizados por López, Domínguez y Ochoa (2010), quienes identificaron que cuidadores familiares de adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, tenían un desgaste mayor que cuando no lo eran, además de que los cuidados personales y sus relaciones laborales, familiares y sociales en general habían sufrido cambios considerables.

En otras investigaciones, Martínez y Torres (2007), analizaron la importancia de la familia en el paciente diabético; los resultados demostraron una relación positiva del involucramiento, lo que trae consigo un buen manejo del tratamiento de la diabetes. Se encontró también que el cuidador del paciente suele ser en un gran número personas del sexo femenino (madres del paciente). En cuanto a los sentimientos que se generaban durante su cuidado se observó que la mitad de los entrevistados mencionaron sentir depresión ocasionalmente por la enfermedad de su familiar.

Por su parte, Clayto, Butow, Arnol y Tottersall (2005), investigaron sobre el afrontamiento y la esperanza de vida que los cuidadores pueden brindar a personas terminales de cáncer. Lo que encontraron fue que las formas de ayudar a los pacientes con una esperanza de vida limitada para hacer frente son: 1.- subrayar lo que se puede hacer, (a) Control de los síntomas físicos, b) apoyo emocional, la atención, y de la dignidad, y c) práctica apoyo), 2.- explorar metas realistas, y 3.- examinar las que viven día a día.

La bibliografía es poco extensa acerca de la sobrecarga emocional y física que tienen los cuidadores primarios de los enfermos crónicos degenerativos. Incluso podemos observar que las investigaciones que hay sólo ponen interés en el estrés y en medir la incidencia de carga emocional, por lo que el presente

trabajo tuvo como objetivo, conocer el proceso emocional que viven los cuidadores de enfermos crónicos degenerativos, a través de una entrevista semi-estructurada, con la cual, el cuidador puede expresar como es que se vive o vivió la experiencia de cuidar a una persona con una enfermedad crónica degenerativa, los cambios que trajo en aspectos importantes de su vida y la forma en que estos cambios fueron asimilados.

Se trabajó bajo un corte cualitativo (descriptivo). Los participantes fueron elegidos de manera intencional. Al solicitar la participación voluntaria de los cuidadores se les informó del objetivo de la investigación, se aclararon sus dudas y se les mencionó el uso que se daría a la información recabada (audio-grabada), así como su carácter anónimo-confidencial. Estaban enterados de que podían negarse a contestar o retirarse de la investigación sin dar alguna explicación. Participaron tres personas cuidadoras de un familiar con una enfermedad crónica degenerativa:

Participante 1: Señora G. de 59 años de edad, quien es cuidadora de su hermano desde hace 43 años. La enfermedad que padece su hermano es una discapacidad debido a un tumor en la columna vertebral que no se le desarrolló y, a consecuencia de ello, perdió la movilidad en las extremidades.

Participante 2: Señora L. de 48 años de edad, fue cuidadora por 15 años de su madre quien sufría de diabetes y desarrolló gangrena en un pie.

Participante 3: Señor R. de 50 años de edad, quien fue cuidador de su hija por 2 años y seis meses. Su hija padeció de insuficiencia renal crónica.

Las entrevistas se realizaron en los respectivos domicilios de cada participante. Se consideraron como ejes para la entrevista siete aspectos de la vida cotidiana, los cuales fueron identificados con base en la revisión teórica y estos fueron: 1. Deterioro físico del cuidador primario, 2. Situación económica, 3. Situación laboral, 4. El factor religioso, 5. El factor social, 6. Aspecto personal y emocional del cuidador primario, 7. Situación familiar. Se utilizó un reproductor

mp3 marca Sony para grabar las entrevistas. Para la recolección de datos se utilizó una entrevista semi-estructurada, la cual fue audio-grabada. Al inicio y final de cada entrevista se agradeció a los participantes su contribución en dicha investigación.

RESULTADOS

Con base a los ejes de la entrevista semi-estructurada se presentara la información obtenida.

DETERIORO FÍSICO

En cuanto al deterioro físico del cuidador primario, se observó que los tres entrevistados (señor R, señora G y la señora L) no tomaron en cuenta su salud pues prefirieron atender a su familiar enfermo, ya que consideraban que era más importante su familiar que ellos.

Señor R: *"... yo ni me di cuenta porque yo no me preocupaba por mí, yo nada más me preocupaba por ella,... yo le dije, no pues nosotros ya vamos de salida, y pues tu apenas vas para arriba y lo del riñón le dije pues si yo te lo puedo dar te lo doy, ósea, si me llevo a morir pues no me importa porque yo ya viví la vida, poco o arto ya la viví, tu vas para arriba..."*.

Señora G: *"...yo siempre todo lo hice con afecto con amor, con el gusto de que él pudiera caminar, que él estuviera bien... ya lo viejo, lo cansado es de mucho trabajo..."*.

Como puede verse la señora G mencionó que no sintió ningún malestar al cuidar a su hermano, pues ella cuida y sigue cuidando de él "con mucho cariño" refiriendo que si actualmente presenta enfermedades como presión alta y dolor en las manos, se debe simplemente a la edad que tiene.

Por su parte, la señora L menciona que ella si notó algún deterioro físico, sobretodo cansancio, lo que desembocó en problemas de presión alta, tristeza e

incluso rencor hacia la vida, Sin embargo, ella no atendió dicho malestar debido a la falta de tiempo.

Señora L: *“...no tenía tiempo, todo el tiempo era cuidarla a ella...”*

FACTOR ECONÓMICO

Otro aspecto, fue la situación económica que enfrentan los cuidadores al estar atendiendo a un enfermo. Para la señora G la economía no ha sido un problema pues ella desde pequeña ha trabajado y no ha percibido un cambio en esa situación.

Señora G: *“... no, yo siempre he trabajado y gracias a Dios él no me abandono en ningún momento...yo siempre he tenido, pues ahí, para más o menos, incluso él tiene su tarjeta de ayuda, que es una gran ayuda para sus pañales, para sus bolsas, para sus tenis, para lo indispensable de él... Entonces, pues yo hecho todo lo que he podido...”*

Sin embargo, la señora G además de tener un trabajo que le permite cubrir algunos gastos, menciona que han hecho uso de los apoyos económicos del estado para cubrir algunas necesidades básicas del enfermo a través de “su tarjeta de ayuda”.

Tanto la señora L como el señor R coincidieron en que al principio de la enfermedad, contaban con algo de dinero, ya sea ahorrado o porque entre todos los familiares se apoyaron, sin embargo, poco a poco la situación económica se fue agravando, y es cuando empiezan a aparecer presiones y desesperación para conseguir el dinero y continuar con el tratamiento. Durante la entrevista el señor “R” y la señora “L” dejaron ver claramente el deterioro económico y las consecuencias al final de la enfermedad del familiar.

Señor R: *“...teníamos un poco ahorrado, luego pues vendí un terreno, vendí la camioneta y pues cuando ya no teníamos pues nos aseguro un señor y pedimos dinero prestado por aquí y por allá para su enfermedad de ella...”*

Señora L: *“...al principio cuando empezamos con la enfermedad teníamos un poco de dinero pues mis hermanos me daban, pero poco a poco se va pagando todo y es cuando empiezan todos a tener problemas económicos...”*.

FACTOR LABORAL

Respecto al factor laboral, la señora L expresó que el tiempo en que fue cuidadora de su mamá ella no trabajó pues recibía dinero de sus hermanos y de su esposo, aunque en sus actividades como ama de casa y madre, si se enfrentó a varios problemas con sus hijas y con su esposo, debido al poco tiempo que les dedicaba a ellos.

Señora L: *“...yo tenía que tener tiempo para mi mamá, para mis hijas, para mi esposo... realmente tuve problemas con mis hijas, con mi esposo y no sé ni cómo me adapte...”*. *“luego no sabía si ellas vivían (mis hijas) y era lo que ellas me reclamaban, me enfocaba más a mi mamá en los cuidados en todo eso, y a veces se me olvidaba que tenía hijas y eran ellas las que me reclamaban a mí que decían que mi mundo era mi mamá y ellas no existían para mí...”*.

Para la señora G, no le ha resultado un problema, pues sus actividades jamás las ha abandonado por cuidar a su hermano, ya que refiere que ella misma se organiza en sus actividades diarias como en su trabajo y sus labores domésticas, dándose un espacio para cuidar de él y para trabajar, ya que actualmente es comerciante.

Señora G: *“... no, para mí jamás me ha cambiado, todo lo he hecho con afecto y siempre me doy mis espacios para verlo y atenderlo...”*

Cabe mencionar que la señora G es divorciada y vive con sus hijos ya adultos. En el caso del señor R, sus planes de poner un negocio en su rancho tuvieron que verse afectados debido a la enfermedad de su hija, no obstante, decidió abrir una tienda justo en su vivienda actual, la cual aún conserva.

Señor R: "...teníamos planes de irnos para el rancho y poner un negocio, pero pues ya no se pudo, y pues ahorita estamos aquí todavía..."

FACTOR RELIGIOSO

Dentro del factor religioso, encontramos que dos de los entrevistados concuerdan en que no hubo un cambio, ya que esta se mantuvo antes, durante y después de la enfermedad de su familiar. Solo la señora "L", menciona haber sentido enojo con su religión por no poder comprender por qué a su madre le ocurrió esta enfermedad (diabetes mellitus tipo II), aunque al final menciona que era algo que le podía pasar a cualquiera.

Señor R: "...no, eso no cambió... nosotros siempre estuvimos con Dios, con la Virgen y pues pidiéndole que nos ayudara, más que nada que nos diera fuerza, porque pues con lo de mi hija, pues está canijo,... como que sientes que se te cae el mundo encima..."

Señora G: "... yo siempre he dicho que él está en todas partes y en el último rincón de mi casa... pues sí vamos a misa ay de vez en cuando..."

Señora L: "...cuando tienes un problema de esos lo primero que haces es decir ¿por qué a mí me paso esto? Yo si renegué de Dios, hasta de la Virgen de todo... ya después empiezas a pensar que las cosas pasan por algo ¿no?..."

FACTOR SOCIAL

Dentro del aspecto social, se observó que aún cuando la señora G no reporta cambios, estos si se presentaron en su vida, ya que incorporó la presencia de su hermano a los espacios y actividades sociales. Su papel de cuidadora primaria se convirtió en una de sus prioridades, pues desde los 16 años es la responsable de cuidar a su hermano (lleva 43 años de cuidadora).

Señora G: *“...no, no cambio en nada por que inclusive, teníamos los novios y cargábamos con mi hermano, nos íbamos a Chapultepec, así salíamos los domingos y eso, porque nuestros días de salida eran los domingos, si cargábamos con mi hermano, jamás, jamás lo dejamos encerrado ahí... y los novios sabían que teníamos un hermano enfermo y cargábamos con él...”*

Hoy en día tampoco sigue siendo problema pues mencionó que ella se da sus espacios para atenderlo y realizar sus actividades. No obstante, en su vida actual, refirió que su esposo le llegó a hacer comentarios de reproche hacia la atención que le brinda a su hermano (cuando estuvo casada).

Señora G: *“... Los esposos luego son egoístas, y la verdad pues sí, mi marido me dijo, ¿te casaste conmigo o con tu familia?, son egoístas ¡no!...”*

Por otro lado, la señora L y el señor R expresan que para ellos los cambios a nivel social si se presentaron.

Señor R: *“...era diferente, porque por ejemplo, pasaban los vecinos y decían ¡hola!, y pues después que te pasa algo, no quieres ni que te hablen, te metes a un mundo donde no quieres que te hablen... es muy diferente cuando estás bien a cuando tienes un enfermo, osea en quién te puede ayudar...”*

Señora L: *“... al principio cuando mi mamá no estaba, mi esposo decía vamos aquí, vamos allá, nos íbamos todos; pero luego llegó mi mamá y entonces mi esposo empezó, que si vamos aquí a una reunión con mi familia o a otra parte yo no podía ir, yo me tenía que quedar; entonces el problema era esto y empezaron a surgir problemas con él, es que me decía, es que no es posible que no salgas con nosotros o que no quieras ir conmigo, porque no le hablas a tu hermana y que venga a quedarse con tu mamá, entonces yo me sentía mal... yo sentía que él no quería a mi mamá aquí ... no sé, me daba mucho coraje, al decirme eso empezábamos a discutir, hubo ocasiones en las que casi no nos hablábamos, pero yo trataba de que mi mamá no viera eso...”*

FACTOR PERSONAL Y EMOCIONAL

Respecto a los cambios en el cuidado personal de los cuidadores primarios, pudo observarse que dos de ellos pusieron como prioridad a su familiar enfermo, ya que en este factor los cuidadores primarios se desatienden ellos mismos.

Los cuidadores primarios perciben que los cuidados que realizan a su enfermo son mínimos y creen que deben realizar más actividades dirigidas hacia este.

Señor R: *“... yo decía, ¿bueno yo que que gano con cuidar mi persona si voy a descuidar a mi hija?, si me preocupo por dormir bien, por comer bien y la voy a descuidar y pues no me importaba, lo que me importaba era cuidarla...”*

La señora G, mencionó que nunca se descuidó, ni presentó enfermedades o se sintió mal en algún aspecto, aunque cabría la posibilidad de que ella misma reprimiera sentimientos que considera como “malos”, y es que la mayoría de los cuidadores primarios se niega a admitir sentimientos hostiles hacia el familiar enfermo y no nota cambios en su aspecto físico, porque para ellos lo primordial es la salud de su familiar antes que la propia.

Señora G: *“... No, igual, igual a mi no me afecto en ningún aspecto... bien, yo siento que he cumplido con todo, yo me siento bien...”*

Por su parte, la señora L refirió haber sufrido de malestares, que fueron afectando su salud, mismos, que no atendía por cuidar a su mamá; también presento sentimientos de ira y de tristeza durante su etapa de cuidadora.

Señora L: *“...a veces no había tiempo para cuidarme yo, pues era cuidar a mi mamá y era tener otra responsabilidad en tu casa, mis hijas, mi esposo y luego a veces ya no sabía si ellas vivían y eso era lo que me reclamaban...”*

Al enfocarnos sobre cómo se sentían ellos al cuidar a su familiar, mencionaron lo siguiente.

Señor R: *"... sentía como que no podía ayudarle, porque qué más quisiera uno que tener los medios para ayudarla, pero pues la cuidaba yo y sentía que estaba haciendo muy poco a su enfermedad de ella, al no poder darle el riñón, al no poder conseguirlo, pero si no puedes conseguirlo, ¿Qué puede hacer uno más?, en primera no poder conseguirlo y en segunda había un lugar donde las vendían pero pues de donde, o sea que te sientes imposibilitado..."*

Señora L: *"...Yo me sentía bien y tranquila, pero si a veces al momento cuando yo estaba con ella trataba de ser fuerte y decirle que todo estaba bien, pero cuando ella ya no estaba conmigo lloraba y me desesperaba, pues eso era lo que tenía; y mis hijas, eran presiones para mi ellas porque siempre me reclamaban..."*

Señora G: *"...siento que hice, algo que a lo mejor no me tocaba a mí, pero como ser humano hice lo que pude y lo sigo haciendo y me siento bien. A mí no me afecta en nada, en nada ver por él, en nada mientras yo pueda moverme, ni moralmente ni económicamente..."*

FACTOR FAMILIAR

Con respecto a los cambios en la situación familiar, dos de los entrevistados concuerdan en que han contado con el apoyo de sus familiares y se sienten o se sintieron respaldados por ellos.

Señor R: *"...pues si mi esposa y yo, y pues mis hermanas algunas veces también, digamos que pues no nos apoyaron en el hospital pero pues aquí, ayudándonos con mis hijos, dándoles de comer, el que hacer y todo eso, y por esa parte pues sí, hay cosas que no pueden hacer los familiares, pero pues te ayudan en otras cosas, pero pues te digo te ayudan en la comida, el que hacer o en `x cosa, les daban de comer a mis hijos..."*

Señora G: *“...pues, mis hermanos, mi hermana me cubría en mi turno de trabajo porque yo me iba todo el tiempo al hospital y hasta la fecha todavía a veces se va con una y otra,...si, yo les digo ¿saben que?, que él (su hermano) está mal, yo sé que ellos van a pagar y me van a apoyar moralmente y económicamente, yo lo sé, que no me van a dejar...”*

No obstante para la señora L la situación que vivió como cuidadora, dañó la relación con sus demás familiares, ya que a raíz de la enfermedad de su madre, su familia (hermanos) comenzó a dividirse deslindándose del cuidado de su mamá:

Señora L: *“...éramos bien unidos mis hermanos, mis hermanas, que para esto que para el otro, pero se agravó lo de su enfermedad y empezaron a ver problemas, que todos sacaron que yo tengo una familia, que tengo unos hijos, tengo un esposo, tengo una casa, que salir con ella, ¿y yo? no tenía esposo, no tenía hijas, yo tenía que hacer todo”*

Con respecto a la manera en que los entrevistadores percibieron que sus familiares enfermos recibían sus cuidados, dos de ellos coinciden en que su familiar les correspondía positiva y agradecidamente dichos cuidados.

Señora L: *“...Ella era muy buena, es que a mí me han platicado de personas que eran groseras y se enojaban y cuando les lavaban, decían de cosas ellas, pero ella al contrario me decía -`hija si tienes que hacerme aunque me duela yo me aguanto tú tállame como te dijo el doctor, no te preocupes`- o luego ella me decía -`hija si tú tienes otras cosas que hacer tu ponme el medicamento en una silla o en una mesa, me pones primero la primera que me voy a tomar y luego la otra y así y tú vete hacer tus cosas`-”*

Señor R: *“...como yo no trabajaba ya, pues le decía -no pues yo voy a estar contigo ahora sí que hasta el último momento-, ella y yo nos llevábamos bien,*

cuando ella estaba más o menos, en el hospital platicábamos, luego la sacaba a pasear afuera ahí en el hospital, ya me preguntaba que como estaban mis hermanos, ella no estaba enojada, osea que se dio cuenta de que la cuidamos con cariño porque pues osea fue nuestra hija y siempre estuvo contenta con los cuidados que le dimos nosotros...”

Por otro lado, la señora G no está convencida de lo que pueda sentir o pensar su hermano con respecto a sus cuidados.

Señora G: “...pues sería cosa de preguntarle, pero luego le molesta que le diga lávate las manos, la boca, a veces no lo quiere hacer...”

DISCUSIÓN

Después del diagnóstico de una enfermedad crónico degenerativa a un miembro de la familia, es común que toda ésta tenga que reajustar cada una de las actividades que llevaba a cabo antes de cuidar a su familiar, los cuidados y la atención, así como la distribución del tiempo van a ser modificados, eso va a influir en aspectos importantes de la vida del cuidador primario. Según los siete ejes planteados puede verse lo siguiente:

FACTOR FÍSICO

De acuerdo con la información obtenida en las entrevistas, es importante destacar que los cuidadores primarios, se niegan a atender algunos síntomas o molestias generadas por el desgaste físico que conlleva cuidar a un familiar con alguna enfermedad crónico degenerativa, esto invariablemente debilita al cuidador, tal como lo han expuesto las investigaciones llevadas a cabo por Lara, González y Banco (2008), quienes mencionan que esta tarea puede llegar a ser muy demandante para quién la realiza y este deja de preocuparse por sí mismo, pues su atención se encuentra en su familiar, como lo fue el caso del señor R, a quién no le importaba exponer su salud. La señora L, nunca atendió los malestares que surgieron a raíz de su etapa de cuidadora, refiriendo no contar con

el tiempo necesario para brindarse una atención médica. Por su parte la señora G, justificaba los malestares que sufría asociándolos con la edad, al igual que el cansancio y la fatiga que pudiera sentir actualmente.

FACTOR ECONÓMICO

El factor económico representa una problemática para la mayoría de los cuidadores primarios, en este sentido Molina, Iáñez y Iáñez (2005), identificaron que se produce un descenso de los ingresos a la vez que un aumento de los gastos asociados a la enfermedad, debido a los altos costos de los tratamientos que se emplean para las enfermedades crónico degenerativas, lo cual no está al alcance de toda la población, como le ocurrió al señor R, quién tuvo que realizar actividades como vender su camioneta, vender terrenos y finalmente pedir prestado, para cubrir el tratamiento de su hija. Mientras que para la señora L, la situación económica representó problemas en el interior de su familia de origen, ya que sus hermanos preferían aportar dinero a cambio de no pasar tiempo con la enferma y cuando la situación económica de ellos también se vio afectada estos prefirieron deslindarse de las responsabilidades de tiempo y dinero para con su madre.

FACTOR LABORAL

Reyes, Garrido, Torres y Ortega (2010) mencionan que se presenta una inestabilidad laboral debido a que el cuidador experimenta un conflicto entre sus actividades laborales y el tiempo que dedicaba al cuidado de su familiar, por ejemplo, esto fue evidente en el caso del señor R que aún cuando su negocio estaba en su casa, tenía que acordar con su esposa quién se quedaba en la tienda y quién iba al hospital con su hija, sin embargo, el señor R no trabajaba como lo hacía antes de que su hija enfermara, generando su inestabilidad económica.

El apoyo de terceras personas fue de gran ayuda para solucionar este conflicto, tanto el señor R como la señora G, tuvieron un apoyo familiar para continuar con sus actividades laborales. La señora G, contó con la ayuda de su

hermana para cubrir sus ausencias laborales cuando iba al doctor con su hermano.

FACTOR RELIGIOSO

Dentro de este factor no se hallaron aspectos importantes, ya que los tres entrevistados nunca sustituyeron sus creencias, concuerdan que fue difícil el recibir la noticia, algunos pusieron en duda su fe religiosa como fue el caso de la señora L, sin embargo, los tres afirmaron que siguen creyendo en sus respectivas religiones, así mismo, el señor R, refirió haber encontrado fuerza para continuar con sus actividades diarias.

FACTOR SOCIAL

Dentro de este eje, se pudo encontrar en dos de los entrevistados (señor R y señora L) una relación con las investigaciones de Fuertes y Maya (2001), ya que su vida social se vio modificada a raíz de la enfermedad de sus familiares, las actividades sociales tuvieron que ser sustituidas por dedicar el tiempo completo a su enfermo. Sin embargo, un dato interesante dentro de esta investigación es que para una de las entrevistadas (señora G) esto no fue así, ya que ella negó algún cambio en sus actividades cotidianas, esto podría ser atribuido a que la señora G, ha cuidado a su hermano desde hace 43 años, y desde entonces lo incluía en las salidas que tenía con sus novios, dando a notar que en ella se encuentra muy arraigado el “deber” de cuidadora, además de desarrollarse en ella la impresión de que era la responsable, asumiendo el cuidado de su hermano desde la adolescencia y considerando que ninguna otra personas puede hacerse cargo de él como ella. Esto coincide con lo encontrado por Martínez y Torres (2007) en su investigación, donde encuentran que el cuidador se ve como el único que puede atender al enfermo.

Pareciera que en el caso de la señora G, el no expresar sentimientos de hostilidad hacia su familiar, pudiera sugerir que los ve como “malos”, además de que las actividades sociales y recreativas las ha apartado de su vida asegurando que no le gustan ese tipo de eventos. Esta respuesta la podemos analizar y

cuestionar argumentando que sería una forma de explicar el no poder asistir a estos eventos, o quizá no tuvo la oportunidad de asistir a uno, pues los cuidados de su enfermo no lo permiten. Incluso menciona “cargábamos con él” y “siento que hice, algo que a lo mejor no me tocaba a mí”, lo que nos permite ver, que aunque ella lo niega, se refleja cierto sentimiento de hostilidad o cuestionamiento hacia la responsabilidad que tiene con su hermano.

FACTOR PERSONAL Y EMOCIONAL.

Astudillo, Mendinueta y Granja (2008) refieren que el cuidador primario necesita saber que sus atenciones sirven al enfermo y que los enfermos así lo ven y esperan de ellos se lo hagan saber, esto los refuerza y motiva a seguir como cuidadores. En este sentido la señora L lo menciona cuando dice que su mamá se daba cuenta de los esfuerzos que hacía por cuidarla o como el señor R quién comenta que su hija murió tranquila porque se dio cuenta de las atenciones que le brindaron como una prueba de amor y esfuerzo, sin embargo, cuando no son reconocidos estos cuidados como en el caso de la señora G, ella no está segura (a pesar de sus 43 años de cuidadora) de que su hermano esté satisfecho con los cuidados que le ha brindado hasta la fecha.

Por otra parte, dos de los entrevistados manifestaron haber experimentado sentimientos desagradables, Castañeda (2005) menciona que la ira, la impotencia, la culpa se presentan cuando los cuidadores no se sienten apoyados por la familia, obligados a cuidar a su enfermo, débiles y sin recursos, por ejemplo, en el caso del señor “R” se identifica impotencia pues él menciona haber sentido que sus cuidados eran pocos, y desesperación por no tener los medios para encontrar el órgano que su hija necesitaba. En el caso de la señora L llegó a sentirse obligada pues menciona que a veces ella no quería hacer algunas tareas como lavar el pié gangrenado de su madre (por que le daba asco), sin embargo, lo tenía que hacer.

De la misma manera se observó la desatención personal en los casos del señor R y la señora L, así como una disminución en sus actividades personales y recreativas, lo cual, implicó cansancio que se vio reflejado en la señora L, ya que

presentó malestares físicos a consecuencia de cuidar a su madre. Ella nunca se atendió y dejó pasar estos síntomas por falta de tiempo para sí misma (Reyes, Garrido, Torres y Ortega; 2010; Martínez y Torres, 2008).

FACTOR FAMILIAR

El aspecto familiar, coincide con los hallazgos encontrados por Astudillo, Mendinueta y Granja (2008), ya que por un lado la familia puede aglutinarse y apoyarse mutuamente, como lo fueron los casos del señor R y la señora G, quienes encontraron apoyo en sus familiares, sin embargo, también la familia puede dispersarse como le sucedió a la señora L, quién manifestó albergar sentimientos de desamparo, impotencia e ira y, actualmente siente que fue injusto el que sus familiares no la hayan apoyado durante el proceso de la enfermedad de su madre.

Por otra parte, se pudo apreciar que la asignación del cuidador primario se dio de manera voluntaria (sin elección) en los tres casos presentados, donde el cuidador es un familiar cercano tal como lo afirman Martínez y Torres (2007). En este caso, el nexo familiar que une a los entrevistados, es de: padres (señor R), hermanos (señora G) e hija (señora L).

Retomando la información de la investigación de Martínez y Torres antes citada, se identifica que existen ciertos aspectos que asumen los cuidadores como: el conocimiento de la enfermedad, el conocimiento y manejo de los cuidados y el conocimiento de los procesos emocionales que viven tanto cuidador como enfermo. Esto se vio reflejado en los tres casos de esta investigación ya que los cuidadores estaban familiarizados totalmente con la enfermedad y sus cuidados, sin embargo, en el tercer aspecto no existe una propia reflexión en su propio proceso emocional como cuidador. Esto debido quizás a que estar a cargo de un enfermo puede hacer sentir al cuidador abrumado por la toma de decisiones importantes, aunque la posibilidad de comunicación de los entrevistados con su familiar enfermo permitían establecer una buena comunicación y que el proceso que ambos vivieron, reportan fue de respeto, cariño y que en dos de los casos era reconocido por el enfermo.

CONCLUSIÓN

El aspecto familiar juega un papel importante para los cuidadores, ya que en la familia encuentran un apoyo físico y moral que les ayuda a sobrellevar la carga de cuidar a una persona con una enfermedad crónica degenerativa. Un enfermo crónico degenerativo implica muchos cuidados, tiempo y dedicación por parte de los familiares que lo atienden, sin embargo, cuando la situación se agrava, la familia pasa por diversas etapas y la persona que decide hacerse cargo de un familiar con alguna enfermedad crónica degenerativa vive un proceso emocional que implica cambios en diferentes aspectos de su vida, los cuales, en la mayoría de las ocasiones no sabe cómo afrontarlos y en otros casos prefiere negar la presencia de sentimientos hostiles hacia la persona que padece la enfermedad, todo esto implica un desgaste físico y psicológico para el cuidador que verá afectada su salud (Fuertes y Maya, 2001; Astudillo, Mendinueta y Granjas, 2008; Molina, láñez y láñez, 2005).

Por otra parte, los cuidadores primarios tienen la necesidad de ser escuchados, de expresar cada una de las experiencias que vivieron durante su etapa de cuidador, de manifestar las emociones que cargaron durante todo el proceso. Algunos cuidadores requieren un apoyo psicológico ya que tras la pérdida del familiar enfermo, las emociones no expresadas suelen agravarse más, lo que puede enfermar al cuidador, por ellos debe propiciarse que el cuidador supere la pérdida para retomar sus actividades.

Por ello, un aspecto importante a considerar dentro de esta investigación es el caso de la señora G, quién actualmente es la única de los tres entrevistados que continúa siendo cuidadora de su hermano, y es por esto que sería importante darle una continuidad a su caso, ya que ante la pérdida de su familiar, su rutina tanto familiar como social, se verá afectada.

Esta investigación alcanzó el objetivo de conocer y describir algunos aspectos emocionales del proceso que vive un cuidador de un enfermo crónico degenerativo, permitiendo además abrir un espacio en el que el cuidador primario expresó como vive (señora G) y como vivieron (señor R y señora L) el proceso de

cuidar a su familiar crónico degenerativo en relación a los siete aspectos investigados. Finalmente, para futuras investigaciones se sugiere proporcionarle mayor capacitación y atención a los cuidadores primarios, ya que estos en su mayoría no cuentan con las herramientas y la ayuda económica necesaria para poder mejorar la calidad de vida de sus familiares enfermos y la propia, aunado a esto, las instituciones de salud suelen ser indiferentes ante las experiencias y emociones que los cuidadores viven, por ello, es importante brindar un apoyo psicológico para los cuidadores y la familia de los enfermos crónico degenerativos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfaro, O., Morales, T., Vázquez, F., Sánchez, S., Ramos, B. y Guevara, U. (2008). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminal. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 485-494.
- Álvarez-Gayou, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. Buenos Aires: Paidós.
- Astudillo, W, Mendinueta, C. y Granja, P. (2008). Cómo apoyar al cuidador de un enfermo en el final de la vida. *Revista de Psicooncología*, *5* (2), 359-381.
- Castañeda, A. (2005). El duelo en pacientes y familias en situaciones de urgencia y cuidado críticos. *Psicocentro*.
http://www.psicocentro.com/cgi-in/articulo_s.asp?texto=art33001
- Clayton, J., Butow, P., Arnol, R. y Tottersall, M. (2005). Fostering coping and nurturing hope when discussing the future with terminally ill cancer patients and their caregivers. *American Cancer Society*, 1965- 1976.
- De la Huerta R., Corona J. y Méndez J (2006). Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, *39* (1), 46-51.
- Fuertes y Maya (2001). Atención a la familia: la atención familiar en situaciones concretas. *ANALES de psicología*, *24* (2), 467-472.

- Halabe, J. y Nellen, H. (2004). ***Enfermedades crónicas de etiología infecciosa***. México: El Manual Moderno.
- Inouye, K., Silva, E., Lost, C. y Yoshie, C. (2009). Perceived quality of life of elderly patients with dementia and family caregivers: evaluation and correlation. ***Revista Latino-Americana. Enfermagem***, *17* (2), 35-41.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2008). www.inegi.org.mx
- Islas, N., Ramos, B., Aguilar, G. y García, L. (2006). Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. ***Revista del Instituto Nacional de Enfermedades***, 58-66.
- Lara, G., González, A. y Banco, L. (2008). Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. ***Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas***, 159-166.
- Lopéz, F. (2007). ***Epidemiología. Enfermedades transmisibles y crónico-degenerativas***. México: El Manual Moderno.
- López, G., Domínguez, M. y Ochoa, M. (2010). Validación de la Escala de Bienestar Subjetivo en cuidadores familiares de adultos mayores. ***Psicología y Salud***, *20* (1), 13-22.
- Martínez, L., Robles, T., Ramos del Río, B., Santiesteban, F., García, E., Morales, M. y García, L. (2008). Carga percibida del cuidador primario del paciente con parálisis cerebral infantil severa del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón. ***Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación***, *20*, 23-29.
- Martínez, M. y Torres, V. (2007). Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus insulino dependiente. ***Revista de Psicología y Salud***, *17* (2), 229-241
- Molina, J., Iáñez, M. e Iáñez, B. (2005). El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. ***Revista de Psicología y Salud***, 33-42.
- Reyes, A., Garrido, A., Torres, L. y Ortega, P. (2010). Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. ***Revista de Psicología y Salud***, *20* (1), 111-117.
- Varela, G. y Alonso, E. (2003). ***Vitaminas y salud: de las enfermedades carenciales a las degenerativas***. Madrid: Rensa Libros, S.A.