



Psicogente  
ISSN: 0124-0137  
ISSN: 2027-212X  
Universidad Simón Bolívar

## Percepciones de la enfermedad y hábitos de vida saludable en personas con enfermedades crónicas

**Lemos, Mariantonia; Torres, Susana; Jaramillo, Isabel; Gómez, Pablo Emilio; Barbosa, Alejandra**  
Percepciones de la enfermedad y hábitos de vida saludable en personas con enfermedades crónicas

Psicogente, vol. 22, núm. 42, 2019

Universidad Simón Bolívar

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497563255009>

DOI: 10.17081/psico.22.42.3498

## Resultado de investigación

# Percepciones de la enfermedad y hábitos de vida saludable en personas con enfermedades crónicas

Illness perceptions and healthy life habits in people with chronic disease

Mariantonio Lemos<sup>1</sup> mlemosh@eafit.edu.co

Universidad EAFIT, Colombia

Susana Torres<sup>2</sup> storres3@eafit.edu.co

Universidad EAFIT, Colombia

Isabel Jaramillo<sup>3</sup> ijaramil1@eafit.edu.co

Universidad EAFIT, Colombia

Pablo Emilio Gómez<sup>4</sup> pgomezg3@eafit.edu.co

Universidad EAFIT, Colombia

Alejandra Barbosa<sup>5</sup> abarbosl1@eafit.edu.co

Universidad EAFIT, Colombia

Psicogente, vol. 22, núm. 42, 2019

Universidad Simón Bolívar

Recepción: 22 Octubre 2018

Aprobación: 01 Abril 2019

DOI: 10.17081/psico.22.42.3498

CC BY

## Resumen

**Objetivo:** Evaluar las percepciones de la enfermedad que se asocian con hábitos de vida saludable en pacientes con enfermedades crónicas en Medellín y municipios aledaños.

**Método:** Estudio prospectivo correlacional basado en la aplicación del cuestionario breve de percepciones de la enfermedad (BIPQ), cuestionario de la salud del paciente (PHQ-9), cuestionario de ansiedad generalizada (GAD-7) y un cuestionario de hábitos de vida saludable. Participaron 51 pacientes con diferentes enfermedades crónicas: migraña, cáncer de seno, diabetes, artritis reumatoide, enfermedad cardiovascular e hipertensión arterial primaria. La evaluación de los hábitos de vida saludable se llevó a cabo tres meses después.

**Resultados:** Se encontró que en promedio los participantes comprenden su enfermedad ( $M = 8,09$ ,  $D.T. = 2,48$ ), perciben que sus acciones ( $M = 7,06$ ,  $D.T. = 2,79$ ) y el tratamiento ( $M = 7,89$ ,  $D.T. = 2,69$ ) la controlan y que esta tiene un carácter crónico ( $M = 7,49$ ,  $D.T. = 3,16$ ); que hay correlaciones entre los hábitos de vida saludables (HVS) con la percepción de consecuencias de forma negativa, y la identidad y preocupación emocional de manera positiva ( $p < 0,05$ ). Además, que una relación lineal entre las consecuencias (Beta = 0,391) y la preocupación emocional por la enfermedad (Beta = 0,311) con los HVS,  $F(5, 45) = 2,707$ ,  $p < 0,05$ . Las proporciones de depresión y ansiedad en la muestra fueron similares a las de la población general.

**Conclusiones:** La percepción de que una enfermedad tiene consecuencias negativas y la preocupación por esta lleva a la implementación de comportamientos saludables.

**Palabras clave:** percepciones de la enfermedad++ hábitos de vida saludables++ enfermedad crónica.

## Abstract

**Objective:** This paper aims to assess illness perceptions associated with healthy lifestyle habits in patients with chronic diseases in Medellin and surrounding municipalities.

**Method:** A prospective correlational study was conducted using a brief illness perceptions questionnaire (BIPQ), a patient's health questionnaire (PHQ-9), a generalized anxiety questionnaire (GAD-7) and a healthy habits questionnaire. 51 patients with different chronic diseases were sampled, illness such as: migraine, breast

cancer, diabetes, rheumatoid arthritis, cardiovascular disease and primary arterial hypertension. The assessment of healthy lifestyle habits (HLH) was done three months later.

**Results:** It was found, as a result, that people with chronic diseases understand their illness ( $M = 8.09$ ,  $S.D. = 2.48$ ); some of them perceive that their actions ( $M = 7.06$ ,  $S.D. = 2.79$ ) and others perceive that their treatment ( $M = 7.89$ ,  $S.D. = 2.69$ ) control their diseases and that they have a chronic nature ( $M = 7.49$ ,  $S.D. = 3.16$ ). Significant correlations were found between HLH and the perception of consequences in a negative way, and the emotional identity and concern in a positive way ( $p < 0.05$ ). A linear relationship was found between consequences ( $\text{Beta} = 0.391$ ) and the emotional concern ( $\text{Beta} = 0.311$ ) for the disease with HLH,  $F(5, 45) = 2.707$ ,  $p < 0.05$ . The proportion of depression and anxiety in the sample was similar to general population.

**Conclusions:** The perception that a disease has negative consequences and the concern for it leads to the implementation of healthy behaviors.

**Keywords:** perceptions of the illness, healthy lifestyle habits, chronic illness.

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas son de progresión lenta, de larga duración y caracterizadas por no tener cura (Krauskopf *et al.*, 2015; Leventhal, Halm, Horowitz, Leventhal & Ozakinci, 2004). Su prevalencia a nivel mundial tiende a aumentar, especialmente, en países de ingresos bajos y medios, representando el 80 % de las muertes en estos, y un 63 % de las muertes en general (OMS, 2017a). Tan solo en el 2008 se registraron 36 millones de muertes causadas por las enfermedades crónicas. Entre estas, las cardiovasculares (ECV) representan la mayoría de las muertes (17,7 millones), seguidas por el cáncer (8,8 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones). Al respecto, en Colombia se dieron 33,1 muertes por cada 1.000 personas a causa de ECV en el año 2015. Además, hubo 4,7 muertes por cada 1000 habitantes por causa de diabetes mellitus y 3,7 por cáncer de seno (OMS, 2017b).

Con respecto al costo de las enfermedades, un estudio realizado en 23 países en desarrollo estimó que entre 2006 y 2015 se perderían 84.000 millones de dólares de producción económica debido a ECV, derrames cerebrales y diabetes (Nugent, 2008). Para el mismo periodo, la pérdida acumulativa del PIB de Argentina, Brasil, Colombia y México asociadas a cardiopatías, accidentes cerebrovasculares y la diabetes fue de 13.540 millones de dólares (Abegunde, Mathers, Adam, Ortegon, & Strong, 2007). Adicionalmente, se estima que el costo en la atención médica anual a afroamericanos y adultos mayores en Estados Unidos es de por lo menos 2 millones de dólares (Krauskopf *et al.*, 2015). De manera similar, en Tailandia las enfermedades crónicas se han convertido en una carga importante para el presupuesto del gobierno, representando aproximadamente US\$ 2 millones en 2004. Cabe anotar que la mayor proporción (80 %) del presupuesto de salud se destina a la atención hospitalaria para enfermedades crónicas complejas (Somrongthong, Hongthong, Wongchalee & Wongtongkam, 2016). Por otra parte, en algunos países desarrollados y en vías de desarrollo, la atención realizada a pacientes con diabetes llega a consumir hasta el 15 % del presupuesto nacional de salud, lo que podría ser muy significativo si se tiene en



consideración que solo es una enfermedad (García-Laguna, García-Salamanca, Tapiero-Paipa & Ramos, 2012).

Diversos estudios en el campo de la medicina han encontrado que existen hábitos de vida que no solo afectan las enfermedades crónicas, sino que, en algunos casos, pueden ser uno de sus causantes principales, aspecto que se considera de gran relevancia, ya que el estilo de vida y los hábitos son factores modificables (Mayoral-Cortés *et al.*, 2016). Como afirma la OMS (2018), el consumo de tabaco, la inactividad física, el abuso del alcohol y las dietas ricas en azúcares y grasas aumentan el riesgo de morir a causa de las enfermedades crónicas. Cada año se registran a nivel mundial más de 7,2 millones de muertes por el uso del tabaco (incluyendo la exposición al humo ajeno), 4,1 millones de fallecimientos se atribuyen a una ingesta excesiva de sodio. Adicionalmente, se atribuyen 1,6 millones de muertes al año por una actividad física ineficiente. Es por esto que los procesos de ajuste a las enfermedades, así como la adquisición de hábitos de vida saludable han comenzado a cobrar importancia tanto en lo investigativo como en los programas de promoción y prevención de la salud (Ahmad, Wagas, Saleem & Naveed, 2017, Hernández-Zambrano, Hueso-Montoro, Montoya-Juárez, Gómez-Urquiza & Bonill-Nieves, 2016; Oblitas; 2006; Somrongthong *et al.*, 2016).

Cabe anotar que el proceso de ajuste de las personas frente a una enfermedad crónica involucra el control sobre tareas adaptativas en relación con esta, la preservación de un estatus funcional, la percepción de una buena calidad de vida en diferentes ámbitos y la ausencia de trastornos mentales (Stanton, Revenson & Tennen, 2007). Este proceso de adaptación se ve influido por variables de orden distal, como el estrato socioeconómico y la cultura, así como de orden proximal, como el apoyo social (Cohen, 2004), factores de personalidad (Watson & Pennebaker, 1989), procesos de valoración cognitiva y de afrontamiento (Lazarus, 1999; Lazarus & Folkman, 1986; Stanton *et al.*, 2007).

Con respecto a los procesos de valoración cognitiva, el modelo de autorregulación de Leventhal plantea que la forma en la que un paciente enfrenta la enfermedad está determinada por las percepciones que tiene de ella (Diefenbach & Leventhal, 1996; Heffernan, Coulson, Henshaw, Barry & Ferguson, 2016). Están dadas por las creencias y representaciones asociadas a la enfermedad, como la identificación, el control y sus consecuencias (Atorkey, Doku, Danquah, Owiredua & Akwei, 2017; Pino-Ramírez, Solis-Añez, 2018). Diversos estudios han mostrado que estas influyen en cómo las personas afrontan y se adhieren a su tratamiento (Kugbey, Asante & Adulai, 2017; Pino-Ramírez, Solis-Añez, 2018). Por ejemplo, se ha reportado que, en pacientes con acromegalia, aquellos que consideraban necesitar su medicamento, le atribuían más síntomas y consecuencias negativas a su enfermedad (Andela, Biermasz, Kaptein, Pereira & Tiemensma, 2015). Igualmente, en pacientes renales que requerían de diálisis, se ha encontrado que aquellos que se identifican más con la enfermedad perciben mayores consecuencias y tienen un mayor control personal; sin embargo presentan menores niveles de bienestar (Timmers *et al.*, 2008; Zelber-Sagi, *et al.*, 2017). Adicionalmente, en



un estudio con pacientes que sufren de dolor crónico generalizado, se encontró que el impacto del dolor se correlaciona negativamente con varias dimensiones de las percepciones de la enfermedad y con síntomas de ansiedad y depresión. De la misma forma, se encontró que las dimensiones de consecuencias, identidad y control personal, así como los síntomas de ansiedad y depresión predijeron el estado de salud de los pacientes de forma significativa (Järemo, Arman, Gredle, Larsson & Gottenberg, 2017).

Así mismo, el proceso de ajuste que tiene una persona frente al diagnóstico de una enfermedad crónica resulta necesario para una mejor calidad de vida (Heffernan *et al.*, 2016; Leventhal *et al.*, 2004; Leventhal, Phillips & Burns, 2016). Al respecto, un estudio realizado en pacientes con ECV, encontró que las personas que tienen una mayor comprensión de su enfermedad poseen un mayor control personal. Además se evidenció que las personas que poseen mayores creencias sobre el control de su tratamiento presentan mejores factores de salud física y mental frente a su enfermedad, por lo que se pudo concluir la existencia de una relación de la percepción de la enfermedad y la calidad de vida de las personas (Madani, Salesi, & Mohammadi, 2018).

Adicionalmente, resulta plausible pensar que la modificación del estilo de vida de una persona que tiene una enfermedad crónica se asociaría con ciertas percepciones de ella. Al respecto, en pacientes con diabetes, se ha encontrado que aquellos con puntuaciones altas en control personal y control de tratamiento realizan actividad física y controlan su dieta (Van Puffelen *et al.*, 2015). Igualmente, aquellos con percepciones más asociadas al miedo, como la percepción de riesgo y la preocupación, así como el percibir mayores consecuencias, presentan hábitos saludables como una dieta adecuada con un mayor consumo de frutas y verduras, la realización de ejercicio y la adherencia a la medicación (Alzubaidi, McNamara, Kilmartin, Kilmartin, & Marriott, 2015; Atorkey, *et al.*, 2017; Nie, Han, Xu, Huang & Mao, 2018). Sin embargo, el autocuidado se ve afectado cuando la enfermedad se percibe como impredecible (Hudson, Bundy, Coventry & Dickens, 2014). Por otra parte, en pacientes con cáncer se ha encontrado que aquellos que perciben un menor control de su cuadro aumentan su consumo de alcohol (Van Broekhoven *et al.*, 2017). Finalmente, la adherencia a programas como la rehabilitación cardíaca se ha asociado con percepciones de la enfermedad como la identidad (Broadbent, Petrie, Main & Weinman, 2006; McIntosh *et al.*, 2017) y la percepción de control de la enfermedad (Cooper, Lloyd, Weinman & Jackson, 1999; Nutt & Ozakinci, 2017; Xiankun *et al.*, 2018).

Finalmente, el proceso de ajuste frente a las enfermedades crónicas implica la resolución de síntomas emocionales que pueden presentarse en el proceso. Por ejemplo, se han reportado cifras de depresión de 31,1 % en pacientes diabéticos (Verma, *et al.*, 2010), mientras que otros estudios han mostrado la relación entre síntomas depresivos y ansiosos en pacientes con enfermedad cardiovascular (Ossola, Gerra, De Panfilis, Tonna, & Marchesi, 2018). Frente a la ansiedad, pacientes con artritis reumatoide (Vinaccia-Alpi, Quicena, Lozano & Romero, 2017) y mujeres sometidas



a una mastectomía (Hansdorfer-Korzon *et al.*, 2016) presentan una alta prevalencia. Sin embargo, se ha reconocido que estos pacientes pueden presentar una alta variabilidad en la respuesta emocional (Stanton, *et al.*, 2007). Cabe anotar que estos síntomas podrían estar asociados con las percepciones de la enfermedad (Hepgul *et al.*, 2016; Nowicka-Sauer *et al.*, 2018; Vinaccia-Alpi, *et al.*, 2017). Adicionalmente, existe evidencia de que los niveles más bajos de depresión se asocian con prácticas de cuidado más estables (Bennett, Gruszczynska & Marke, 2015; Shim, Lee & Min, 2018), y con la percepción del dolor (Hansdorfer-*et al.*, 2016).

Estos estudios hacen pensar en la importancia que tiene el proceso de ajuste y las percepciones de la enfermedad como blanco terapéutico para programas de promoción y prevención en pacientes con enfermedades crónicas. Sin embargo, debe tenerse presente que la cultura es un factor importante para tener en cuenta en la manera como los individuos perciben sus enfermedades. Por lo anterior, resulta vital establecer estudios que evalúen las percepciones de la enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas en Colombia y su asociación con hábitos de vida saludable. Así, este estudio se propuso responder a la pregunta: ¿cuáles son las percepciones de la enfermedad que se asocian con hábitos de vida saludable en pacientes con enfermedades crónicas en Medellín y municipios aledaños?

## MÉTODO

### *Diseño*

Estudio descriptivo correlacional con seguimiento a tres meses.

### *Población y muestra*

La muestra estuvo constituida por 51 participantes residentes en Medellín o municipios aledaños que presentaban una de las siguientes enfermedades: migraña, gastritis, hipertensión arterial primaria, ECV, diabetes, artritis reumatoide y cáncer de seno. Como criterios de inclusión se tuvo en cuenta: 1) ser mayor de edad y 2) haber sido diagnosticado por un especialista. El hecho de que los pacientes presentaran discapacidad motora, cognitiva, neurológica o psiquiátrica que impidiera la adecuada realización de las pruebas fue un criterio de exclusión. También se excluyeron aquellos pacientes con comorbilidades entre enfermedades crónicas que hacían parte del estudio o con alguna que tuviera una sintomatología que pudiera afectar la percepción del participante sobre la enfermedad por la que entró al estudio.

### *Descripción de la muestra*

En la muestra la mayoría de participantes fueron mujeres (72,5 %), se encontraban casados (45,1 %) y solteros (35,3 %). Casi la totalidad de

la muestra pertenecía a un estrato socioeconómico medio (43,1 %) o alto (41,2 %), y un 54,9 % de los participantes estaban empleados en el momento de la evaluación. En promedio, las personas habían sido diagnosticadas hacía 8,4 años (D.E. = 10,21 años) (Tabla 1).



**Tabla 1**  
Caracterización de la muestra

Variable	N (%)
Sexo: mujer	37 (72,5)
<b>Estado civil</b>	
Casado / unión libre	23 (45,1)
Separado / divorciado	5 (9,8)
Viudo	4 (7,8)
Soltero	10 (35,3)
<b>Escolaridad</b>	
Básica	24 (47,1)
Otro	27 (52,9)
<b>Actividad laboral</b>	
Empleado	28 (54,9)
Desempleado	6 (11,8)
Pensionado	11 (21,6)
<b>Nivel Socioeconómico</b>	
Bajo	5 (9,8)
Medio	22 (43,1)
Alto	21 (41,2)
<b>Enfermedad</b>	
Migraña	8 (15,7)
Hipertensión arterial	6 (11,8)
Gastritis	8 (15,7)
Enfermedad cardiovascular	3 (5,9)
Diabetes	14 (27,5)
Artritis Reumatoide	3 (5,9)
Cáncer de seno	9 (17,6)
<b>Tiempo desde el dx (años)</b>	8,4 (10,21)

### *Instrumentos*

#### *Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ)*

Cuestionario de nueve ítems fundamentado en el modelo de autoregulación de Leventhal, buscando evaluar las percepciones de la enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas. Estas incluyen la forma en que evalúan las consecuencias, la duración de la enfermedad, la comprensión de la misma, el control que el paciente percibe que él y el tratamiento tienen sobre esta, y las emociones que presenta el paciente asociadas a su patología. En la validación de esta prueba se obtuvieron correlaciones significativas con las escalas del cuestionario revisado de percepciones de la enfermedad (Moss-Morris *et al.*, 2002), que van desde altas a moderadas, siendo todas significativas  $r = 0,62$  entre las escalas de consecuencias hasta  $r = 0,22$  en la escala de control de tratamiento). La confiabilidad se midió mediante el test re-test con evaluaciones a las tres y seis semanas en las que las correlaciones más bajas fueron de  $r = 0,48$  a las tres semanas en la escala de coherencia, y  $r = 0,42$  en control personal a las seis semanas (Broadbent, Ellis, Thomas, Gamble & Petrie, 2009).

#### *Patient Health Questionnaire (PHQ-9)*

Este instrumento permite el diagnóstico de depresión basado en criterios del DSM IV a partir de nueve ítems. Utiliza una escala Likert con cuatro opciones de respuesta, preguntando acerca de la frecuencia con la que han aparecido ciertos problemas en las últimas dos semanas. Las posibles respuestas son: "nunca", "varios días", "más de la mitad de los días" y "casi cada día". Además, consta de una última pregunta en la que se evalúa hasta qué punto esos problemas le han creado dificultades. La sensibilidad y especificidad de la prueba son del 88 % (Na *et al.*, 2018; Kroenke & Spitzer, 2002; Spitzer, Kroenke & Williams, 1999; Woldetensay *et al.*, 2018).

#### *General Anxiety Disorder (GAD-7)*

Este instrumento permite identificar casos de ansiedad generalizada y evaluar la gravedad de los síntomas (Hinz *et al.*, 2017). Está compuesto por los siete ítems de mayor correlación de los 13 del instrumento original, los cuales alcanzaron una sensibilidad del 89 % y una especificidad del 82 %. La consistencia interna de la prueba fue de 0,92 (Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe, 2006).

#### *Cuestionario Hábitos de Vida Saludable*

Cuestionario diseñado por los autores de este artículo para evaluar hábitos de vida saludable como consumo de alcohol, agua, uso de cigarrillo, tabaco u otras drogas de uso no médico, ingesta de frutas, verduras, grasas,

dulces, realización de ejercicios aeróbicos, actividad física, uso de los medicamentos prescritos y hábitos de sueño. Estas actividades se evalúan en un tiempo de tres meses, en donde se le pregunta al paciente si las realiza todo el tiempo, casi siempre, algunas veces o nunca, posterior a la primera evaluación; busca estimar una puntuación que evidencia el nivel de hábitos de vida saludable que tiene una persona en comparación con otra.

### *Procedimiento*

Se invitó a participar a los pacientes mediante contacto directo, y aquellos que aceptaron firmaron el consentimiento informado y completaron un protocolo de evaluación que incluía el IPQ-B, PHQ-9 y el GAD-7. A los tres meses de esta evaluación, los pacientes fueron contactados vía telefónica para evaluar sus hábitos de vida saludables. Con el fin de reducir los sesgos en la recolección de los datos, los investigadores fueron entrenados para utilizar instrucciones estándar en la aplicación de pruebas. Esta investigación fue aprobada por el comité de ética de la Universidad EAFIT.

### *Análisis de datos*

Inicialmente se obtuvieron los estadísticos descriptivos para cada una de las percepciones de la enfermedad, los síntomas de depresión, ansiedad y el total en la prueba de hábitos de vida saludable. Posteriormente se realizó un análisis de correlaciones para observar las asociaciones entre las variables. Finalmente se llevó a cabo una regresión lineal múltiple por pasos con el fin de identificar las percepciones de la enfermedad que presentan una asociación con los hábitos de vida saludable a los tres meses. En el primer paso se incluyeron el sexo, edad y tiempo desde el diagnóstico como variables de control; en el segundo paso se incluyeron las percepciones de la enfermedad mediante el método *stepwise*. Todos los análisis se desarrollaron en SPSS versión 25.

### *Conflictos de interés*

Declaramos que no se presentó ningún conflicto de interés en la realización de este estudio por parte de sus autores.

## **RESULTADOS**

### *Percepciones de la enfermedad en la muestra evaluada*

Los resultados obtenidos por los participantes en el BIPQ evidenciaron puntuaciones altas en las escalas de comprensión de la enfermedad ( $M = 8,09$ ,  $D.T. = 2,48$ ), control de tratamiento ( $M = 7,89$ ,  $D.T. = 2,69$ )



y control personal ( $M = 7,06$ , D.T. = 2,79), que muestran cómo las personas evaluadas tienden a presentar una alta comprensión de su enfermedad, además de percibir que sus acciones y el tratamiento les permiten controlarla. Cabe anotar que la puntuación en la escala de tiempo ( $M = 7,49$ , D.T. = 3,16) permite inferir que los pacientes perciben que sus enfermedades tienen un carácter crónico. Finalmente, se observa que los participantes no presentan respuestas emocionales significativas en la subescala de respuesta emocional ( $M = 3,71$ , D.T. = 3,38) (Tabla 2).

Tabla 2

Estadísticos descriptivos de las percepciones de la enfermedad y hábitos de vida saludable en la muestra evaluada

PERCEPCIONES ENFERMEDAD	M (D.T.)	MÍN-MÁX
Consecuencias	4,28 (2,75)	0 - 10
Tiempo	7,49 (3,16)	0 - 10
Identidad	4,73 (2,84)	0 - 10
Preocupación	4,43 (3,27)	0- 10
Respuesta emocional	3,71 (3,38)	0- 10
Control personal	7,06 (2,79)	0- 10
Control de tratamiento	7,89 (2,69)	0- 10
Comprensión de la enfermedad	8,09 (2,48)	0- 10
BIPQ total	31,36 (13,26)	5- 58
Hábitos de vida saludable	19,19 (2,96)	11,82- 26,36

*Proporción de depresión y ansiedad en la muestra evaluada*

Los resultados de la evaluación mostraron que un 18,7 % de los participantes presentaba síntomas depresivos, y un 17,6 %, síntomas ansiosos clínicamente significativos. Los estadísticos descriptivos de estas dos pruebas nos dejan saber que hay una alta dispersión de síntomas. Estos resultados se reportan en la Tabla 3.

Tabla 3

Presencia de síntomas depresivos y ansiosos en la muestra evaluada

	M (D.T.)	N (%)
PHQ – 9: síntomas depresivos	5,70 (5,14)	
Presencia de depresión		17 (18,7)
GAD – 7: síntomas ansiosos	4,84 (5,03)	
Presencia de ansiedad		16 (17,6)

## *Relación entre percepciones de la enfermedad y hábitos de vida saludable*

Al realizar un análisis de correlaciones bivariadas se encontró que la puntuación total de hábitos de vida saludable se relacionaba de forma positiva con la percepción de consecuencias,  $r = 0,305$ ,  $p < 0,05$ , la identidad,  $r = 0,303$ ,  $p < 0,05$ , y de forma negativa con la comprensión de la enfermedad,  $r = -0,247$ ,  $p < 0,05$ . La relación de los hábitos de vida saludable con la preocupación emocional por la enfermedad no fue significativa,  $r = 0,242$ ,  $p = 0,52$ .

Posteriormente, para evaluar la relación entre los hábitos de vida saludable y las percepciones de la enfermedad se llevó a cabo una regresión lineal múltiple que explicó el 15,9 % de la varianza, controlando por edad, diagnóstico y el tiempo desde que se estableció. En el modelo se encontró una relación lineal entre las puntuaciones de consecuencias y la preocupación emocional por la enfermedad con la puntuación de hábitos de vida saludable,  $F (5,45) = 2,707$ ,  $p < 0,05$ . Al respecto, se encontró que la percepción de consecuencias se asocia significativamente con los hábitos de vida saludable a los tres meses,  $t = 2,436$ ,  $p < 0,05$ , al igual que la preocupación emocional por la enfermedad,  $t = 2,072$ ,  $p < 0,05$ . De acuerdo a los betas obtenidos para ambas percepciones se hace evidente que el peso de estas es similar, lo que lleva a que sea importante intervenir sobre ambas (Tabla 4).

**Tabla 4**

Regresión lineal múltiple: Hábitos de vida saludable y percepciones de la enfermedad

	B	ERROR ESTÁNDAR	BETA	T	SIG
Consecuencias	0,391	0,161	0,348	2,44	0,019*
Preocupación	0,293	0,141	0,311	2,07	0,045*

$F (5,45) = 2,70$ ; \* $p < 0,05$ . Controlando por edad, sexo y tiempo desde el diagnóstico.

## DISCUSIÓN

Este estudio tenía por objetivo evaluar las percepciones de la enfermedad en pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas, así como evaluar su asociación con los hábitos de vida saludable. Al respecto este estudio encontró que los pacientes tienden a percibir sus enfermedades como crónicas, afirman que tienen buena comprensión y que tanto sus conductas como los tratamientos les ayudan a controlar su enfermedad. Finalmente, se encontró que los pacientes manifiestan tener una baja respuesta emocional por estar diagnosticados con una enfermedad crónica.

Adicionalmente, este estudio encontró correlaciones significativas entre los comportamientos saludables con la percepción de consecuencias e identidad, mientras que hubo una correlación negativa con la



comprensión de la enfermedad. Sin embargo, al controlar los factores que pueden influir en los hábitos de vida saludable evaluados en este estudio, se encontró que la percepción de mayores consecuencias y la preocupación por la enfermedad explican el 15,9 % de la varianza de los hábitos de vida saludable que los pacientes realizan. Finalmente, se encontraron proporciones del 18,7 % de depresión y 17,6 % de ansiedad en la muestra evaluada.

Estos resultados difieren de los encontrados por Van Puffelen *et al.* (2015) en diabéticos, ya que en el presente estudio no se encuentran correlaciones entre comportamientos saludables y el control personal o de tratamiento. Cabe anotar que en su estudio también se reportó cómo el cuidado de sus pies se asocia con percibir la diabetes como una enfermedad crónica y tener una mayor respuesta emocional. Además, esta última relación fue reportada solo en pacientes que presentan complicaciones, pero no en aquellos que no las presentan.

Los resultados de este estudio confirman que la percepción de que una enfermedad conlleva consecuencias negativas y la preocupación por esta se asocian con comportamientos saludables. Resultados similares se han reportado en diabéticos (Alzubaidi, *et al.*, 2015; French, Wade & Farmer, 2013), así como en estudios con pacientes con enfermedad cardíaca, donde conocer las cifras de colesterol y atribuir al estilo de vida un peso sobre la enfermedad cardíaca predice la asistencia a programas de rehabilitación (Cooper, *et al.*, 1999; Furuyama *et al.*, 2018; Sunamura *et al.*, 2018). Estos resultados son coherentes con lo afirmado por Becoña y Oblitas (2006), quienes afirman que cuando las personas se perciben como vulnerables frente a una enfermedad tienen mayores probabilidades de desarrollar conductas que las prevengan. Por ejemplo, en pacientes con acromegalia se ha encontrado que los que reportan más consecuencias negativas a su enfermedad, también perciben la necesidad de tomar su medicamento (Andela *et al.*, 2015). Así, la percepción de una enfermedad como grave parecería ser el predictor de búsqueda de atención y tratamiento de las enfermedades (Leventhal, Phillips & Burns, 2016; Lemke, Kappel, McCarter, D'Angelo & Tuchman, 2018).

Así mismo, estudios sobre los hábitos de vida saludable han encontrado que la percepción de síntomas y las creencias sobre la enfermedad pueden motivar para que un sujeto inicie hábitos de vida que mejoren su salud. El síntoma es una señal que indica que algo está mal, lo que puede alertar al individuo para que emprenda cambios que favorezcan la prevención de una posible patología (Fiorentino, 2006). Al respecto, un estudio realizado en China con pacientes diabéticos encontró que las percepciones de la enfermedad explicaban proporciones pequeñas pero significativas de diferentes conductas de autocuidado. Por ejemplo, la preocupación se asocia con la realización de ejercicio y la adherencia a la medicación, mientras que la dieta se asocia con la percepción de riesgo a nivel personal. Vale la pena anotar, que en este estudio el control personal también se asoció con la dieta y el ejercicio (Nie *et al.*, 2018). Igualmente, con pacientes diabéticos se ha encontrado que un menor control personal

y percepción de síntomas junto con un mayor control de la enfermedad se asocia con peores prácticas de autocuidado (Vedhara *et al.*, 2014).

Sin embargo, un estudio con pacientes diabéticos no encontró relación entre la percepción de consecuencias y el desarrollo de hábitos dietarios adecuados (Nouwen, Urquhart-Law, Hussain, McGovern & Napier, 2009), mientras que sí se ha correlacionado negativamente con la evitación frente a la enfermedad (Price *et al.*, 2012; Vedhara *et al.*, 2014) y positivamente con la angustia frente a la diabetes (Nouwen *et al.*, 2009). Esto podría llevar a pensar que no solo se trata de percibir una enfermedad como grave, sino que, adicionalmente, es importante que se desarrolle la preocupación como elemento previo a la acción.

Cabe anotar que en la prueba aplicada para medir percepciones de la enfermedad, la presentación emocional descrita originalmente en el cuestionario revisado de percepción de la enfermedad (Moss-Morris *et al.*, 2002) se separa en dos componentes, la preocupación y la respuesta emocional (Broadbent *et al.*, 2006). Esto podría explicar la evidencia contradictoria frente a la importancia de la representación emocional en el ajuste de los pacientes. Por ejemplo, se ha reportado que esta es importante en el proceso de ajuste de pacientes depresivos (Burra *et al.*, 2007; Platt, Green, Jayasinghe & Morrissey, 2014). Al respecto, un estudio en con enfermos renales encontró que las representaciones emocionales de la enfermedad se correlacionaban -aunque no de forma muy significativa- con el uso de medicación (O'Connor, Jardine & Millar, 2008). Sin embargo, se ha señalado que los estados emocionales negativos, como la depresión y ansiedad, también podrían impedir la realización de conductas saludables, y por el contrario desencadenar en conductas nocivas para la salud (Fiorentino, 2006; Hudson *et al.*, 2014) o disminuir la confianza que tienen los pacientes en desarrollar prácticas de autocuidado (Goodman, Firouzi, Banya, Lau-Walker & Cowie, 2013). No obstante, este estudio muestra que no es la respuesta emocional la que se relaciona con los hábitos de vida saludable sino el elemento cognitivo de la preocupación el que motiva a las personas a la adquisición de un estilo de vida saludable.

Lo anterior podría llevar a comprender resultados similares a los de este estudio, pero enfocados en la representación emocional, en los que se afirma que a mayor percepción de consecuencias e identidad y representación emocional pueden llevar a que la persona tenga un menor “espíritu de lucha” frente a su enfermedad (Goodman *et al.*, 2013; Hudson *et al.*, 2014; Price *et al.*, 2012). En pacientes diabéticos, por otra parte, se ha encontrado que la identidad se relaciona significativamente con las prácticas de cuidado de los pies (Vedhara *et al.*, 2014). Igualmente, que las personas que comprenden la enfermedad tienen una visión más optimista respecto a la mejoría de los síntomas (Broadbent, *et al.*, 2009; Jackson, Gerardo, Daniels & Vannatta, 2017; Platt *et al.*, 2014), contrario a lo reportado en este estudio, en donde comprender la enfermedad se relaciona negativamente con los hábitos de vida saludable.

Por otra parte, este estudio difiere de otros que señalan que la comprensión de las enfermedades es fundamental en el proceso de ajuste



(Moss-Morris *et al.*, 2002), como se ha evidenciado en pacientes con hígado graso en donde se encuentran mejores hábitos nutricionales si se comprende la enfermedad (Zelber-Sagi *et al.*, 2017). Al respecto, podría pensarse que es posible que las personas al entender su enfermedad disminuyan la preocupación por las conductas saludables.

Cabe anotar que en este estudio se encontraron proporciones similares a las que se han reportado en población general con respecto a la depresión y la ansiedad. Estos resultados son similares a los manifestados por MacInnes (2013) en pacientes con falla cardíaca, quien tampoco encontró proporciones significativas de síntomas emocionales en estos pacientes. Sin embargo, algunos estudios han señalado que existen niveles de ansiedad altos en pacientes con artritis reumatoide (Vinaccia *et al.*, 2017) y mujeres sometidas a una mastectomía (Hansdorfer-Korzon *et al.*, 2016). Lo anterior evidencia la alta variabilidad reportada en los datos y hace pensar en la importancia de estudiar qué cambios del proceso de ajuste están influyendo en los niveles de sintomatología emocional.

Finalmente, deben anotarse las limitaciones de este artículo. Nuestros análisis son observacionales, por lo que todas las relaciones aquí encontradas no pueden explicarse en términos de causalidad. Así mismo, el tamaño limitado de la muestra impidió la realización de análisis más sofisticados que permitieran tener mayor validez sobre los datos. Sin embargo, es importante anotar que los resultados sí señalan un camino que puede llevar a trabajar dentro de los programas de promoción y prevención para diferentes enfermedades crónicas.

## REFERENCIAS

- Abegunde, D. O., Mathers, C. D., Adam, T., Ortegon, M., & Strong, K. (2007). The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 370(9603), 1929-1938. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)61696-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)61696-1)
- Ahmad, W., Waqas, A., Saleem, H. A., & Naveed, S. (2017). Exploring diet, exercise, chronic illnesses, occupational stressors and mental well-being of healthcare professionals in Punjab, Pakistan. *BMC Research Notes*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s13104-017-3096-5>
- Alzubaidi, H., McNarmara, K., Kilmartin, G. M., Kilmartin, J. F., & Marriott, J. (2015). The relationships between illness and treatment perceptions with adherence to diabetes self-care: A comparison between Arabic-speaking migrants and Caucasian English-speaking patients. *Diabetes research and clinical practice*, 110(2), 208-217. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2015.08.006>
- Andela, C. D., Biermasz, N. K., Kaptein, A. A., Pereira, A. M., & Tiemensma, J. (2015). More concerns and stronger beliefs about the necessity of medication in patients with acromegaly are associated with negative illness perceptions and impairment in quality of life. *Growth Hormone & IGF Research*, 25(5), 219-226. <https://doi.org/10.1016/j.ghir.2015.06.008>
- Atorkey, P., Doku, P. N., Danquah, S. A., Owiredua, C., & Akwei, M. (2017). Illness perceptions and medication adherence in adolescents with sickle cell disease in two selected hospitals in greater accra. *IFE Psychologia*,



- 25(2), 180-194. Retrieved from de <http://hdl.handle.net/10520/EJC-b3b0a12a1>
- Becoña, E. & Oblitas, L. A. (2006). Promoción de estilos de vida saludables. En: L. A. Oblitas (coord.), *Psicología de la salud y calidad de vida*. (pp.83-109). México: Thomson.
- Bennett, P., Gruszczynska, E., & Marke, V. (2015). Dietary and exercise change following acute cardiac syndrome onset: A latent class growth modelling analysis. *Journal of health psychology*, 21(10), 2347-2356. <https://doi.org/10.1177/1359105315576351>
- Broadbent, E., Ellis, C. J., Thomas, J., Gamble, G., & Petrie, K. J. (2009). Can an illness perception intervention reduce illness anxiety in spouses of myocardial infarction patients? A randomized controlled trial. *Journal of psychosomatic research*, 67(1), 11-15. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.11.006>
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of psychosomatic research*, 60(6), 631-637. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>
- Burra, T. A., Chen, E., McIntyre, R. S., Grace, S. L., RobertsonBlackmore, E., & Stewart, D. E. (2007). Predictors of self-reported antidepressant adherence. *Behavioral Medicine*, 32(4), 127-134. <https://doi.org/10.3200/bmed.32.4.127-134>
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59(8), 676-684. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676>
- Cooper, A., Lloyd, G., Weinman, J., & Jackson, G. (1999). Why patients do not attend cardiac rehabilitation: role of intentions and illness beliefs. *Heart*, 82(2), 234-236. <https://doi.org/10.1136/hrt.82.2.234>
- Diefenbach, M. A., & Leventhal, H. (1996). The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *Journal of social distress and the homeless*, 5(1), 11-38. <https://doi.org/10.1007/BF02090456>
- Fiorentino, M. T. (2006). Conductas de la salud. En L. A. Oblitas (Ed.), *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thompson.
- French, D. P., Wade, A. N., & Farmer, A. J. (2013). Predicting self-care behaviours of patients with type 2 diabetes: the importance of beliefs about behaviour, not just beliefs about illness. *Journal of psychosomatic research*, 74(4), 327-333. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.12.008>
- Furuyama, F., Koba, S., Yokota, Y., Tsunoda, F., Shoji, M., & Kobayashi, Y. (2018). Effects of Cardiac Rehabilitation on High-Density Lipoprotein-mediated Cholesterol Efflux Capacity and Paraoxonase-1 Activity in Patients with Acute Coronary Syndrome. *Journal of Atherosclerosis and Thrombosis*, 25(2), 153-169. <https://doi.org/10.5551/jat.41095>
- García-Laguna, D. G., García-Salamanca, G. P., Tapiero-Paipa, Y. T., & Ramos, C. D. M. (2012). Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios. *Hacia la Promoción de la Salud*, 17(2), 169-185. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v17n2/v17n2a12.pdf>
- Goodman, H., Firouzi, A., Banya, W., Lau-Walker, M., & Cowie, M. R. (2013). Illness perception, self-care behaviour and quality of life of heart failure patients: a longitudinal questionnaire survey. *International Journal of*



*Nursing Studies*, 50(7), 945-953. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.007>

- Hansdorfer-Korzon, R., Chojnacka-Szawłowska, G., Landowski, J., Majkowicz, M., Basiński, K., Zdun-Ryżewska, A., & Wasilewko, I. (2016). Relationships of anxiety and depressive symptoms with pain perception in post-mastectomy women. An intragroup analysis. *Archives of Clinical Psychiatry* (São Paulo), 43(4), 74-78. <https://doi.org/10.1590/0101-6083000000088>
- Heffernan, E., Coulson, N. S., Henshaw, H., Barry, J. G., & Ferguson, M. A. (2016). Understanding the psychosocial experiences of adults with mild-moderate hearing loss: An application of Leventhal's self-regulatory model. *International Journal of Audiology*, 55. <https://doi.org/10.3109/14992027.2015.1117663>
- Hegpul, N., Pariante, C. M., Baraldi, S., Borsini, A., Bufalino, C., Russell, A., & Mundell, V. (2016). Depression and anxiety in patients receiving interferon-alpha: the role of illness perceptions. *Journal of health psychology*, 1-10. <https://doi.org/10.1177/1359105316658967>
- Hernández-Zambrano, S. M., Hueso-Montoro, C., Montoya-Juárez, R., Gómez-Urquiza, J. L., & Bonill-Nieves, C. (2016). Metaestudio cualitativo sobre vivencias y gestión del cotidiano en adultos mayores que padecen enfermedades crónicas. *Cultura de los cuidados*, 20(44), 75-90. <https://doi.org/10.14198/cuid.2016.44.07>
- Hinz, A., Klein, A. M., Brahler, E., Glaesmer, H., Luck, T., Riedel-Heller, S. G., & Hilbert, A. (2017). Psychometric evaluation of the Generalized Anxiety Disorder Screener GAD-7, based on a large German general population sample. *Journal of Affective Disorders*, 210, 338-344. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.012>
- Hudson, J. L., Bundy, C., Coventry, P. A., & Dickens, C. (2014). Exploring the relationship between cognitive illness representations, poor emotional health, and their combined association with diabetes self-care. A systematic review with meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 76(4), 265-274. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.02.004>
- Jackson, J. L., Gerardo, G. M., Daniels, C. J., & Vannatta, K. (2017). Perceptions of Disease-Related Stress a Key to Better Understanding Patient-Reported Outcomes Among Survivors of Congenital Heart Disease. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 32(6), 587-593. <https://doi.org/10.1097/jcn.000000000000371>
- Järemo, P., Arman, M., Gredle, B., Larsson, B., & Göttenberg, K. (2017). Illness beliefs among patients with chronic widespread pain-associations with selfreported health status, anxiety and depressive symptoms and impact of pain. *BMJ Psychology*, 5(24). <https://doi.org/10.1186/s40359-017-0192-1>
- Krauskopf, K., Federman, A. D., Kale, M. S., Sigel, K. M., Martynenko, M., O'Conor, R., & Wisnivesky, J. P. (2015). Chronic Obstructive Pulmonary Disease Illness and Medication Beliefs are Associated with Medication Adherence. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 12(2), 151-164. <https://doi.org/10.3109/15412555.2014.922067>
- Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals*, 32(9), 509-515. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-20020901-06>



- Kugbey, N., Asante, K. O., & Adulai, K. (2017). Illness perception, diabetes knowledge and self-care practices among type-2 diabetes patients: a cross-sectional study. *BMC Research Notes*, 101-7. <https://doi.org/10.1186/s13104-017-2707-5>
- Lazarus, R. (1999). *Stress and Emotion. A New Synthesis*. New York: Springer.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lemke, M., Kappel, R., McCarter, R., D'Angelo, L., & Tuchman, L. K. (2018). Perceptions of Health Care Transition Care Coordination in Patients With Chronic Illness. *Pediatrics*, 141(5), 8. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3168>
- Leventhal, H., Halm, E., Horowitz, C., Leventhal, E. A., & Ozakinci, G. (2004). Living with Chronic Illness: A Contextualized, Self-Regulation Approach. In S. Sutton, A. Baum, & M. Johnston (Eds.), *And the SAGE handbook of Health Psychology* (pp. 197-240). Londres: SAGE publication. <http://dx.doi.org/10.4135/9781848608153.n8>
- Leventhal, H., Phillips, L.A., & Burns, E. (2016). The common-sense model of self-regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of Behavioral Medicine*, 39, 935-946. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9782-2>
- MacInnes, J. (2013). Relationships between illness representations, treatment beliefs and the performance of self-care in heart failure: a cross-sectional survey. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 12(6), 536-543. <https://doi.org/10.1177/1474515112473872>
- Madani, M. S., Salesi, M., & Mohammadi, J. (2018). The Effect of Dimensions of Illness Perceptions on the Variation of Quality of Life in Patients with Coronary Artery Disease. *Acta Médica Iránica*, 56(3), 189-195. Retrieved from <http://acta.tums.ac.ir/index.php/acta/article/view/6432/5067>
- Mayoral-Cortés, J., Aragón-Sanz, N., Godoy, P., Sierra-Moros, M., Cano-Portero, R., González-Morán, F., & Pousa-Ortega, A. (2016). Las enfermedades crónicas como prioridad de la vigilancia de la Salud Pública en España. *Gaceta Sanitaria*, 30(2), 154-157. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.12.008>
- McIntosh, N., Charns, M., Fix, G. M., McDannold, S., Allsup, K., Forman, D. E., & Manning, K. (2017). A Qualitative Study of Participation in Cardiac Rehabilitation Programs in an Integrated Health Care System. *Military Medicine*, 182(9). <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-17-00053>
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and health*, 17(1), 1-16. <https://doi.org/10.1080/08870440290001494>
- Na, P. J., Yaramala, S. R., Kim, J. A., Kim, H., Goes, F. S., Zandi, P. P., & Bobo, W. V. (2018). The PHQ-9 Item 9 based screening for suicide risk: a validation study of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 Item 9 with the Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). *Journal of Affective Disorders*, 232, 34-40. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.045>
- Nie, R., Han, Y., Xu, J., Huang, Q., & Mao, J. (2018). Illness perception, risk perception and health promotion self-care behaviors among Chinese patient with type 2 diabetes: A cross-sectional survey. *Applied Nursing Research*, 39, 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.11.010>

- Nouwen, A., Urquhart-Law, G., Hussain, S., McGovern, S., & Napier, H. (2009). Comparison of the role of self-efficacy and illness representations in relation to dietary self-care and diabetes distress in adolescents with type 1 diabetes. *Psychology and health*, 24(9), 1071-1084. <https://doi.org/10.1080/08870440802254597>
- Nowicka-Sauer, K., Hajduk, A., Kujawska-Danecka, H., Banaszkiewicz, D., Smoleńska, Ż., Czuszyńska, Z., & Siebert, J. (2018). Illness perception is significantly determined by depression and anxiety in systemic lupus erythematosus. *Lupus*, 27(3), 454-460. <https://doi.org/10.1177/0961203317751858>
- Nugent, R. (2008). Chronic Diseases in Developing Countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136, 70-79. <https://doi.org/10.1196/annals.1425.027>
- Nutt, R., & Ozakinci, G. (2017). Experiences and illness perceptions of working-age cardiac rehabilitation attendees. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 71, A69-A69. <https://doi.org/10.1136/jech-2017-SMAbstracts.142>
- O'Connor, S. M., Jardine, A. G., & Millar, K. (2008). The prediction of self-care behaviors in end-stage renal disease patients using Leventhal's Self-Regulatory Model. *Journal of psychosomatic research*, 65(2), 191-200. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.02.008>
- Oblitas, L. A. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thompson.
- OMS. (2017a). *Enfermedades crónicas y promoción de la salud*. Retrieved from [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1/es/](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/)
- OMS. (2017b). *Global health estimates 2016 summary tables*. [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index1.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html)
- OMS. (2018). *Enfermedades no transmisibles*. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Ossola, P., Gerra, M. L., De Panfilis, C., Tonna, M., & Marchesi, C. (2018). Anxiety, depression, and cardiac outcomes after a first diagnosis of acute coronary syndrome. *Health Psychology*, 37(12), 1115-1122. <https://doi.org/10.1037/he0000658>
- Pino-Ramírez, G., & Solis-Añez, E. (2018). Percepción de enfermedad en personas con trastornos hereditarios del tejido conectivo. *Revista Orbis*, 13(39), 44-61. Recuperado de <http://www.revistaorbis.org.ve/pdf/39/art4.pdf>
- Platt, I., Green, H. J., Jayasinghe, R., & Morrissey, S. A. (2014). Understanding Adherence in Patients with Coronary Heart Disease: Illness Representations and Readiness to Engage in Healthy Behaviours. *Australian Psychologist*, 49(2), 127-137. <https://doi.org/10.1111/ap.12038>
- Price, A., Goodwin, L., Rayner, L., Shaw, E., Hansford, P., Sykes, N., & Lee, W. (2012). Illness perceptions, adjustment to illness, and depression in a palliative care population. *Journal of pain and symptom management*, 43(5), 819-832. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsympman.2011.05.013>
- Shim, E. J., Lee, J. W., & Min, Y. H. (2018). Does depression decrease the moderating effect of self-efficacy in the relationship between illness perception and fear of progression in breast cancer? *Psychooncology*, 27(2), 539-547. <https://doi.org/10.1002/pon.4532>



- Somrongthong, R., Hongthong, D., Wongchalee, S., & Wongtongkam, N. (2016). The Influence of Chronic Illness and Lifestyle Behaviors on Quality of Life among Older Thais. *Biomed Research International*, 1-7. h <https://doi.org/10.1155/2016/2525941>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., & Williams, J. B. W. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD. *The Journal of the American Medical Association*, 282(18), 1737-1744. <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archint.166.10.1092>
- Stanton, A. L., Revenson, T. A., & Tennen, H. (2007). Health psychology: psychological adjustment to chronic disease. *Annu. Rev. Psychol.*, 58, 565-592. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085615>
- Sunamura, M., Ter Hoeve, N., Van Den Berg-Emons, R. J. G., Geleijnse, M. L., Haverkamp, M., Stam, H. J., Van Domburg, R. T. (2018). Randomised controlled trial of two advanced and extended cardiac rehabilitation programmes. *Heart*, 104(5), 430-437. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2017-311681>
- Timmers, L., Thong, M., Dekker, F. W., Boeschoten, E. W., Heijmans, M., Rijken, M., & Kaptein, A. (2008). Illness perceptions in dialysis patients and their association with quality of life. *Psychology and Health*, 23(6), 679-690. <https://doi.org/10.1080/14768320701246535>
- Van Broekhoven, M., de Rooij, B., Pijnenborg, J. M. A., Vos, M. C., Boll, D., Kruijtwagen, R., & Ezendam, N. P. M. (2017). Illness perceptions and changes in lifestyle following a gynecological cancer diagnosis: A longitudinal analysis. *Gynecologic Oncology*, 145(2), 310-318. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2017.02.037>
- Van Puffelen, A. L., Heijmans, M. J. W. M., Rijken, M., Rutten, G. E. H. M., Nijpels, G., & Schellevis, F. G. (2015). Illness perceptions and self-care behaviours in the first years of living with type two diabetes; does the presence of complications matter? *Psychology & health*, 30(11), 1274-1287. <https://doi.org/10.1080/08870446.2015.1045511>
- Vedhara, K., Dawe, K., Wetherell, M. A., Miles, J. N. V., Cullum, N., Dayan, C., & Weinman, J. (2014). Illness beliefs predict self-care behaviours in patients with diabetic foot ulcers: A prospective study. *Diabetes research and clinical practice*, 106(1), 67-72. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2014.07.018>
- Verma, S. K., Luo, N., Subramaniam, M., Sum, C. F., Stahl, D., Liow, P. H., & Chong, S. A. (2010). Impact of depression on health related quality of life in patients with diabetes. *Annals of the Academy of Medicine of Singapore*, 39(12), 913-917. <https://open-access.imh.com.sg/bitstream/123456789/4499/1/Impact%20of%20Depression%20on%20Health%20Related%20Quality%20of%20Life%20in%20Patients%20with%20Diabetes.pdf>
- Vinaccia-Alpi, S., Quiceno, J. M., Lozano, F., & Romero, S. (2017). Calidad de vida relacionada con la salud, percepción de enfermedad, felicidad y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide.

*Acta Colombiana de Psicología*, 20(1), 49-59. <https://doi.org/10.14718/acp.2017.20.1.4>

- Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological review*, 96(2), 234. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.96.2.234>
- Woldetensay, Y. K., Belachew, T., Tesfaye, M., Spielman, K., Biesalski, H. K., Kantelhardt, E. J., & Scherbaum, V. (2018). Validation of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) as a screening tool for depression in pregnant women: Afaan Oromo version. *Plos One*, 13(2), 15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191782>
- Xiankun, C., Wei, J., Xiaoli, L., Stålsby-Lundborg, C., Zehuai, W., Weihui, L., & Lu, W. (2018). Effect of an exercise-based cardiac rehabilitation program “Baduanjin Eight-Silken-Movements with self-efficacy building” for heart failure (BESMILE-HF study): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 19. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2531-9>
- Zelber-Sagi, S., Bord, S., Dror-Lavi, G., Smith, M. L., Towne Jr, S. D., Buch, A., & Shibolet, O. (2017). Role of illness perception and self-efficacy in lifestyle modification among non-alcoholic fatty liver disease patients. *World Journal of Gastroenterology*, 23(10), 1881-1890. <https://doi.org/10.3748/wjg.v23.i10.1881>

## Notas

**Cómo citar este artículo (APA):** Lemos, M., Torres, S., Jaramillo, I., Gómez, P.E., & Barbosa, A. (2019). Percepciones de la enfermedad y hábitos de vida saludable en personas con enfermedades crónicas. *Psicogente* 22(42), 1-20. <https://doi.org/10.17081/psico.22.42.3498>