



Salud & Sociedad

E-ISSN: 0718-7475

alurzua@ucn.cl

Universidad Católica del Norte

Chile

GRAU ABALO, JORGE A.
ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES: UN ABORDAJE DESDE LOS
FACTORES PSICOSOCIALES
Salud & Sociedad, vol. 7, núm. 2, mayo-agosto, 2016, pp. 138-166
Universidad Católica del Norte
Antofagasta, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439747576002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES: UN ABORDAJE DESDE LOS FACTORES PSICOSOCIALES

CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES (CNCDS): A STUDY FROM THE PSYCHOSOCIAL FACTORS

Recibido: 18 de Junio de 2016 | Aceptado: 23 de Junio de 2016

JORGE A. GRAU ABALO ¹

¹. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS MANUEL FAJARDO, La Habana, Cuba

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son relevantes en los perfiles epidemiológicos de los países en la actualidad. Su abordaje sigue siendo eminentemente biomédico. **OBJETIVO:** realizar una sistematización sobre cómo lo psicológico, o lo psicosocial, influye en la aparición y desarrollo de las ECNT. **MÉTODO:** se realiza una revisión teórica de investigaciones sobre los principales factores psicosociales vinculados al surgimiento, mantención e intervención de las ECNT. **RESULTADOS:** se desarrollan los principales aspectos conceptuales y éticos, el abordaje desde la perspectiva de las determinantes sociales de la salud y la evaluación e intervención psicológica. **CONCLUSIÓN:** los estudios confirman, además de la influencia de factores psicosociales en la propensión a enfermar, la posible acción moderadora de variables salutogénicas en la mantención y tratamiento de las ECNT.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad crónica, abordaje psicosocial, psicología de la salud

ABSTRACT

INTRODUCTION: CNCDs constitute nowadays an important factor in epidemiological profiles around the world. Their study is mainly biomedical. **OBJECTIVE:** To systematize how psychological or psychosocial factors contribute to developing CNCDs. **METHOD:** This is a documentary research. **RESULTS:** Main concepts and ethical issues are theoretically described and approached from the social determinants of health and from the assessment and psychological intervention. **CONCLUSION:** Apart from the psychosocial factors that trigger CNCDs in patients, studies also confirm salutogenic variables may contribute moderately in maintenance treatment for CNCDs.

KEY WORDS: Chronic disease, psychological approach, psychology of health.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como los profesionales de diferentes regiones han centrado su preocupación desde hace algunos años en los cambios en la salud de la población mundial generados por enfermedades que se han venido expandiendo de manera rápida y han cambiado el perfil epidemiológico de países y grandes estratos sociales: las llamadas Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT).

Estas enfermedades han generado un dramático giro en la medicina, ya que las causas no son solo genéticas o microbianas, jugando en su etiología un importante papel los factores psicosociales. En estas enfermedades se valoran más que en otras enfermedades, las condiciones y estilos de vida, la participación social, el estrés y las emociones negativas, el acceso a recursos socioculturales. A medida que se incrementa el envejecimiento poblacional, aumenta también la incorporación en la vida de las personas de procesos degenerativos, por lo que hay que pensar que las ECNT prolongadas y, en gran medida, debilitantes, serán nuestras compañeras en el ocaso de nuestras vidas, lo cual implica prever como tendremos que convivir con ellas. Estas enfermedades demandan entonces nuevos abordajes y medidas para su control, en el paciente, en la familia, en la comunidad y para los sistemas de salud. En el siglo XXI, toda persona tendrá algún tipo de enfermedad crónica y vivirá con otra que también la tenga. La atención, entonces, deja de ser individual y pasa a un enfoque social, donde la equidad y la intersectorialidad tienen un rol preferente. La esperanza de que las ECNT se vuelvan menos crónicas con avances de prevención o tratamiento, es una posición muy arriesgada para fundamentar futuras y creativas políticas de planeación de la salud, parece más sensato guiarse por proyecciones que impliquen mayor atención ambulatoria, visitas a domicilio, admisión en

hospitales con estrictos criterios y otras acciones de diferente orden.

Entre las ECNT más frecuentes se encuentran las cardiovasculares, las cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes y otros trastornos metabólicos, las enfermedades respiratorias y pulmonares, los trastornos osteomioarticulares, las enfermedades renales, entre los grupos de mayor incidencia y prevalencia (Hirschhorn y colaboradores, 2012; Kojima, 2012, Daar y colaboradores, 2007; Hanson y Gluckman, 2011; Abegunde y colaboradores, 2007). El VIH/SIDA tiene curso similar al de una enfermedad crónica (Grau, 2013).

Suele encontrarse literatura especializada sobre factores psicosociales relacionados con la diabetes, con el cáncer, con las enfermedades cardiovasculares y con otras muchas, lo cual ha fomentado la aparición de distintos campos de la Psicología de la Salud: Psicoendocrinología, Psicooncología, Psicocardiología, etc. Sin embargo, es difícil encontrar materiales bibliográficos que intenten un examen global de cómo lo psicológico, o más propiamente, lo psicosocial, influya en la aparición y desarrollo de las ECNT. Este es precisamente, el objetivo central de esta revisión.

Aspectos conceptuales y éticos en las ECNT

Existen varias definiciones de ECNT. Se les ha denominado ECNT por prolongarse a través del tiempo, no tener cura (WHO, 2012), no conocerse un agente causante que las transmita de un individuo afectado a otro (Daar y colaboradores, 2007), o por ser enfermedades que no se resuelven espontáneamente, que implican cambios mayores en amplios espectros de la vida de una persona, alterando las rutinas y actividades cotidianas (Hanson y Gluckman, 2011). Las ECNT son perdurables, tienen síntomas no constantes y con frecuencia involucran alguna discapacidad, las personas pueden sentirse relativamente

bien o mal en ocasiones, pero nunca están totalmente sanas (Grau, 2013). Se ha señalado que la gente tiende a conceptualizar las enfermedades como agudas, no como crónicas (Leventhal, Neerez y Style, 1984), ignorando que hay que aprender a vivir con ellas, que la meta principal es la adaptación y no su cura definitiva. En realidad, las ECNT representan una crisis en la vida personal más allá de la adaptación a la enfermedad (en términos de la “teoría de la crisis” de Moos y Schaefer, 1984) porque interfieren el funcionamiento personal y social existente hasta entonces y son estresoras para paciente, familia y amigos, requieren entrenamiento y motivación del paciente (y su familia) para su tratamiento, cuidado y auto-cuidado.

Las ECNT se han identificado como la causa principal de discapacidad y de millones de muertes prematuras en todo el mundo (representan un 60 % del total de muertes, de las cuales el 80 % ocurre en países de ingresos bajos o medios) (Fisher, 2005; Daar y colaboradores, 2007; Hanson y Gluckman, 2011; Allender y colaboradores, 2008; Moore y McQuestion, 2012). La mayoría incluye síntomas complejos molestos que deben ser integralmente valorados y tratados, como el dolor (Grau, Martín, 1993; Martín, 2002; Martín, Grau, Lechuga, 2005). Requieren de mayor cuidado en salud, generan altos costos sociales y económicos a nivel mundial (Adeyi y colaboradores, 2007).

Entre las consecuencias de las ECNT se hallan muchas de naturaleza psicosocial: amenazan la integridad del individuo, generan incertidumbre y emociones negativas, hacen modificar sus hábitos y costumbres, interfieren la vida normal con dolor e incapacidad, fomentan la dependencia de otros, afectan la subsistencia básica y la seguridad económica, causan estigmas, intolerancias, miedos, malentendidos, junto a simpatías bien intencionadas, pero a veces

humillantes, provocan pérdida de amistades, aislamiento social, causan una agotadora lucha emocional por conservar la integridad y el respeto a sí mismo, para preservar la auto-identidad (Grau, 2013).

Pero, además, las ECNT involucran **nuevos retos éticos**: a nuestra comprensión de los fines de la Medicina, de la naturaleza de la relación médico-paciente, de los principios estándar por los que debe guiarse la toma de decisiones en el cuidado de la salud; a los límites morales del cuidado y las expectativas convencionales sobre el deber que tiene cada familia de dar cuidado, en relación con las obligaciones de bienestar social del estado; a nuestra comprensión de justicia social y comunidad, en cuanto estos ideales se reflejan en la respuesta de la sociedad a las diferentes necesidades de servicio social y de salud. Los preceptos de la Ética (autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia) estarán relacionados con estos desafíos: cómo los principios básicos de respeto por las personas, la autonomía del paciente y la obligación de proporcionar el bienestar deberán aplicarse específicamente en el cuidado a enfermos crónicos?...Cómo especificar necesidades, derechos e intereses de los enfermos?...Cuán sensitiva y cuidadosa deberá ser la reflexión moral para seguir implicando a la familia?...Cómo proteger a la familia sin erosionar ese sentimiento especial de vocación de cuidado de la familia, que es fuerte en nuestra sociedad? cómo deberá remodelarse el “modelo contractual” entre médico y enfermo, que sustenta el principio de autonomía y racionalidad del paciente, y que al mismo tiempo, no debe dejar fuera el compromiso del profesional con el cuidado de este paciente?...Cómo aplicar el consentimiento informado para procedimientos diagnósticos y terapéuticos, sin reducirlo a la simple voluntariedad y racionalidad del enfermo y sin dejar a un lado la autoridad competente del profesional?... Cómo cambiar la visión del paciente, que se ha acostumbrado

tradicionalmente a ver su enfermedad como un “enemigo” que se lleva “por dentro”, transformando la creencia de que será liberado de él y priorizando el mantenimiento del significado de la vida vívida con –o a pesar de– la enfermedad?...Cuánto se les debería contar a los miembros de la familia sobre el diagnóstico y pronóstico de una enfermedad crónica y cuándo?...Si los miembros de la familia están directamente involucrados en la ejecución de un tratamiento, tienen el derecho de decidir entre planes alternativos posibles de tratamiento?...Dónde debería trazarse la línea entre el paternalismo justificado y la manipulación y coerción inaceptables cuando el médico y los familiares intentan modificar la conducta de un paciente no colaborador? (Grau, 2012).

El tema de las ECNT no solo implica desafíos a enfermos, familiares e instituciones y servicios de salud, sino a la propia aplicación de los principios éticos. Las ECNT cambiarán la trama de las relaciones médico-paciente, y pondrán a los profesionales de la salud ante complicados problemas de confidencialidad y autonomía. Será necesaria, entonces, una atención basada en un ambiente holístico de apoyo en el que puedan construirse las vidas de forma significativa para cada cual; un acceso equitativo a los servicios, con límites razonables a la búsqueda quijotesca e insaciable de una “salud perfecta”; la reorientación de prioridades de acuerdo a una comprensión modificada de las metas de la atención y una aproximación reflexiva al significado de la enfermedad crónica como experiencia humana (Grau, 2013). Estas premisas están indisolublemente ligadas a fenómenos de carácter subjetivo, a factores psicosociales.

Los determinantes psicosociales de las enfermedades crónicas

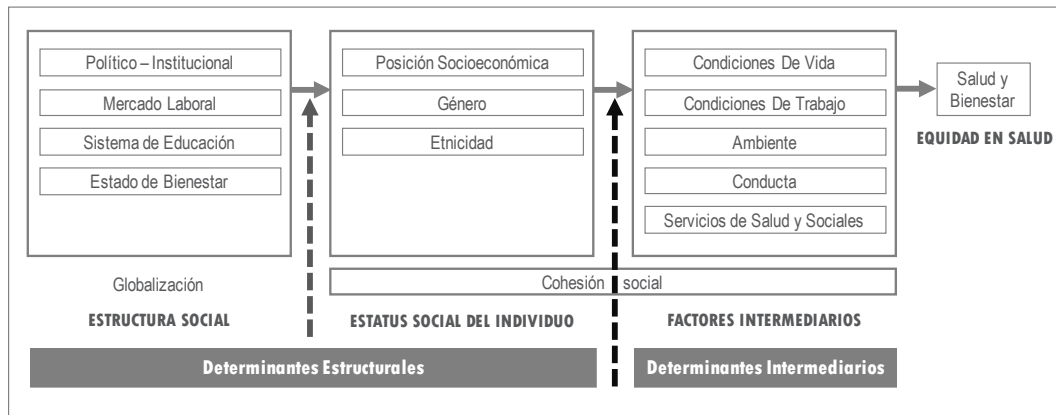
Cuando se analizan los diferentes modelos teóricos acerca de los **determinantes sociales de la salud** (ver modelo de Graham y Kelly, en la figura 1), se observa

que, además de las condiciones de vida y de trabajo, los comportamientos y otros factores psicosociales (estrés y eventos vitales, apoyo social, vida familiar) constituyen determinantes que, en el caso de las ECNT adquieren un relevante papel.

El **comportamiento** de cada persona en la aparición de estas enfermedades tiene gran importancia en tanto regulación voluntaria y establecimiento de jerarquías motivacionales, pero es de destacar que no está exento de la influencia de condiciones sociales más profundas, como es la capacidad adquisitiva, el tipo de trabajo, entre otros factores. Por ejemplo, la alimentación saludable no depende solo del conocimiento y la voluntad selectiva por el alimento que se consume, sino también por la accesibilidad a los costos del mercado. Las condiciones materiales de vida, los factores sociales asociados al trabajo, el ambiente familiar, las actitudes personales y los estados emocionales colocan las personas en diferentes situaciones de vulnerabilidad psicosocial que incide en el estado de salud y en la predisposición a la enfermedad.

Obviamente, la determinación multicausal de la enfermedad crónica y la necesidad de intervenciones múltiples no tiene sentido fuera de un enfoque multidisciplinario. Es necesario considerar una finalidad intra-disciplinaria: lograr la identificación de factores psicológicos y la dinámica de sus inter-acciones, que influyen en el desarrollo de una enfermedad concreta en un sujeto concreto, o dicho de otra manera, identificar como la mente, lo subjetivo influye en la aparición de una enfermedad crónica. Pero también hace falta tener en cuenta una finalidad extra-disciplinaria, es decir, contribuir a la comprensión integral de cómo estos factores psicológicos pueden estar interactuando con factores biológicos, ambientales, sociales, etc.

FIGURA 1.
Modelo de Graham y Kelly (2004) sobre los determinantes sociales de la salud.



Al analizar cómo la mente, lo subjetivo, influye en las ECNT tenemos que pensar que hay factores que son *perjudiciales*, otros que generalmente son *protectores* y que también existen algunos otros factores *moduladores* en el propio desarrollo de la enfermedad. La literatura señala que entre los **factores psicosociales perjudiciales** están los estados emocionales mal manejados (ansiedad, depresión e ira), el aislamiento social y la incomunicación o comunicación inadecuada, los afrontamientos defensivos ante los eventos estresantes, las creencias desfavorables acerca del control que podemos ejercer sobre ellos, el pesimismo y la desesperanza. Entre los **factores protectores**, que hacen a las personas más “resistentes” a las enfermedades se señala el conocimiento que se tenga de la enfermedad, sus causas y manifestaciones tempranas, el cumplimiento terapéutico adecuado (adherencia a medidas de prevención o tratamiento), el apoyo social deseado y percibido, los afrontamientos eficaces ante la enfermedad, las creencias de control positivas (auto-eficacia), el optimismo y otras variables conocidas como “salutogénicas”, contribuyentes de la llamada “resiliencia” (capacidad para afrontar la adversidad). Entre otros **factores que influyen en la enfermedad**, se consideran los tratamientos cruentos, las limitaciones de la actividad (incapacidad, minusvalía), los factores de riesgo y

vulnerabilidad al estrés, la concepción interna de la enfermedad y su significado que tenga cada persona (“dolencia” o “cuadro interno”), la relación y comunicación médico-paciente, la calidad de vida y el bienestar subjetivo conservados, la familia en su bregar de cuidado (rol, carga, conocimientos, afectaciones por el cuidado) y el nivel de desgaste en profesionales de salud.

Especial atención se ha prestado en la literatura a los **afrontamientos**, como variable influyente en el origen de las enfermedades y en el proceso de su adaptación a ellas. Los afrontamientos pueden propiciar la instalación de una enfermedad por diversos mecanismos (Friedman, DiMatteo, 1989; Grau, Hernández, Vera, 2005):

- Influyendo en las reacciones neuroquímicas de estrés, al:
 - Dejar de prevenir o aminorar las condiciones ambientales perjudiciales que están asociadas a las situaciones estresoras.
 - Dejar de regular la perturbación emocional ante daños o emociones al expresar una serie de valores, un estilo de vida y/o una conducta que es, en sí misma, perjudicial (por ejemplo, “ahogar las penas con alcohol”, fumar ante excesivo estrés

en el trabajo, establecimiento de relaciones sexuales promiscuas después de un abandono de la pareja, etc.).

- Aumentando el riesgo de morbilidad y mortalidad cuando incluye uso excesivo de sustancias nocivas (el propio alcohol, drogas, tabaco) o cuando llevan al individuo a actividades de riesgo importante (como acelerar el carro para compensar la falta de tiempo y el exceso de tareas en la jornada o incrementar el consumo de cigarrillos).
- Dañando la salud al impedir conductas adaptativas (por ejemplo, abandono de las prescripciones por estar centrado en afrontamientos dirigidos a la regulación emocional y no a la solución del problema).

Lo más probable, es que los afrontamientos influyan en el desarrollo de la enfermedad combinando una u otras vías o mecanismos de vulnerabilidad (Grau, Chacón, 2004; Grau, Hernández, Vera, 2005).

Un concepto muy convocado para explicar el papel de lo psicológico en la enfermedad crónica es la que se refiere a los **estilos de vida**. El estilo de vida es el conjunto de comportamientos que un individuo concreto pone en práctica de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana y que pueden influir en el mantenimiento de su salud o lo coloca en situación de riesgo para la enfermedad: alimentación inadecuada, actividad física escasa, ciclos alterados de sueño-vigilia, consumo excesivo de sustancias y hábitos tóxicos, pobre manejo del estrés, sexualidad desprotegida, no uso de dispositivos de seguridad en el transporte y el trabajo, etc. Suele confundirse a los estilos de vida con los modos y las condiciones de vida, los estilos de vida son siempre personales, y se expresan en conductas específicas individuales que se interpretan como factores de riesgo, o conductas que son

compartidas por un grupo de personas en un contexto específico (Rodríguez Marín, 1995). Para Walker y colaboradores (1990) son *“patrones multidimensionales de acciones iniciadas por los sujetos por sí mismos y de percepciones que sirven para mantener o mejorar el nivel de bienestar, auto-actualización y plena apariencia del individuo”*. Ellos ejercen influencia sobre las propias condiciones de vida, se relacionan positiva o negativamente con el bienestar y se traducen en comportamientos promotores y/o protectores de salud o, por el contrario, en conductas arriesgadas que incrementan la vulnerabilidad a enfermar (Grau, 2013). Una conducta arriesgada es *“aquella acción que realiza el sujeto de forma aparentemente voluntaria y que puede tener consecuencias negativas para la salud”* (Romero, Grau, Gómez et al, 2003; Romero, Grau, Chacón, et al, 2010).

En los últimos tiempos se está prestando especial atención al papel de las **emociones** en el proceso de enfermar. La propensión a enfermar, obviamente, está condicionada por muchos otros factores, incluso económicos, sociales y culturales, pero muchos de ellos pueden estar mediatizados por factores psicológicos, especialmente emocionales.

Esta propensión o vulnerabilidad a enfermar ha sido definida *“como la amenaza potencial que se convierte en activa cuando se considera que realmente pone en peligro al individuo o incluye la susceptibilidad a reaccionar con distrés ante un amplio grupo de acontecimientos debido a un conjunto de factores personales que involucran compromisos, creencias y los propios recursos”* (Lazarus, Folkman, 1986). Pero también puede ser vista como el patrón funcional de la personalidad centrada en estados emocionales negativos (Friedman, DiMatteo, 1989), por lo que cada día se habla más de “vulnerabilidad personal”. Entendemos aquí como personalidad el nivel superior y más complejo de la regulación psicológica (González Rey,

1989), partiendo de una concepción teórica que trasciende las consideraciones de la actividad del hombre como un conjunto de reacciones externas (comportamentales) a estímulos externos del medio, separada del sujeto actuante, que es en definitiva, una personalidad concreta, consciente e histórica y de la tradicional consideración de la personalidad como un conjunto de rasgos externos, caracterológicos.

Parece ser que no solamente los estados emocionales, sino aquellos *rasgos en que han sido fijados en el curso de la vida y en diferente grado como características de la personalidad* (ansiedad-rasgo, depresión personal, hostilidad o ira-rasgo) se constituyen en factores de propensión a enfermar, a través de diversas vías:

- Estimulando conductas no saludables: se han reportado altos niveles de artritis reumatoide entre fumadores y personas con sobreingesta; además, al conducir al tabaquismo, al alcoholismo y otras formas inadecuadas de compensación se torna en causa indirecta de cáncer y otras enfermedades (Taylor y Aspinwall, 1993).
- Al constituir un factor predisponente al estrés negativo y la instalación de estados emocionales patológicos, que, a su vez, refuerzan las conductas no saludables, facilitan un determinado rol de enfermo, y propician cambios en el sistema neuroendocrino e inmune (Grau, 1996).
- Al contribuir a la concentración del sujeto en la observación de sensaciones corporales: se ha comprobado que los sujetos ansiosos no son exactos en la percepción de sus reacciones corporales, pero reportan más síntomas de estrés (Friedman, DiMatteo, 1989; Grau, Martín M, Portero, 1993).

En un trabajo clásico, Both-Kewley y Friedman (1987), revisaron 217 estudios con enfermos cardiovasculares, asma, úlcera, artritis reumatoide y cefaleas e identificaron fuertes correlaciones entre variables personales y la enfermedad. Las variables emocionales estudiadas fueron ansiedad, depresión, ira, hostilidad, agresión y extraversión. Resultó que la ansiedad, la depresión y la hostilidad tenían más fuertes correlaciones con la enfermedad que las encontradas y tradicionalmente reportadas para el tabaquismo, el colesterol y la enfermedad coronaria. La explicación es la misma que se ha ofrecido por muchos otros autores y que se ha reflejado en el presente trabajo: *las emociones constituyen la expresión de un funcionamiento personal relativamente desajustado que puede afectar la salud por varias vías.*

Muy relacionados con los estudios sobre estrés y emociones, están los trabajos sobre los **patrones de la personalidad** como predisposiciones a las enfermedades. El más conocido (y cuestionado) es el llamado *Patrón A* (Friedman, Roseman, 1976). Fue inicialmente descrito por cardiólogos que observaban que sus pacientes manifestaban rasgos de impaciencia, competitividad y urgencia temporal. Estas personas con personalidad A han sido caracterizadas como aquellas que se involucran en una batalla constante para hacer más en menos tiempo (urgencia temporal), son hostiles y agresivos para alcanzar las metas, competitivos y empeñados por el éxito, impacientes, impulsivos, hiperalertas y tensos. Muchas investigaciones se han dedicado a estudiar la relación entre este patrón personal y las enfermedades cardiovasculares. Se dice que estas personas se crean el estrés a sí mismos, tienden a tener más accidentes, a morir de accidente o violencia, padecen con más frecuencia de enfermedades por arteriosclerosis cerebro-vascular o periférica y de migraña y cefalea por contracción muscular mantenida. Ellas tienden a otros

factores de riesgo como tabaquismo y consumo elevado de sustancias que incrementan el colesterol. Se ha reportado que el patrón A tiende a aumentar moderadamente el riesgo a morir de cáncer. La mayor parte de estas investigaciones ha sido fuertemente criticada, en gran medida, por deficiencias metodológicas (son casi todas retrospectivas y transversales), además de que algunas características del patrón A son positivas. Pero investigaciones prospectivas con el patrón A han confirmado que predice el debut de la enfermedad coronaria, la repetitividad del infarto y la dureza de las arterias, convirtiéndose en verdadero factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares (Friedman, DiMatteo, 1989). Hoy se piensa que no todas las características del patrón A son marcadores de vulnerabilidad. Así, por ejemplo se ha planteado que el componente de hostilidad del Patrón de conducta Tipo A puede ser mejor predictor de una enfermedad coronaria que todo el patrón por sí mismo, de igual manera, estudios por componentes demuestran una mejor relación entre algunos de sus componentes con variables psicológicas relacionadas teóricamente y no con todo el patrón (Grau, 2013; Vera-Villaruel, Sánchez y Cachinero, 2004). Se ha señalado que el trabajo "duro" puede ser saludable si se da en un contexto de motivación y devoción hacia la tarea; con frecuencia se hace un mal diagnóstico en base a similitudes conductuales externas entre el verdadero tipo A y los individuos saludables, que son activos, se mueven rápido y son dominantes y vigorosos. Sin embargo, personas diagnosticadas como tipo B de personalidad (contrapuesto al A) porque hablan en voz baja y son aparentemente serenos, pueden estar reprimiendo la hostilidad y tener ambiciones frustradas, también con cierto grado de daño coronario y propensión a la enfermedad. Esto llama a la necesidad de descubrir los verdaderos "tipo A" y "tipo B". Se piensa que los componentes de mayor riesgo del patrón A son la hostilidad y cierta

hiperreactividad neuroendocrina, concebida no sólo como simple reacción al estrés, sino como condicionante de una vivenciación de determinadas situaciones como estresantes en función de la activación ("arousal") del sistema nervioso vegetativo (Grau, 2013).

Otro patrón muy reclamado para explicar las relaciones entre el estrés, las emociones y el cáncer es el llamado "*tipo C*" descrito por varios autores. Ya se ha acumulado bastante evidencia de que la represión de emociones ligadas a procesos traumáticos favorece la disminución de la inmunocompetencia y las personas que no realizan confidencias tienen más posibilidades de enfermar física y mentalmente (Pennebaker, 1995). Se ha descrito el patrón C como la relación entre un estilo personal pasivo, complaciente o represivo y el desarrollo o progresión del cáncer (Temoshock, 1987, 2000; Temoshock y colaboradores, 1985). También esta dirección de investigaciones ha sufrido gran cantidad de críticas, porque puede presuponer cierto fatalismo y se añaden deficiencias metodológicas en los estudios. Sin embargo, en los últimos años, se ha retomado la noción del patrón C, particularmente a partir de los trabajos de Grossarth-Maticek y Eysenck, quienes han desarrollado colosales estudios longitudinal-prospectivos, con buen control de variables, en grandes grupos poblacionales de varias ciudades, identificando 4 tipos de personalidad básicos relacionados con las tasas de mortalidad alta por cáncer y enfermedades cardiovasculares, las tasas de mortalidad medias y bajas. Así, el tipo I de Grossarth-Maticek y Eysenck tiene como componentes principales al afrontamiento del estrés a través de la pérdida de objetos amados y a la frustración con desesperanza, abandono y depresión, conservando la cercanía emocional con objetos perdidos, idealizándolos y reprimiendo las emociones (Grossarth-Maticek, Eysenck, 1988, 1990; Eysenck, 1994). Los tipos I y C son, entonces, bastante similares y se fundamentan sobre

la base del impacto de la represión y las emociones fijadas por un estrés de pérdida en la competencia inmunológica.

Por otra parte, **toda enfermedad crónica resulta estresante**. Los afrontamientos ante estas enfermedades han sido descritos sobre el supuesto de que su aparición constituye una situación estresante, que obliga a procesos adaptativos y siguen influyendo en el curso de la enfermedad. Entre los factores estresantes propios de una enfermedad crónica están: los problemas físicos derivados de la enfermedad y los tratamientos, la necesidad de tomar decisiones ante situaciones estresantes y controlar sus emociones, la necesidad de conservar adherencia terapéutica; los problemas que derivan de la rehabilitación física, los problemas vocacionales y laborales que se derivan de la relativa incapacidad funcional o de las secuelas, los problemas de interacción social con familiares y profesionales, los problemas de autoimagen y autoestima, los retos en el reajuste de metas y motivaciones, los problemas de comunicación y ajuste en nuevo entorno, y, por supuesto, la amenaza potencial a la vida y el miedo a la muerte.

Para el paciente es vital entender que las reacciones emocionales que afectan en las crisis personales pueden tener un poder aplastante. Para algunas personas, la angustia de la reacción emocional es más difícil de soportar que la enfermedad misma, en especial en fases avanzadas, para la familia hay cambio de roles, de actitudes y responsabilidades y sufrimiento de cuidadores (Grau, Chacón, Reyes, 2012).

De la misma manera en que existen modelos vinculados al estrés, a las emociones y a la personalidad, que se relacionan con la propensión a enfermar (*modelos de vulnerabilidad*), actualmente se resalta la importancia de otros modelos por los cuales el hombre interactúa con su medio con posibilidades de enriquecimiento

y de desarrollo personal (Grau, Hernández, Vera, 2005). Estos son los llamados *modelos salutogénicos*, que tienden a proveer de recursos contra la posibilidad de enfermar y de propiciar cierta resistencia al estrés emocional generador de trastornos. Se basan en un giro desde la atención focalizada en la preocupación por los aspectos más negativos del ser humano, hacia la potenciación de cualidades positivas (esperanza, perseverancia, creatividad, espiritualidad, responsabilidad, visión de futuro, fortaleza personal, etc.), que no habían sido muy abordadas por la Psicología hasta fecha muy reciente (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Seligman y colaboradores, 2003; Ortiz, Ramos y Vera-Villarreal, 2002; Moreno-Jiménez, Garrosa, Gálvez, 2005; Flórez, 2007). Los modelos más conocidos son: el sentido de coherencia, el patrón de resistencia personal (*hardiness*) y otros basados en el optimismo, la autoestima, el empeño personal, la teoría del control.

El *sentido de coherencia* es un constructo desarrollado por A. Antonovsky (1987, 1990). El origen de estos estudios tuvo lugar en observaciones de Antonovsky sobre mujeres sobrevivientes a un campo de concentración nazi, que a pesar de todos los rigores y restricciones, conservaban una razonable salud física y mental. Él lo atribuyó a variables personales integradas en lo que luego denominó “sentido de coherencia” (SC). Estas mujeres con alto SC habían desarrollado mecanismos eficaces de adaptación. El SC resalta cómo la gente aborda el estrés en vez de insistir en el impacto negativo de los estresores. Se refiere a una disposición de muchas personas que permite encarar la vida y sus problemas de manera que se hace más fácil el afrontamiento al ver el mundo como significativo, comprensible y manejable (Antonovsky, 1987). Para Antonovsky (1990) el SC no es un rasgo específico de personalidad, ni un estilo particular de afrontamiento, es más bien una orientación global, generalizada, una habilidad para

seleccionar el estilo correcto de afrontamiento ante una situación dada. No es una línea de conducta fija y preestablecida, sino más bien una estrategia general frente a los problemas y dificultades de la vida. Antonovsky pretendía diferenciarlo de otros "recursos de resistencia generalizados" como la autoestima o el apoyo social; mientras que el resultado de tales recursos es proporcionar al sujeto experiencias y situaciones favorables al desarrollo de la salud y no de la enfermedad, el SC sería el componente cognitivo resultante de tal conjunto de experiencias. Antonovsky lo define (1987) como: *"...una orientación global que expresa hasta qué punto uno tiene la amplia, resistente y dinámica sensación de confianza en que los estímulos provenientes del entorno (interno o externo) en el curso de la vida son estructurados, predecibles y manejables (comprensibilidad), los recursos están disponibles para afrontar las demandas que exigen estos estímulos (manejabilidad) y estas demandas son desafíos que merecen una inversión y un compromiso (significatividad)..."*.

En el SC el resultado protector no depende exclusivamente de la evaluación cognitiva que haga el sujeto, sino de una orientación generalizada que se puede considerar básicamente estable hacia el principio de la edad adulta y que se adquiere a partir de las experiencias del sujeto en dependencia de su marco social (familia, trabajo, situación económica y social, etc.). No puede abstraerse de las condiciones reales (macrosociales) del sujeto y de las experiencias propias de su vida. Diferentes estudios han mostrado la influencia positiva del SC sobre la salud y el bienestar: se ha encontrado que puntuaciones altas predicen mayor bienestar físico y psicológico, así como mejor habilidad funcional en las actividades cotidianas (Carmel y colaboradores, 1991), también se ha reportado una relación en largos lapsos de tiempo con menores

síntomas psicológicos (Flannery RB, Flannery GJ, 1990; Ryland, Greenfield, 1991).

Otro modelo que pone énfasis en la personalidad, como variable que interviene en el afrontamiento a la vida, propiciando salud, es el de *resistencia (hardiness)* o *personalidad resistente (PR)*, propuesto por S. Kobasa (1979, 1993). La perspectiva salutogénica y el enfoque activo y propositivo es común al SC y permite considerar a la personalidad como una realidad dinámica que establece una relación con la situación específica de cada momento a partir del cambio y la interacción, y no solamente de la reacción pasiva a los estresores. Según Kobasa, en la PR se involucran tres dimensiones: *implicación*, que es la medida en la que el sujeto se involucra en las situaciones; *reto*, que es la medida en que el sujeto percibe que las situaciones complicadas son una oportunidad para crecer, y *control*, que es la medida en que se está convencido de poder intervenir en el curso de los acontecimientos. Para la autora, la PR lleva consigo menores consecuencias negativas del estrés y es moduladora tanto del proceso de enfermar como en el ajuste a las enfermedades.

La PR ha sido investigada en diferentes contingentes de personas; se ha intentado evaluar con varios instrumentos. Este vivir la vida a plenitud, con un sentimiento de competencia y una orientación productiva, no sólo protege al sujeto de enfermedades y le proporciona bienestar, sino que ante situaciones de enfermedad crónica grave o terminal, las personas con PR serán más sensibles al uso de medidas heroicas, lucharán contra el daño a la calidad de vida que podría provocar la enfermedad, podrían –incluso– usar la mente como medida heroica para la curación. Y en caso de fracaso, aceptarán con valor la muerte y dirigirán todos sus esfuerzos para prepararse a sí mismos y a los demás a enfrentarla (Kobasa, Maddi, Khan, 1982).

Diversos estudios realizados por Kobasa y sus colaboradores y por otros investigadores (Sheppard, Kashani, 1991; Westman, 1990) muestran que la PR está vinculada a una mejor salud.

Otras variables asociadas a los modelos salutogénicos son los de *optimismo* y *autoestima*. Se entiende por *optimismo* la inclinación a tener expectativas favorables con la vida, lo cual ha sido relacionado con el bienestar físico y psicológico (Grau, Hernández, Vera, 2005). Según Lazarus y Folkman (1986) es un recurso de afrontamiento proveedor de esperanza y posibilidades de superación de las condiciones más adversas, sea por la percepción que tiene la persona de controlabilidad, por una creencia específica de auto-eficacia o por una esperanza de que alguien o algo va a resolver el problema. Así, se ha encontrado que los sujetos optimistas utilizan mejores estrategias de afrontamiento ante los problemas sociales que los sujetos pesimistas (Vera, Guerrero, 2003; Ortiz, Ramos, Vera, 2003). De la misma forma, se ha demostrado que los pacientes con optimismo tienen menos síntomas físicos, se recuperan más rápidamente y mejor de problemas de su organismo. Cada día se consolida más la idea de que el optimismo es una variable protectora de la salud.

La *autoestima*, es una variable de la personalidad que indica la apreciación y el valor que el sujeto se concede a sí mismo, es un componente afectivo de las actitudes hacia uno mismo. Ha sido relacionada con el afrontamiento de las situaciones problemáticas, y particularmente, con el estrés. La alta autoestima se encuentra asociada a la sociabilidad, la motivación por el logro, el ajuste personal y los bajos niveles de ansiedad. Por otra parte, una baja autoestima está vinculada a problemas psicosomáticos, aislamiento social, miedo al éxito, fracaso escolar, y a otros trastornos de la salud, como adicciones (Friedman, DiMatteo, 1989; Moreno-Jiménez, Alonso,

Alvarez, 1997). Se ha encontrado que la baja autoestima está asociada a más síntomas (Emmons, Diener, 1985; Robbins, Spence, Clark, 1991). La autoestima influye en la salud desarrollando conductas saludables (Torres- Rivas, Fernández, Maceira, 1995).

En resumen, los estudios confirman, además de la influencia de factores psicosociales en la propensión a enfermar, la posible acción moderadora de variables salutogénicas, como las descritas. La investigación en esta dirección es muy prometedora.

La evaluación y la intervención psicológica en las enfermedades crónicas

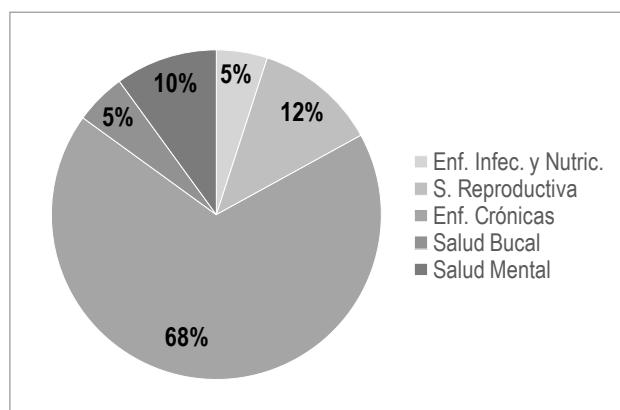
A pesar de todo lo que puede derivarse de las investigaciones, subsisten problemas frecuentes en la atención psicológica a enfermos crónicos (Grau, 2013): la ausencia de criterios sólidos para decidir la necesidad de intervención psicológica ante determinados enfermos y la escasez de instrumentos válidos y confiables para el diagnóstico psicológico en comparación con la evaluación en personas con trastornos mentales. Por otra parte, la necesidad y la oferta de servicios de atención psicológica no se corresponden con la demanda real. Otra característica es que cada vez más, los enfermos crónicos requieren un abordaje intersectorial y extra-institucional. Algunas investigaciones demuestran que más del 40 % de los pacientes que asisten a hospitales por enfermedades crónicas presentan alteraciones emocionales y problemas de adaptación que requerirían algún tipo de evaluación e intervención psicológica; pero como el modelo de trabajo predominante es el de la remisión de casos, sólo recibe esta atención menos del 20 % de los que la necesitan (Friedman y DiMatteo, 1989; Taylor y Aspinwall, 1990; Grau, 2013). Incluso, las personas que no presentan trastornos psíquicos ni graves dificultades siempre se beneficiarían de orientación psicológica.

En general, las modalidades de atención más frecuentes para la atención psicológica a los enfermos crónicos se centran en medidas para obtener una mejor comunicación paciente-equipo de salud, motivaciones para involucrar al paciente en su tratamiento mejorando la adherencia terapéutica, el entrenamiento en relajación y visualización (incluyendo las terapias cognitivas de tercera generación como el “mindfulness”), la información adecuada a la familia, la psicoterapia (intervención en crisis, psicoterapia breve, terapia familiar, terapia de parejas, psicoterapia de grupo, terapias cognitivo-conductuales), los grupos de apoyo social y auto-ayuda y la inserción de procedimientos psicológicos en los programas de rehabilitación (Grau, 2013).

La atención psicológica en las ECNT deviene un desafío no solo por el gran número de pacientes que la necesitan, sino por su naturaleza diferente, centrada no sólo en el alivio de síntomas, sino en la adaptación a la enfermedad, en la preservación de su calidad de vida y en la rehabilitación integral. En las revisiones sobre las grandes áreas de investigación e intervención psicológica en salud, las enfermedades crónicas constituyen más del 50 % de los trabajos abordados (ver figura 2, donde aparece la distribución de trabajos presentados en 3 congresos internacionales de Psicología de la Salud).

FIGURA 2.

Tendencias de la Psicología en la solución de problemas de salud (Grau, 1996).



Los temas claves en la atención psicológica en diferentes fases del proceso salud-enfermedad en los enfermos crónicos son diversos e incorporan temas como la Calidad de Vida, Adherencia, problemas con el diagnóstico, afrontamiento, la adaptación a la enfermedad y sus secuelas en el paciente y en la familia, el apoyo social, las conductas de enfermedad, conductas de protección y de riesgo, el estrés y las emociones y el afrontamiento a la terminalidad. La naturaleza de la evaluación y la intervención psicológica en estos temas debe centrarse en un enfoque pluridimensional con proyección multidisciplinaria, manifestando solo relativa

independencia de la atención médica y centrándose más aún en la valoración de las interacciones entre factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, más que en el análisis de estos componentes por separado. La especificidad del trabajo de los psicólogos con enfermos crónicos no está solo determinada por el diagnóstico médico de los pacientes con una enfermedad crónica específica, sino por las exigencias de un enfoque que considere la etiología multicausal de la enfermedad y de una práctica consecuente (trabajo interdisciplinario) (Grau, 2013).

Algunos aspectos a considerar en la evaluación e intervención psicológica en enfermedades crónicas

Se debe tener en cuenta el rol que juega la enfermedad en la **dinámica familiar**: en tanto evento inesperado, exige cambios en el sistema (Spilkin, Ballantyne, 2007). La interacción con la pareja y con los hijos presenta tensiones asociadas a la presencia continua de síntomas, las condiciones emocionales, la dependencia y la disminución de la capacidad funcional, la disminución en la productividad, entre otras (Checton y colaboradores, 2012; Parekh y colaboradores, 2012; Grau, Chacón, Reyes, 2012).

La **interferencia de la enfermedad** en la vida de los pacientes tiene que ver, fundamentalmente, con consecuencias tales como el dolor, la fatiga, la discapacidad y los efectos secundarios de los medicamentos, que afectan la calidad de vida y el bienestar subjetivo (Checton y colaboradores, 2012; Grau, 2013). Disminuyen el estado funcional de los pacientes los calambres musculares, la debilidad, la anorexia, la incapacidad para trabajar, la dificultad para hacer planes y la incertidumbre al no poder controlar los síntomas (Campbell, Ash y Bauer, 2008; Blinderman y colaboradores, 2009). En especial, el dolor, como síntoma común de muchas enfermedades crónicas (cáncer, enfermedades osteomioarticulares y neurológicas, etc.) se asume como un componente importante relacionado con la presencia de angustia y otros afectos negativos (Martín M, 2002), con aumento de la discapacidad (Roditi y Robinson, 2011) y con cambios emocionales tales como la ira, la irritabilidad, la desesperanza, la ansiedad y la depresión (Barile y colaboradores, 2012), aspectos que se asocian a su vez con la disminución en la calidad de vida (Ozturk y colaboradores, 2011; Grau, 2014).

Como ya se ha dicho, el control de las ECNT es complicado por la multiplicidad y complejidad de sus determinantes y por las

múltiples formas clínicas, las lesiones que pueden estar localizadas en diferentes partes del organismo y la progresión de la enfermedad a lo largo de diversas etapas (WHO, 2012; Grau, 2013). Ante esta complejidad se espera que el paciente asuma un rol activo desde el momento del diagnóstico (y no un rol pasivo), que le permita afrontar su condición (Stellefson, Dipnarine y Stokpa, 2013), para facilitar la recuperación, prevenir la aparición de otras enfermedades o discapacidades asociadas y detener al máximo posible el deterioro (Zubialde, Mold y Eubank, 2009). Lograr estos fines permitiría mejorar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), por eso es importante en la mayoría de las enfermedades mantener la **percepción de control y la auto-regulación**.

Entre los grandes retos ante las ECNT está el reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura, lo cual implica **mantener factores protectores** relacionados directa e indirectamente con aspectos psicológicos: ingesta de alimentos saludables (Mensah, 2007), reducción del consumo tabáquico, realización de actividad física (Wagner, 2008, Allender y colaboradores, 2008), mejora en las condiciones ambientales con disminución en la contaminación y la planeación de áreas urbanas menos congestionadas (Rasanathan y Krech, 2011). Esto implica brindar educación sanitaria y generar políticas de salud pública relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades (Jackson y colaboradores, 2004; Grau, Infante, Díaz, 2012). Por otra parte, hay que tener en cuenta el envejecimiento con suficiente calidad de vida, toda vez que la población envejecida es más vulnerable a enfermedades crónico-degenerativas (Fernández-Ballesteros, 1998, 2011; Bayarre, 2009; Soberanes y colaboradores, 2009). Así, dadas las características de las ECNT, ellas se convierten en un reto que implica el **incremento de la inversión económica en salud** y la planeación de

investigaciones que permitan solucionar las necesidades, a mediano y largo plazo, disminuir costos y mejorar la calidad de vida (Hanson y Gluckman, 2011; Grau, 2013).

En el control de estas enfermedades es importante tener en cuenta los **cambios en el estilo de vida**: organización y planeación de las actividades cotidianas, el funcionamiento del sistema familiar y económico, los hábitos alimenticios, las actividades recreativas y laborales, entre otras (Jurado y Suárez, 2012). La disminución en la actividad física tiene lugar con frecuencia cuando hay dolor en trastornos como la artritis y la fibromialgia, las enfermedades cerebrovasculares y cardiovasculares y el cáncer (Barile y colaboradores, 2012; Castel y colaboradores, 2012; Llantá, Grau, Massip, 2005). Las enfermedades musculoesqueléticas causan mayor disminución en la actividad física en las mujeres (Ozturk y colaboradores, 2011) y en el caso de la artritis reumatoide, la presencia de dolor, la inflamación y la pérdida de la movilidad dificulta además el cuidado personal, disminuye el contacto físico y social y lleva a un ajuste en las actividades laborales (Vinaccia y colaboradores, 2005; Nuñez y colaboradores, 2006; Fernández y colaboradores, 2008). Los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) reportan una disminución significativa en la realización de actividades cotidianas que requieren de esfuerzo físico (Berry y colaboradores, 2010). La mayor parte de los cambios en los estilos de vida deben hacerse desde etapas tempranas, con consejería oportuna y específica (Grau, 2013).

Por otra parte, la cronicidad de muchas ECNT (varias localizaciones de cáncer, algunas enfermedades reumáticas y neurológicas degenerativas) provocan cambios en la percepción de la **autoestima y la imagen corporal** (Carranza, Flórez-Alarcón, 2007), disminución de la **satisfacción marital** (Pruchno, Wilson-Genderson y Cartwright, 2009), cambios de

estado de ánimo e irritabilidad (Mendenhall, Fristad, y Early, 2009), **problemas ocupacionales y económicos**, que repercuten en la dinámica familiar, exigiendo ajustes en los roles y en las expectativas hacia el futuro (González, Fonseca y Jiménez, 2006). Además, la presencia de una ECNT incrementa la asistencia a las instituciones médicas (Lehmann y colaboradores, 2011), lo que implica realizar **ajustes económicos y elaborar nuevas rutinas** (Riveros y colaboradores, 2005).

Algunas condiciones que incrementan el dolor (angustia, ira, desesperanza, cogniciones de catastrofización) se agudizan a su vez cuando **aumentan los niveles de dolor y falta apoyo social**, sea instrumental o emocional (Rodili y Robinson, 2011; Martín M, 2002; Grau, Llantá, Chacón, Massip y Barbat, 2004; Barile y colaboradores, 2012; Reese y colaboradores, 2010), afectando más aún la calidad de vida.

Existe suficiente evidencia de **trastornos emocionales** (depresión, ansiedad, ira) en los diabéticos, la artrosis, la esclerosis múltiple, el cáncer, el síndrome de fatiga crónica, aunque algunos estudios demuestran que la ansiedad se encuentra asociada en mayor medida a la EPOC y las enfermedades cardíacas (Moitra y colaboradores, 2011) mientras que la depresión se presenta con mayor frecuencia en fases terminales de la enfermedad renal crónica y el cáncer (Pruchno y colaboradores, 2009; Reyes, Grau, Chacón, 2009). Estos síntomas emocionales son comunes durante las fases de recaída o crisis, generadas por la hospitalización, la percepción de deterioro, la aparición de nuevos síntomas o la reaparición de algunos que ya se habían mantenido bajo control, lo cual crea en los pacientes incertidumbre y desesperanza vinculada al curso impredecible de la enfermedad, la continua amenaza a la vida y la esperanza de una cura definitiva (Grau, Llantá, Chacón

et al, 2004; Grau, 2013). La depresión se encuentra relacionada con factores que predicen la supervivencia (Paterson y colaboradores, 2011), disminuyendo la motivación, la concentración y la energía necesaria para llevar a cabo consistentemente el auto-cuidado (toma de medicamentos, auto-monitoreo y participación en actividad física), lo cual propicia mayores riesgos médicos y discapacidad (Janevic y colaboradores, 2012).

Un aspecto importante en los pacientes con ECNT (y especialmente relevante en la hipertensión y la diabetes), es el **compromiso con el cumplimiento del tratamiento** (Paterson, 2011), la llamada **“adherencia terapéutica”** (Ferrer, 1995; Amigó, Fernández, Pérez, 1998; Martín L, Grau, 2004; 2005; Hansen, Seifeldin y Noe, 2007). Se considera que el 40 % de los pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas; en el caso de las enfermedades agudas la tasa de incumplimiento llega aproximadamente al 20 %, pero en las enfermedades crónicas llega a ser del 45 %; cuando los regímenes terapéuticos consisten en cambios de hábitos o estilos de vida la tasa de incumplimiento es incluso más alta (Rodríguez Marín, 1995). Se plantea que estos porcentajes subestiman el incumplimiento, pues los estudios se suelen hacer con los reportes de los pacientes cuyo cumplimiento puede ser parcial y que se no perciben a sí mismos como incumplidores. Dunbar y Agras (1980) informan que, con prescripciones de ingestión de medicamentos, entre el 33-82 % de los pacientes no sigue o comete errores en el seguimiento del régimen, en el caso del infarto del miocardio se plantea que el 49 % de los enfermos abandona durante el primer año el cumplimiento de los ejercicios físicos del programa de rehabilitación. Entre el 40-50 % de los pacientes no acuden a las consultas médicas para recibir el tratamiento curativo, una vez diagnosticados (Peck y King, 1985).

Este tema tiene gran relevancia en las ECNT, pues el incumplimiento no sólo es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito, produciendo un aumento de la morbilidad y la mortalidad, sino también porque aumenta los costos de la atención general en los sistemas y servicios de salud. Un informe de la OMS señala que el incumplimiento a largo plazo de los tratamientos en enfermedades como las cardiovasculares, la diabetes y el cáncer, así como en el SIDA o la depresión, se ha convertido en un problema no sólo sanitario, sino económico; sólo el 50 % de los enfermos crónicos cumplen con sus tratamientos en los países desarrollados, situación que se agrava en países pobres, donde el acceso a los medicamentos está más limitado por falta de recursos (OMS, 2003). En investigaciones realizadas en Cuba en pacientes hipertensos, se ha encontrado una frecuencia de cumplimiento de 52,4 %, similar a la media reportada por la literatura internacional (Martín, Sairo y Bayarre, 2002). En general, las evidencias han mostrado que las tasas de compromiso con el tratamiento farmacológico, tienden a ser menores en pacientes que reciben tratamiento por enfermedades crónicas, que se prologan de manera indefinida y presentan cambios en la sintomatología y en algunos casos en que se presenta remisión de la enfermedad (Martínez-Moragón y colaboradores, 2008), mientras que la tasa en pacientes que reciben tratamiento por enfermedades agudas, es mayor, puesto que son enfermedades a corto plazo y la respuesta del organismo es inmediata (Hansen y colaboradores, 2007). Todo esto convierte al cumplimiento de las prescripciones en un serio problema en las ECNT.

La adherencia a los tratamientos está asociada a múltiples factores en el trascurso de una enfermedad (Martín L, Grau. 2004). Un primer grupo de factores determinantes está constituido por variables de la *interacción con el profesional sanitario*, que incluye la *satisfacción del paciente* en el

proceso de interacción con los profesionales de salud y las *características de la comunicación* que establece con su médico; se ha planteado que los pacientes más insatisfechos tienen mayores probabilidades de no llevar a cabo las instrucciones de tratamiento (Macía y Méndez, 1999). La comunicación, como se ha dicho, permite al paciente comprender la información que se está dando sobre la prescripción o recomendación, lo cual supone un primer paso para que pueda aceptarla y recordarla (Rodríguez Marín, 1995). Morales (1999) señala la importancia de la comunicación, el reconocimiento de la individualidad del paciente, la calificación profesional percibida, las características del lugar en que se produce la atención; además, del nivel de expectativas del paciente respecto al servicio que aspira recibir.

Un segundo grupo de factores tiene un carácter básicamente médico y está relacionado con las *características del régimen terapéutico*, entre los cuales se distingue, en primer lugar, la *complejidad del tratamiento*, que se refiere al grado de cambio comportamental que requiere; cuando implica cambio en los hábitos o exige pautas nuevas produce una tasa de cumplimiento baja (Rodríguez Marín, 1995). El número de medicamentos consumibles, la frecuencia del consumo, la combinación de distintos tipos de intervención, y, especialmente, la duración del tratamiento, son todas variables relacionadas con la complejidad (Macía y Méndez, 1999). Peck y King (1985) apuntan a que del 20 al 30 % de los pacientes sometidos a tratamientos breves fallan en cumplirlos, mientras que si es corto y de naturaleza preventiva fracasan entre el 30 y 40 % de los sujetos; las prescripciones que requieren un plazo largo no son seguidas por el 50 % de los enfermos al momento de comenzarlas, y este incumplimiento va incrementándose a medida que pasa el tiempo. También la *relación costo-beneficio del régimen de tratamiento* puede resultar apreciable, ya que los costos pueden ser diversos:

económicos, sociales, laborales, familiares, emocionales, mientras los beneficios están dirigidos hacia la convicción de que las enfermedades se han curado. La *presencia de efectos secundarios* afecta las tasas de adherencia porque estos pueden llegar a ser más perturbadores que los síntomas de la enfermedad, los posibles efectos colaterales de los medicamentos pueden actuar como estímulos contraproducentes, produciendo descenso en la adherencia (Macía y Méndez, 1999).

El tercer grupo de factores que intervienen en la adherencia terapéutica está referido a la naturaleza de la enfermedad. Se ha reportado que las enfermedades agudas con síntomas de dolor o incomodidad producen mayor tasa de cumplimiento, siendo menor en las enfermedades crónicas asintomáticas, cuando los síntomas constantes facilitan la adaptación o cuando los propios síntomas dificultan el cumplimiento de las prescripciones (Friedman y Di Matteo, 1989; Amigó, 1998). Se ha afirmado que resulta más difícil seguir recomendaciones profilácticas que cuando los síntomas están produciendo malestar (Macía y Méndez, 1999).

El cuarto y último grupo de determinantes de la adherencia a los tratamientos está constituido por un amplio conjunto de factores convencionalmente llamados como psicosociales, que involucra, en primer lugar, las creencias del paciente asociadas a la percepción de severidad de la enfermedad; a la estimación de su propio riesgo de enfermarse o vulnerabilidad percibida (Becker, 1974; Rosenstock, 1974, 1985); por otro lado, la creencia de la persona de ser capaz de ejecutar la respuesta necesaria (auto-eficacia percibida) (Bandura, 1977, 1989), y, por último la creencia de que la respuesta será más eficaz que los costos ocasionados por la conducta (utilidad percibida). Villamarín (1990) considera que la auto-eficacia percibida para cumplir los regímenes

médicos podría ser una variable determinante del grado de cumplimiento. Kaplan, Atkins y Reinsch (1984) comprobaron que la auto-eficacia incrementada por una técnica cognitiva en terapias psicológicas a pacientes con EPOC para involucrarlos en un programa de ejercicios físicos, predijo significativamente el grado de cumplimiento durante el seguimiento. El apoyo social y familiar también puede contribuir a incrementar la ejecución de las prescripciones al animar a mantener el régimen médico; el refuerzo de la familia y personas significativas puede facilitarlo; cuando las recomendaciones incluyan cambios en estilos de vida puede ser especialmente necesario el refuerzo de allegados para iniciar y mantener los cambios (Ferrer, 1995; Barra, 2003).

Como puede apreciarse, el cumplimiento de las prescripciones o adherencia terapéutica está influenciada por factores psicosociales como la creencia que se tiene acerca del síntoma y la administración de medicamentos, el tiempo transcurrido luego del diagnóstico, la percepción que se tiene de la complejidad de la enfermedad y la información recibida acerca del carácter progresivo de la enfermedad crónica (Moreno y colaboradores, 2007). El compromiso con este cumplimiento se facilitará cuando el paciente perciba mejoría por el tratamiento indicado (Mendoza y colaboradores, 2006); sin embargo, esta misma percepción de mejoría, puede hacer que el paciente interrumpa el tratamiento. Se han encontrado asociaciones positivas del compromiso con el cumplimiento del tratamiento y rasgos de personalidad tales como la extraversión, la apertura, la responsabilidad, la conciencia y la escrupulosidad, los estilos de afrontamiento activo y la capacidad de integrar emociones (Granados y Escalante, 2010; Grau, 2013), la relación empática entre el profesional tratante y el paciente, la escucha por parte del médico tratante y los espacios de confianza en donde el paciente expresa de forma libre sus inquietudes y problemas

(Jagosh y colaboradores, 2011) facilitando así la participación del paciente en la toma de decisiones y la explicación de las dudas que surgen durante la prescripción (Stavropoulou, 2011; Grau, 2013).

Durante el proceso de la enfermedad, los pacientes desarrollan **estrategias de afrontamiento** ante ella, como el auto-manejo y la auto-regulación (Knittle, De Gucht y Maes, 2012), buscando control sobre los síntomas, los tratamientos, las consecuencias físicas y psicosociales y la realización de ajustes a un estilo de vida (actividad física) con una condición crónica que les permita mantener una calidad de vida satisfactoria (Francis, Feyery, Smith, 2007). Las estrategias de afrontamiento activas tales como, la resolución de problemas, la recopilación de información y la regulación de las emociones, contribuyen al manejo del dolor, los estados de ánimo depresivos y el aumento de la capacidad funcional; asimismo, existen estrategias activas encaminadas al ajuste de objetivos que dan sentido de identidad y significado a la vida, tributando al bienestar psicológico del enfermo (Garnefski y colaboradores, 2009).

Teniendo en cuenta estos aspectos psicosociales, las intervenciones psicológicas deben estar encaminadas a brindar estrategias para el manejo de las condiciones emocionales, cognoscitivas y comportamentales de los pacientes. Entre las técnicas de intervención deben ser incluidas la **entrevista motivacional**, que facilita la adquisición de un compromiso para el cambio comportamental a través del reconocimiento y empoderamiento frente a los problemas presentes y potenciales; esta entrevista se centra en las verbalizaciones y actitudes del paciente que permitan la identificación de ambivalencia, hábitos o conductas poco sanos que sea necesario trabajar para promover cambios hacia estilos de vida más saludables (Pruchno y colaboradores, 2009). Otra estrategia es la **intervención psicoeducativa**, que

involucrando al paciente de manera activa, brinda información pertinente, clara y comprensiva por un especialista, permite cambios a nivel de creencias y mitos sobre la enfermedad, plantea sugerencias para el afrontamiento de situaciones cotidianas y el manejo del impacto de la enfermedad en la vida del paciente y favorece la aceptación del diagnóstico y la comprensión de los cambios necesarios (Cudney y Weinert, 2012). A pesar de que debe mantenerse la educación dentro de la intervención de manera continua para que ella contribuya a los cambios necesarios en los comportamientos del paciente, la mayor parte de las intervenciones consisten en aplicaciones relativamente cortas con una duración de una o dos horas durante ocho o diez semanas, en dependencia de las necesidades de los pacientes (Landwehr y Baker, 2012).

Durante la intervención psico-educativa suele entrenarse a los enfermos en **habilidades para el manejo del estrés** (Martire, 2005), a partir de la reducción de la atención al evento que puede generarlo y el cambio en la forma en la que éste se asume (Larsen y Christenfeld, 2011), estas habilidades permiten complementar el tratamiento farmacológico puesto que incrementan el bienestar emocional y el funcionamiento psicológico, social y conductual. También se utilizan **estrategias cognitivo-conductuales** para mejorar las habilidades de auto-gestión, auto-eficacia y control de la enfermedad (McGillion y colaboradores, 2008). Materiales de corte audio-visual como folletos, información por correos electrónicos, páginas web y mensajes de texto dirigidos a celulares sobre ejercicios propician el seguimiento y facilitan el compromiso y la participación activa en el cambio del paciente (Melo-Carrillo, Van Oudenhove y Lopez-Avila, 2012). Estas modernas **técnicas basadas en el uso generalizado de la información y la comunicación en la vida cotidiana (TIC)** facilitan el fortalecimiento de los recursos de autocontrol del paciente, al

proporcionar el conocimiento esencial y las habilidades para afrontar eficazmente las demandas de la enfermedad, ayudan a mantener un aceptable nivel de funcionamiento físico y social; y pueden brindar apoyo en las redes sociales (Melo-Carrillo y colaboradores, 2012; Nguyen y colaboradores, 2013). Bien utilizadas pueden brindar muy buenos resultados a nivel emocional, instrumental y social (Paterson y colaboradores, 2011).

Hay evidencias que reportan diferencias en los **programas de intervención de auto-cuidado en función del grado de auto-eficacia**: los pacientes con baja autoeficacia requieren un mayor conocimiento sobre los comportamientos saludables y sobre el compromiso que deben tener en su proceso; los que tienen alta autoeficacia en la búsqueda de ayuda, manejan sus propios problemas relacionados con salud y no resultará necesaria su participación regular en el programa, solo dependerá de las necesidades percibidas por el paciente y los profesionales que lo atienden (Chan y Chan, 2011).

Otras intervenciones terapéuticas buscan promover la salud a través de la **auto – regulación por medio del entrenamiento en el reconocimiento de estados mentales y la sensación de control sobre el cuerpo y el comportamiento** (meditación, yoga, técnicas de relajación y respiración, hipnoterapia, imaginería visual y procedimientos de bio-retro-alimentación o biofeedback); son útiles en las condiciones de estrés psicológico, que con frecuencia se presenta en las ECNT (Senders y colaboradores, Grau, 2012, 2013).

Diversas **metodologías para el cambio por etapas** han sido propuestas para modificar el estilo de vida de los pacientes. Una de las más conocidas es el *modelo transteórico* (Prochaska, DiClemente, 1982, Prochaska, Velicer, 1997) que persigue

cambios en la actividad física, la alimentación sana, la pérdida de peso y el seguimiento de las recomendaciones con respecto a los medicamentos. Estas intervenciones, están dirigidas a activar mecanismos subyacentes como el autocontrol (incluye motivación, acción, mantenimiento, dirección social y emocional y determinantes cognoscitivos) y la autorregulación (Knittle, 2012) y han sido empleadas con fines preventivos para disminuir factores de riesgo en cáncer (Romero, Grau, Gómez et al, 2003; Romero, Grau, Chacón et al, 2011).

Las **terapias cognitivo-conductuales ante el dolor** proporcionan estrategias a través del fortalecimiento de habilidades para el afrontamiento y la reestructuración cognoscitiva para que el paciente comprenda cómo los pensamientos y las emociones están relacionadas con la presencia de dolor y las utilice para su manejo (Martín M, 2002; Macea y colaboradores, 2010; Grau, 2012). Al existir asociación entre creencias y percepción focalizada del dolor, la aplicación de técnicas de distracción (control atencional), pueden disminuir la sensación nociceptiva de dolor, su intensidad (Martín M, 2002; Grau, 2012; Kohl, Rief y Glombiewski, 2013). Las terapias cognitivo-conductuales (TCC) aumentan también la aceptación de la enfermedad y la comprensión de las condiciones de dolor crónico, con el fin de facilitar su adaptación y mejorar el bienestar psicológico y la calidad de vida de pacientes y familiares (Grau, 2012; Vriezolk y colaboradores, 2013). En general, los resultados en dimensiones de la CVRS como el dolor, la fatiga, el funcionamiento físico y el humor han demostrado la efectividad de las TCC; especialmente cuando se involucra la hipnosis (Castel y colaboradores, 2012).

Además del control del dolor, existen otras intervenciones basadas en **TCC para el afrontamiento de estados de ansiedad y depresivos**, cuyo objetivo es impedir que

los estados negativos del paciente provoquen un surgimiento, empeoramiento o resurgimiento de los síntomas (Quiroga, 2012). Dentro de estas intervenciones se incluyen el registro de cogniciones disfuncionales, el interrogatorio directo, el entrenamiento en detección de cambios en estado de ánimo durante la sesión, la modificación de conceptos o creencias distorsionadas, la programación y entrenamiento de actividades instrumentales y la asignación y seguimiento de tareas (Riveros y colaboradores, 2005); estas técnicas terapéuticas están dirigidas centralmente a las cogniciones y a los comportamientos y su efectividad se muestra en la disminución de los estados depresivos, la disminución en las expresiones negativas acerca del estado de salud, el reporte de un nivel de calidad de vida incrementado y la adaptación y ajuste a la condición de salud (Warmerdam y colaboradores, 2010). Por ejemplo, la Terapia Racional Emotiva (TRE) busca que el paciente aprenda que sus actos tienen consecuencias, que piense de manera diferente (racional), con el fin de manejar sus emociones y actos; este proceso busca hacer explícitas las auto-verbalizaciones y evaluar las situaciones de la vida cotidiana para actuar de manera sensata, más funcional y menos dolorosa (Ibañez, Pérez y Vargas, 2012).

Otro tipo de intervenciones propuestas para el manejo de las variables psicológicas y espirituales asociadas a las ECNT, es el **alivio del sufrimiento emocional y el fomento de un comportamiento constructivo** a través de la identificación de las cogniciones desadaptativas que subyacen en el sufrimiento de cada persona. El examen de la validez y la utilidad de pensamientos destructivos, la reformulación de cogniciones que están asociadas con el sufrimiento menos intenso y el facilitar procesos de aceptación y trascendencia, buscando un sentido al sufrimiento y la preservación de la dignidad, puede modificar interpretaciones que

resulten catastróficas para el paciente, especialmente en etapas avanzadas de la enfermedad crónica (Geenen y colaboradores, 2012; Grau, 2009; Grau, Scull, 2013; Llantá, Grau, Massip et al, 2005; Chochinov, 2006, 2007).

Además de las anteriores intervenciones individuales o grupales con los pacientes, se plantea en investigaciones recientes, la importancia del **apoyo por parte de otras personas en el proceso de enfermedad**, puesto que permite mejorar la calidad de vida y los síntomas depresivos de los pacientes con ECNT (Kojima, 2012); se ha sugerido que el apoyo social, puede jugar un papel importante retardando la progresión de varias enfermedades crónicas degenerativas (Dinicola y colaboradores, 2013). Se ha reportado una influencia positiva en la recuperación, en la supervivencia del paciente y en la respuesta del organismo al tratamiento, cuando el paciente participa en redes sociales de calidad; incluso se ha reportado que las personas con pareja no solo son más saludables, sino que los enfermos con pareja tienden a complicarse menos y tener mejor calidad de vida que las personas que no cuentan con una compañía permanente, debido al apoyo social derivado de estar casado (Magliano y colaboradores, 2006). En general, la **participación de los cuidadores familiares en las intervenciones terapéuticas** ayuda a modificar estilos de vida, contribuye a evitar recaídas y mejora la sintomatología del paciente (Lehmann y colaboradores, 2011; Hartmann y colaboradores, 2010), de aquí la importancia del entrenamiento y protección de cuidadores familiares y la disminución de la llamada “carga del cuidador” de enfermos crónicos (Grau, Chacón, Reyes, 2012) y de las acciones de recuperación incluso después de la muerte del enfermo, durante el proceso de duelo (Grau, Victoria, Vargas, 2014). No hay que descuidar aquí el **auto-cuidado que deben tener los propios profesionales de la salud que trabajan con enfermos**

crónicos para disminuir el estrés laboral y prevenir el desgaste profesional (burnout) que también repercute en la calidad del servicio que se presta a pacientes crónicos y cuidadores familiares (Chacón, Grau, Reyes, 2012).

A modo de conclusiones

El componente psicológico o psicosocial está presente en las enfermedades crónicas, tanto en la vulnerabilidad para enfermar como en la protección y las acciones de prevención. Y también puede retardar la progresión de la enfermedad y propiciar un mejor ajuste a la misma en el paciente, el cuidador familiar y los cuidadores profesionales.

La especificidad en la evaluación e intervención psicológica en los enfermos crónicos involucra nuevos retos a la organización de los servicios de salud e incuestionables desafíos en el orden ético que van más allá del paciente, y alcanzan a la familia, la comunidad y a toda la sociedad.

La inserción de psicólogos en los equipos interdisciplinarios en escenarios institucionales de salud permite brindar una atención integral al paciente en pos de mejor calidad de vida, generar resultados efectivos en menor tiempo, disminuir recaídas, mejorar la calidad de la atención y reducir la carga del sistema de salud causada por la necesidad de atención de los médicos especialistas a los pacientes que padecen ECNT.

A causa de la complejidad del proceso continuo de salud-enfermedad y del proceso que sigue el paciente con una ECNT, la intervención sobre las variables psicológicas se encuentra asociada a cambios en variables muy importantes como el compromiso con el cumplimiento del tratamiento e incremento de la adherencia a las prescripciones, los cambios en la calidad de vida del paciente y de quienes lo rodean

y el mejor ajuste o adaptación a la enfermedad y sus tratamientos. Obviamente, lo psicológico por sí mismo no tiende a curar una enfermedad crónica, pero, interactuando con acciones médicas y de otros profesionales, puede hacer más fácil, humano y digno el curso de una enfermedad crónica, con un mejor desempeño del rol social y laboral de los pacientes y sus familiares y con menores costos para los servicios y sistemas de salud.

REFERENCIAS

- Abegunde D, Mathers C, Adam T, Ortegon M y Strong K. (2007). The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*; 370, 929-1938.
- Adeyi O, Smith O y Robles S. (2007). Public Policy and the Challenge of Chronic Noncommunicable Diseases. *Washington, DC: World Bank* 1-218. Recuperado de: <http://site.ebrary.com/lib/bibliobosque/Doc?id=10180744&ppg=19>
- Allender S, Foster C, Hutchinson L y Arambepola C. (2008). Quantification of urbanization in relation to chronic diseases in developing countries: a systematic review. *Journal Urban Health*; 85(6), 938-951.
- Amigó I, Fernández C y Pérez M. (1998). La adhesión a los tratamientos terapéuticos. En: I Amigó (Ed.) *Manual de Psicología de la Salud* (pp. 229-270). Madrid: Pirámide,
- Antonovsky A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey Bass.
- Antonovsky A. (1990). Personality and health: testing the sense of coherence model. In: HS Friedman (Ed.) *Personality and disease*. NY: Wiley & Sons.
- Bandura A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*; 84: 191-215.
- Bandura A. (1989). Lifestyle and Health. Some remarks on different viewpoints. *Social Science and Medicine*; 19: 341-347.
- Barile J, Thompson W, Zack M, Krahn G, Horner-Johnson W y Haffer S. (2012). Activities of Daily Living, Chronic Medical Conditions, and Health-Related Quality of Life in Older Adults. *Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins*; 35(4): 292-303.
- Barra E. (2003). *Psicología de la Salud*. Santiago de Chile: Mediterráneo, Ltda.

- Bayarre H. (2009). Calidad de vida en la tercera edad y su abordaje desde una perspectiva cubana. *Rev Cubana de Salud Pública*, 35(4): 110-116.
- Becker MH. (1974). The Health Belief Model and personal health behavior. *Health Education Monographs*; 2: 324-473.
- Berry M, Rejeski W, Miller M, Adair N, Lang W, Foy C y Katula J. (2010). A lifestyle activity intervention in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Medicine*; 104: 829-839.
- Blinderman C, Homel P, Billings A, Tennstedt Sh y Portenoy R. (2009). Symptom Distress and Quality of Life in Patients with Advanced Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J of Pain and Symp Manag*; 38 (1): 115-123.
- Booth-Kewley S y Friedman HS. (1987). Psychological predictors of heart disease: a quantitative review. *Psychological Bulletin*, 11: 343-362.
- Campbell K, Ash S y Bauer J. (2008). The impact of nutrition intervention on quality of life in pre-dialysis chronic kidney disease patients. *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*; 27: 537-544.
- Carmel S, Anson O, Levenson A, Bonne DY y Maoz B. (1991). Life events, sense coherence and health: gender differences on the kibbutz. *Soc Sci Med*; 32:1089-1096.
- Carranza WA y Flórez-Alarcón LE. (2007). La entrevista motivacional como herramienta para el fomento de cambios en el estilo de vida de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. *Avances en Psicología Latinoamericana*; 25(2): 63-82.
- Castel A, Cascon R, Padrol A, Sala J y Rull M. (2012). Multicomponent cognitive-behavioral group therapy with hypnosis for the treatment of fibromyalgia: long-term outcome. *Pain*; 13(3): 255-265.
- Cudney S y Weinert C. (2012). An Online Approach to Providing Chronic Illness Self-Management Information. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*; 30(2): 110-117.
- Chacón M, Grau J, Reyes MC. (2012). *Prevención y control del estrés laboral y el desgaste. Guía para profesionales que trabajan con enfermos crónicos avanzados*. La Habana: ECIMED.
- Chan S y Chan Ch. (2011). Attitude, Social Influence, and Self-Efficacy Among Chinese Participants of Chronic Disease Self-Management Program: A Latent Growth Curve Modeling Study. *Rehab Psychology*; 56(3): 191-199.
- Checton M, Greene K, Magsamen-Conrad K y Venetis M. (2012). Patients' and Partners' Perspectives of Chronic Illness and Its Management. *Families, Systems & Health*; 30 (2), 114-129.
- Chochinov HM. (2006). Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *CA Cancer J Clin*; 56: 84-103.
- Chochinov HM. (2007). Dignity and the essence of medicine: the A,B,C and D of dignity conserving care. *BMJ*; 335: 184-187.
- Daar A, Singer P, Leah D, Pramming S, Matthews D, Beaglehole R, Bernstein A, Borysiewicz L, Colagiuri S, Ganguly N, Glass R, Finegood D, Koplan J, Nabel E, Sarna G, Sarrafzadegan N, Smith R, Yach D y Bell J. (2007). Grand challenges in chronic non-communicable diseases. *Nature*; 450 (22), 494-496.
- DiNicola G, Julian L, Gregorich ES, Blanc D P y Katz PP. (2013). The role of social support in anxiety for persons with COPD. *Journal of Psychosomatic Research*; 74(2): 110-115.
- Dunbar JM y Agras WS. (1980). Compliance with medical instructions. In: JM Ferguson, CB Taylor (Eds.) *The Comprehensive Handbook of Behavioral Medicine* (vol. 1). Lancaster, M.T.P..
- Emmons RA y Diener E. (1985). Personality correlates of subjective well-being. *Pers Soc Psychol Bull*; 11: 89-97.

- Eysenck H. (1994). Cancer, personality and stress: prediction and prevention. *Adv Behav Res Ther*; 16: 167-215.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Vejez con éxito o vejez competente: un reto para todos. En: Ponencias de las IV Jornadas de la AMG. Envejecimiento y Prevención, Barcelona.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011, marzo). Envejecimiento saludable. Conferencia en el Congreso sobre Envejecimiento. La Investigación en España, Universidad Autónoma de Madrid
- Fernández LC, Vázquez B, Fernández JL, Moreno P, Fruns I y Liso J. (2008). Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento ambulatorio con anti-TNF. *Farm Hosp*; 32(3):178-181
- Ferrer VA. (1995). Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. *Revista de Psicología de la Salud*; 7(1): 35-61.
- Fisher, L. (2005). Family, Ethnicity, and Chronic Disease: An Ongoing Story With a New Twist. *Families, Systems & Health*; 23(3), 293-306.
- Flannery RB y Flannery GJ. (1990). Sense of coherence, life stress and psychological distress: a prospective methodological inquiry. *J Clin Psychol*; 46(4): 415-420.
- Flórez-Alarcón L. (2007). *Psicología Social de la Salud. Promoción y prevención*. México: Manual Moderno.
- Francis F, Feyer M y Smith B. (2007). Implementing chronic disease self-management in community settings: lessons from Australian demonstration projects. *Aust Health Rev*; 31(4): 499-509.
- Friedman H, Di Matteo RCD. (1989). *Health Psychology*. London: Prentice Hall.
- Friedman M y Roseman R. (1976). *Conducta tipo A y su corazón*. Barcelona: Grijalbo.
- Garnefski N, Grol M, Kraaij V y Hamming JF. (2009). Cognitive coping and goal adjustment in people with Peripheral Arterial Disease: Relationships with depressive symptoms. *Patient Educ and Counseling*; 76: 132-137.
- Geenen R, Newman S, Bossema E, Vriezolk J y Boelen P. (2012). Psychological interventions for patients with rheumatic diseases and anxiety or depression. *Best Practice Res Clinical Rheumatology*; 26(3): 305-319.
- González Rey F. (1989). *Psicología. Principios y categorías*. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales.
- González O, Fonseca J y Jimenez L. (2006). El cáncer como metáfora de muerte o como opción para resignificar la vida: narrativas en la construcción de la experiencia familiar y su relación con el afrontamiento del cáncer de un hijo menor de edad. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*; 2(2): 259-277.
- Graham H y Kelly MP. (2004). Health inequalities: concepts, frameworks and policy. NHS Briefing Paper.
- Granados E y Escalante E. (2010). Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus. *Liberabit Rev de Psicología*; 16(2): 203-215.
- Grau J (1996). La Psicología de la Salud y las enfermedades crónicas: un paradigma del trabajo futuro. En: G Rodríguez, ME Rojas (Eds.) *La Psicología de la Salud en América Latina* (pp. 47-60). México, DF: UNAM.
- Grau J. (2012). Ética en Oncología. Conferencia inicial en el módulo de Bioética en la especialidad de Oncología, Instituto cubano de Oncología y Radiobiología (documento no publicado).
- Grau J. (2013). Enfermedades crónicas no transmisibles: una mirada panorámica. Conferencia central en el módulo de Enfermedades Crónicas, Especialidad de Psicología de la Salud, Facultad de Ciencias Médicas "Manuel Fajardo", Universidad de Ciencias Médicas de La Habana (documento no publicado).

- Grau J. (2014, noviembre). Calidad de vida, bienestar subjetivo y Psicología de la Salud: un camino al futuro. Conferencia de clausura de la VII Conferencia Internacional de Psicología de la Salud (PSICOSALUD 2014). En: Memorias del evento (formato en CD).
- Grau J y Chacón M. (2004). El estrés en el paciente diabético. Boletín diabetológico. Centro para la prevención y control de la diabetes. Guadalajara, México.
- Grau J. (2009) Alleviating Cancer Patients Suffering: Whose Responsibility Is It? *Viewpoint in Medica Review, Summer 11(3): 52.*
- Grau J, Chacón M y Reyes MC. (2012). *Guía de cuidados para familiares de enfermos crónicos avanzados.* La Habana: ECIMED.
- Grau J, Hernández E y Vera P. (2005). Estrés, salutogénesis y vulnerabilidad. En: E Hernández, J Grau (Eds.) *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones.* (113-178). Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Grau J, Infante O y Díaz JA. (2012). Psicología de la Salud en Cuba: apuntes históricos y proyecciones para los inicios del siglo XXI. *Pensamiento psicológico; 10(2): 83-101.*
- Grau J, Llantá MC, Chacón M, Massip C y Barbat I. (2004). *Los aspectos psicosociales en el control del dolor en enfermos de cáncer: hacia un abordaje integral.* Guadalajara: Todo en impresión.
- Grau J y Martín M. (1993). La investigación psicológica de los enfermos crónicos en Cuba: una revisión. *Revista Psicología y Salud, enero-junio: 137-149.*
- Grau J, Martín M y Portero D. (1993). Estrés, ansiedad, personalidad: resultados de las investigaciones cubanas efectuadas sobre la base del enfoque personal. *Rev Interamericana de Psicología; 27(1), 37-58.*
- Grau J, Scull M. (2013). Necesidades psicológicas y espirituales al final de la vida: un reto en la atención a la salud. En: GR Ortiz (Ed) *Tópicos selectos en Psicología de la Salud: Aportes latinoamericanos* (pp. 165-212). México, DF: Editorial Ducere.
- Grau J, Victoria CR, Vargas E. (2014). *Perder, sufrir y seguir. El proceso de duelo.* Guadalajara: UNIDAPSA.
- Grossarth-Maticek R, Eysenck HJ, Vetter H y Schmidt P. (1988). Psychosocial types and chronic diseases. Results of the Heilderberger Prospective Psychosomatic Intervention Study. In: CD Spielberger (Ed) *Topics in Health Psychology.* NY: Wiley & Sons.
- Grossarth-Maticek R y Eysenck HJ (1990). Personality, stress and disease: description and validation of a new inventory. *Psychol Reports, 66: 355-373.*
- Hansen R, Seifledin R y Noe L. (2007). Medication Adherence in Chronic Disease: Issues in Posttransplant Immunosuppression. *Transplantation Proceedings; 39(5):1287-1300.*
- Hanson M y Gluckman P. (2011). Developmental origins of health and disease: Moving from biological concepts to interventions and policy. *International Journal of Gynecology and Obstetrics; 115 (Suppl 1): S3-5.*
- Hartmann M., Bazner E., Wild B., Eisler I y Herzog W. (2010). Effects of interventions involving the family in the treatment of adult patients with chronic physical diseases: a meta-analysis. *Psychother Psychosom; 79(3): 136-148.*
- Hirschhorn L, Kaaya S, Garrity P, Chopyak E y Fawzi M. (2012). Cancer and the 'other' noncommunicable chronic diseases in older people living with HIV/AIDS in resource-limited settings: a challenge to success. *AIDS; (26, Supp. 1): S65-75.*
- Ibañez E, Pérez G y Vargas J. Terapia racional emotiva: una revisión actualizada de la investigación. *Revista*

- Electrónica de Psicología, Iztacala*; 15(4): 1454-1474.
- Jackson MD, Coombs MP, Wright BE, Carney AA, Fuller LE y Reizo M. (2004). Self-reported non-communicable chronic diseases and health-seeking behaviour in rural Jamaica, following a health promotion intervention: a preliminary report. *International Congress Series*; 1267(2004): 59-68.
- Jagosh J, Donald J, Steinert Y, MacDonald M y Ingram L. (2011). The importance of physician listening from the patients' perspective: Enhancing diagnosis, healing, and the doctor-patient relationship. *Patient Educ and Counseling*; 85: 369-374.
- Janevic RM, Rosland AM, Wiitala W, Connell CM y Piette DJ. (2012). Providing support to relatives and friends managing both chronic physical illness and depression: The views of a national sample of U.S. adults. *Patient Education and Counseling*; 89(2012): 191-198.
- Jurado A y Suárez M. (2012). Modificación de Estilos de Vida en Pacientes con Enfermedades Crónicas no Transmisibles. *Idfiperu*; 6(1): 19-27.
- Kaplan RM, Atkins CJ y Reinsch S. (1984). Specific efficacy expectations mediate exercises compliance in patients with COPD. *Health Psychology*; 3: 223-242.
- Knittle K, De Gucht V y Maes S. (2012). Lifestyle- and behaviour-change interventions in musculoskeletal conditions. *Best Pract Res Clin Rheumatol*; 26(3): 293-304.
- Kobasa S. (1979). Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness. *J Pers Soc Psychol*; 37: 1-11.
- Kobasa S. (1993). Inquiries into hardiness. In: D Goldberg, Brehnitz M (Eds). *Handbook of stress. Theoretical issues and clinical applications* (pp. 320-339). NY: McGraw-Hill.
- Kobasa S, Maddi SR y Khan S. (1982). Hardiness and health: a prospective study. *J Pers Soc Psychol*; 42: 168-177.
- Kobasa S, Maddi SR y Courington S. (1981). Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship. *J Health Soc Behav*; 22: 368-378.
- Kojima M. (2011). Epidemiologic Studies of Psychosocial Factors Associated With Quality of Life Among Patients With Chronic Diseases in Japan. *Japan Epidemiological Association*; 22(1): 7-11.
- Kohl A, Rief W y Glombiewski J. (2013). Acceptance, cognitive restructuring, and distraction as coping strategies for acute pain. *J Pain*; 14(3): 305-315.
- Landwehr K y Baker L. (2012). Psychoeducation's Role in Integrated Health Care. *Psychiatric Annals*; 42(6): 219-225.
- Larsen B y Christenfeld N. (2011). Cognitive distancing, cognitive restructuring, and cardiovascular recovery from stress. *Biol Psychol*; 86(2): 143-148.
- Lazarus RS y Folkman S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca (trad. española de "Stress, appraisal and coping", de 1984).
- Lehmann N, Paul A, Moebusa S, Buddec T, Dobosb G y Michalsend A. (2011). Effects of lifestyle modification on coronary artery calcium progression and prognostic factors in coronary patients—3-Year results of the randomized SAFE-LIFE trial. *Atherosclerosis*; 219(2): 630-636.
- Leventhal H, Nerenz DR y Steele DJ. (1984). Illness representations and coping with health threats. In: A Baum, SE Taylor y JE Singer (Eds). *Handbook of Psychology and health. Social psychological aspects of health* (Vol. 4, pp. 219-252). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Llantá MC, Grau J, Massip C. (2005) La Psicología de la Salud en la lucha contra el cáncer. En: E Hernández, J

- Grau (Eds) *Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones* (pp. 467-506). Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Macea D, Gajos K, DagliaCalil Y y Fregni F. (2010). The efficacy of Web-based cognitive behavioral interventions for chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Journal Pain*; 11(10): 917-929.
- Macía D y Méndez FX. (1999). Líneas actuales de investigación en Psicología de la Salud. En: MA Simón (Ed.). *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones* (pp. 217-258). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, De Rosa C, Maj M. y National Mental Health Project Working Group. (2006). Social network in long-term diseases: A comparative study in relatives of persons with schizophrenia and physical illnesses versus a sample from the general population. *Soc Sci & Med*; 62(6): 1392-1402.
- Martín L y Grau J. (2004). La adherencia terapéutica como un problema de salud. *Psicología y Salud*; 14(1), enero-junio: 89-100.
- Martín L y Grau J. (2005). La adherencia terapéutica como un problema de la Psicología de la Salud. En: E Hernández, J Grau (Comps.) *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones* (pp. 567-590). Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Martín L, Sairo M y Bayarre H. (2003). Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. *Rev Cub Med Gen Int*; 19(2).
- Martín M. (2002). La evaluación psicológica del dolor crónico: estrategias para nuestro medio. Tesis doctoral, Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular, La Habana.
- Martín M, Grau J y Lechuga M. (2005). *Psicología de la Salud y dolor crónico*. En: E Hernández, J Grau (Comps.) *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*. (pp. 349-358). Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Martinez-Moragon, E., Perpina. M., Fullana, J., Macian, V., Lloris, A. y Belloch, A. (2008). Perception of dyspnea and treatment adherence in asthmatic patients. *Arch Bronconeumol*; 44(9): 459-463.
- Martire L. (2005). The "Relative" Efficacy of Involving Family in Psychosocial Interventions for Chronic Illness: Are There Added Benefits to Patients and Family Members?. *Families, Systems & Health*; 23(3): 321-328.
- McGillion M, Watt-Watson J, Stevens B, Lefort S, Coyte P y Graham A. (2008). Randomized controlled trial of a psychoeducation program for the self-management of chronic cardiac pain. *J Pain Symptom Manage*; 36(2): 126-140.
- Melo-Carrillo A, Van Oudenhove L y Lopez-Avila A. (2012). Depressive symptoms among Mexican medical students: high prevalence and the effect of a group psychoeducation intervention. *J Affect Disord*; 136(3): 1098-1103.
- Mendenhall A, Fristad M y Early T. (2009). Factors Influencing Service Utilization and Mood Symptom Severity in Children With Mood Disorders: Effects of Multifamily Psychoeducation Groups (MFPGs). *J of Consult and Clin Psychol*; 77(3): 463-473.
- Mendoza S, Muñoz M, Merino J y Barriga O. (2006). Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. *Rev Med Chilena*; 134: 65-71.
- Mensah G. (2007). Healthy endothelium: the scientific basis for cardiovascular health promotion and chronic disease prevention. *Vascul Pharmacol*; 46(5), 310-314.
- Moitra E, Mongold D, Sperry J y Kyle B. (2011). A Group Medical Visit Program for Primary Care Patients With Chronic

- Pain. *Professional Psychology: Research and Practice*; 42(2): 153-159.
- Moore J y McQuestion M. (2011). The clinical nurse specialist in chronic diseases. *Clin Nurse Spec*; 26(3), 149-163.
- Moos RH y Schaefer JA (1984). The crisis of physical illness: An overview and conceptual analysis. In: RH Moos (Ed.) *Coping with physical illness 2: New perspectives* (pp. 3-25). New York: Plenum Press.
- Morales F. (1999). *Psicología de la Salud. Conceptos básicos y proyecciones de trabajo*. La Habana: Científico Técnica.
- Moreno-Jiménez B, Alonso M y Álvarez E. (1997). Sentido de coherencia, personalidad resistente, autoestima y salud. *Psicología de la Salud*; 9(2):115-138.
- Moreno-Jiménez B, Garrosa EH y Gálvez HM. (2005). Personalidad positiva y salud. En: L Flórez, MM Botero, B Moreno (Eds.). *Psicología de la salud: temas actuales de investigación en Latinoamérica* (pp. 59-76). Bogotá: Kimpress, Ltda.
- Moreno P, Ybarra E, Sagarduy J, Granados G y Roales-Nieto J. (2007). Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. *Int J of Clin and Health Psych*; 7(3): 697-707.
- Nguyen H, Donesky D, Reinke L, Wolpin S, Chyall L y Benditt J., et al. (2013). Internet-based dyspnea self-management support for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Pain Symp Manage*; 46(1): 43-55.
- Núñez M, Núñez E, Yoldi C, Quinto L, Hernández MV y Muñoz-Gómez J. (2006). Health-related quality of life in rheumatoid arthritis: therapeutic education plus pharmacological treatment versus pharmacological treatment only. *Rheumatol Int*. 2006; 26: 752-757.
- OMS. (2003). La OMS alerta sobre riesgos de incumplimiento de tratamientos médicos. En: www.infomed.sld.cu
Fuente: Ginebra, julio.
- Ortiz J, Ramos N y Vera-Villarreal P. (2003). Optimismo y salud: estado actual e implicaciones para la Psicología Clínica y de la Salud. *Suma Psicológica*; 10(1), marzo: 119-134.
- Öztürk A, Simsek T, Yümin E, Sertel M y Yümin M. (2011). The relationship between physical, functional capacity and quality of life (QoL) among elderly people with a chronic disease. *Archives of Gerontology and Geriatrics*; 53: 278-283.
- Parekh S, Vandelanotte C, King D. y Boyle F. (2012). Design and baseline characteristics of the 10 Small Steps Study: a randomised controlled trial of an intervention to promote healthy behavior using a lifestyle score and personalised feedback. *BMC Public Health* 12(12): 179-245.
- Paterson TSE, O'Rourke N, Elmer E, Shapiro R y Thornton W. (2011). The composition and structure of depressive symptomatology in renal disease. *Canadian Journal of Behavioural Science*; 43(4): 318-327.
- Peck CL y King NJ. (1985). Increasing patient compliance with prescriptions. *Journal of The American Medical Association*, 248: 2874-2877.
- Pennebaker JW. (1995). *Emotion, disclosure and health*. Washington, DC: APA.
- Prochaska J, DiClemente C (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*; 19: 276-288.
- Prochaska J, Velicer W. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American J of Health Behavior*; (12): 38-48.
- Pruchno R, Wilson-Genderson M y Cartwright F. (2009). Depressive Symptoms and Marital Satisfaction in the Context of Chronic Disease: A Longitudinal Dyadic Analysis. *J of Family Psychology*; 23(4), 573-584.

- Quiroga A. (2012). Intervención telefónica para promover la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos con síntomas de ansiedad y depresión. *Enseñanza e investigación en Psicología*; 17(2): 387-403.
- Rasanathan K y Krech R. (2011). Action on social determinants of health is essential to tackle noncommunicable diseases. *Bull World Health Organ*; 89(10): 775-776.
- Reese J, Somers T, Keefe F, Mosley-Williams A y Lumley M. (2010). Pain and functioning of rheumatoid arthritis patients based on marital status: is a distressed marriage preferable to no marriage? *Pain*; 11(10): 958-964.
- Reyes MC, Grau J y Chacón M. (2009). *Cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado: 120 preguntas y respuestas*. La Habana: ECIMED.
- Riveros A, Cortazar-Palapa J, Alcazar F y Sánchez-Sosa JJ. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *Int J Clin and Health Psychol*; 5(3): 445-462.
- Robbins AS, Spence JT y Clark H. (1991). Psychological determinants of health and performance: the tangled web of deliverable and undeliverable characteristics. *J Pers Soc Psychol*; 61(5): 755-765.
- Roditi D y Robinson M. (2011). The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychol Res Behav Manag*; 4: 41-49.
- Rodríguez Marín J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis, 151-60.
- Romero T, Grau J, Gómez C, Chacón M, Infante O, Asen L, Llantá MC, Molina M, Camacho R y Grau R (2003). Desarrollo de conductas protectoras para control del cáncer con metodologías por etapas: una evaluación de eficacia. *Psicología y Salud*, 52(1): enero-septiembre, 28-44.
- Romero T, Grau J, Chacón M, Barbat I, Infante O, Grau R y Lence J (2011). Experiencias cubanas en el desarrollo de conductas protectoras con metodologías por etapas para el control del cáncer. En: *Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba, Control del Cáncer en la Atención Primaria de Salud. Experiencias cubanas* (pp. 25-30). La Habana: OPS/SICC/ECIMED.
- Rosenstock IM. (1974). The Health Belief Model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*; 2: 354-386.
- Rosenstock IM. (1985). Understanding and enhancing patient compliance with diabetic regimens. *Diabetes Care*; 8: 610-616.
- Ryland E y Greenfeid S. (1991). Work stress and well-being: an investigation on Antonovsky's Sense of Coherence Model. In: PL Perrewé (Ed.) *Handbook on job stress* (special issue). *J Soc Behav Pers*; 6(7): 39-54.
- Senders A, Wahbeh H, Spain R y Shinto L. (2012). Mind-body medicine for multiple sclerosis: a systematic review. *Autoimmune Dis*; 20(12): 567-324.
- Seligman MEP, Cikszenmihailyt M. (2000). Positive Psychology. An introduction. *American Psychologist*; 55: 5-14.
- Seligman ME, Linley PA, Joseph S y Boniwell I. (2003). Positive psychology: Fundamental assumptions. *Psychologist*, 16(3): 126-127.
- Sheppard JA y Kashani JH. (1991). The relationship of hardiness, gender and stress to health outcomes in adolescents. *J of Personality*; 59(4): 747-768.
- Soberanes S, González A y Moreno Y. (2009). Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Rev Espec Médico-Quirúrgicas*; 14(4): 161-172.
- Spilkin A y Ballantyne A. (2007). Behavior in children with a chronic illness: A descriptive study of child

- characteristics, family adjustment, and school issues in children with cystinosis. *Families, Systems & Health*; 25(1): 68-84.
- Stavropoulou C. (2011). Non-adherence to medication and doctor-patient relationship: Evidence from a European survey. *Patient Educ and Counseling*; 83(1): 7-13.
- Stellefson M, Dipnarine K y Stopka C. (2013). The Chronic Care Model and Diabetes Management in US Primary Care Settings: A Systematic Review. *Prev Chronic Dis*; 10: 120-180.
- Taylor SE y Aspinwall LG. (1990). Psychosocial aspect of chronic illness. In: PT Costa, GR Vanden Bos (Eds). *Psychological Aspects of serious illness; chronic conditions, fatal diseases and clinical care* (pp. 3-60). Washington: APA, Association Master Lectures.
- Taylor SE y Aspinwall LG. (1993). Coping with chronic illness. In: L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.). *Handbook of stress; Theoretical and clinical aspects*. (2a. ed., pp. 511-531). New York: Free Press.
- Temoshock LR. (1987). Personality, coping style, emotion and cáncer. Towards an integrative model. *Cancer Surv*; 6: 545-567.
- Temoshock LR. (2000). Complex coping patterns and their role in adaptation and neuroimmunomodulation. Theory, methodology and research. *Ann NY Acad Sci*, 917: 446-455.
- Torres Rivas RM, Fernández F y Maceira D. (1995). Self-esteem and value of the health as correlates of adolescent health behavior. *Adolescence*; 30(118): 403-412.
- Vera-Villarroel P y Guerrero A. (2003). Diferencias en habilidades de resolución de problemas sociales en sujetos optimistas y pesimistas. *Universitas Psychologica*; 2: 21-26.
- Vera-Villarroel P, Sánchez AI y Cachinero J. (2004). Analysis of the relationship between the type A behavior pattern and fear of negative evaluation. *Int J of Clinical and Health Psychology*; 4(2): 313-322.
- Villamarín F. (1990). Auto-eficacia y conductas relacionadas con la salud. *Rev Psicología de la Salud*; 2: 45-64
- Vinaccia S, Tobón S, Moreno E, Cárdena J y, Anaya JM. (2005). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Int J Psychol Ther*; 5: 47-61.
- Vriezekolk J, Eijsbouts A, van Lankveld W, Beenackers H, Geenen R y van den Ende C. (2013). An acceptance-oriented cognitive-behavioral therapy in multimodal rehabilitation: a pre-post test evaluation in highly distressed patients with rheumatic diseases. *Patient Educ Counseling*; 91(3): 357-363.
- Wagner C. (2008). Fighting Noncommunicable Diseases. Diseases that are the most fatal are also largely preventable. *The Futurist*; 42(2): 9.
- Walker SN, Kerr MJ, Pender NJ y Sechrist KR (1990). A spanish language version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *Nursing Research*, 39(5): 268-273.
- Warmerdam L, van Straten A, Jongsma J, Twisk J y Cuijpers P. (2010). Online cognitive behavioral therapy and problem-solving therapy for depressive symptoms: Exploring mechanisms of change. *J Beh Ther Experim Psychiatry*; 41(1): 64-70.
- Westman M. (1990). The relationship between stress and performance: the moderating effects of hardiness. *Human performance*; 3: 141-155.
- WHO (2012). *Chronic diseases*. Disponible: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/index.html. Recuperado: Octubre, 2012.
- Zubialde J, Mold J y Eubank D. (2009). Outcomes That Matter in Chronic Illness: A Taxonomy Informed by Self-Determination and Adult-Learning Theory. *Families, Systems & Health*; 27(3): 193-200.