

Revista Colombiana de Psicología

ISSN: 0121-5469

revpsico_fchbog@unal.edu.co

Universidad Nacional de Colombia
Colombia

OROZCO-GÓMEZ, ÁNGELA MARÍA; CASTIBLANCO-OROZCO, LAURA
Factores Psicosociales e Intervención Psicológica en Enfermedades Crónicas No Transmisibles
Revista Colombiana de Psicología, vol. 24, núm. 1, enero-junio, 2015, pp. 203-217
Universidad Nacional de Colombia
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80438019013>

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

doi:10.15446/rcp.v24n1.42949

Factores Psicosociales e Intervención Psicológica en Enfermedades Crónicas No Transmisibles*

ÁNGELA MARÍA OROZCO-GÓMEZ

LAURA CASTIBLANCO-OROZCO

Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia



Excepto que se establezca de otra forma, el contenido de esta revista cuenta con una licencia Creative Commons “reconocimiento, no comercial y sin obras derivadas” Colombia 2.5, que puede consultarse en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/co>

Cómo citar este artículo: Orozco-Gómez, Á. M. & Castiblanco-Orozco, L. (2015). Factores psicosociales e intervención psicológica en enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(1), 203-217.
doi:10.15446/rcp.v24n1.42949

La correspondencia relacionada con este artículo debe dirigirse a Ángela María Orozco-Gómez, e-mail: orozcoangela@unbosque.edu.co; amog@famendoro.info, o a Laura Castiblanco-Orozco, e-mail: laucastiblanco@uan.edu.co. Centro de Investigación, Facultad de Psicología, Universidad El Bosque, Cra. 7b Bis N.º 132-11, Edificio Fundadores, segundo piso, Bogotá, Colombia.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

RECIBIDO: 4 DE ABRIL DEL 2014 - ACEPTADO: 8 DE DICIEMBRE DEL 2014

* Agradecemos a las alumnas Natalia Mayorga y Gilma Mozo, de la especialización en Psicología Médica y de la Salud, de la Universidad El Bosque, quienes colaboraron con la búsqueda de artículos en las diferentes bases de datos

Resumen

Los cambios que experimentan las personas diagnosticadas con Enfermedades Crónicas no Trasmisibles (ECNT) a nivel individual, familiar o social evidencian la importancia de la intervención psicológica desde el modelo cognoscitivo-conductual. En este artículo se recoge literatura que demuestra la efectividad de este modelo para facilitar ajustes en el estilo de vida, generar mayor adherencia al tratamiento, minimizar los riesgos de recaída y mantener el nivel de calidad de vida del paciente y de quienes lo rodean. Se concluye que es fundamental que la intervención psicológica se brinde con calidad, equidad, oportunidad y pertinencia, lo que reducirá a mediano plazo los costos instrumentales, temporales y profesionales en el manejo de las ECNT.

Palabras clave: enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), factores psicosociales, calidad de vida, intervenciones psicológicas, modelo cognoscitivo-conductual.

Psychosocial Factors and Psychological Intervention in Chronic Non-Communicable Diseases

Abstract

Changes experienced by people diagnosed with Chronic Non-Communicable Diseases (NCDS), at the individual, familial, or social levels show the importance of psychological interventions based on the cognitive-behavioral model. This article reviews literature showing the effectiveness of this model in facilitating adjustments in lifestyle, generating greater compliance with the treatment, minimizing risks of relapse, and maintaining the patients' and their families' quality of life level. The conclusion is that it is essential for psychological interventions to be carried out with quality, equality, timeliness, and pertinence, in order to reduce the instrumental, temporal, and professional costs of treating NCDS in the medium term.

Keywords: chronic non-Communicable diseases (NCDS), psychosocial factors, quality of life, psychological intervention, cognitive-behavioral model.

Fatores Psicossociais e Intervenção Psicológica em Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Resumo

As mudanças que as pessoas diagnosticadas com Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) experimentam no âmbito individual, familiar ou social, evidenciam a importância da intervenção psicológica a partir do modelo cognitivo-comportamental. Neste artigo, faz-se uso de literatura que demonstra a efetividade desse modelo para facilitar ajustes no estilo de vida, gerar maior comprometimento ao tratamento, minimizar riscos de recaída e manter o nível de qualidade de vida do paciente e dos que o rodeiam. Conclui-se que é fundamental que a intervenção psicológica seja oferecida com qualidade, equidade, oportunidade e pertinência, o que reduzirá em médio prazo os custos instrumentais, temporais e profissionais na administração das DCNT.

Palavras-chave: doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), fatores psicossociais, qualidade de vida, intervenções psicológicas, modelo cognitivo-comportamental.

DEBIDO A la importancia y gran preocupación por los cambios en la salud de la población mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como los profesionales de diferentes áreas, se han puesto en la tarea de establecer criterios de evaluación y diagnóstico y profundizar en aquellas enfermedades que se han venido expandiendo de manera rápida y desproporcionada, como es el caso de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT).

En la actualidad, se considera que las ECNT son causadas en gran medida por factores de riesgo asociados al comportamiento, que dependen en gran parte de variables económicas como el trabajo, el acceso a los alimentos, la vivienda y la educación (Teresinha, 2012). La rápida urbanización y los estilos de vida del siglo XXI han propiciado algunos factores de riesgo como el aumento en el consumo de tabaco, los deficientes hábitos alimenticios, la insuficiencia de actividad física, la obesidad, el uso nocivo de alcohol, la disminución en el número de horas de sueño, la falta de compromiso con los tratamientos médicos y la utilización de servicios sanitarios de una manera inadecuada, el uso incorrecto de medicamentos es un ejemplo claro de ello (OMS, 2011).

Para la psicología de la salud, las ECNT son de gran importancia, por lo que se han propuesto diferentes intervenciones, apoyadas en la evidencia empírica de su eficacia, que podrían mejorar sustancialmente la calidad de vida de los pacientes. Desde el modelo cognoscitivo conductual, se supera la brecha entre la intención y el comportamiento, y se sugiere una distinción entre los procesos motivacionales pre-intencionales y los procesos volitivos post-intencionales (los cuales conducen al comportamiento saludable como tal). Esto lleva a la adopción y mantenimiento de hábitos saludables, a través de la modificación del sistema de creencias y de los comportamientos que comprometen a la salud (Schwarzer & Luszczynska, 2008).

Con base en lo anterior, este artículo pretende hacer una revisión de los aspectos psicológicos asociados con las ECNT. Se incluyeron los cambios que experimentan las personas adultas diagnosticadas con algunas ECNT a nivel individual, familiar y social, los factores de riesgo y los factores protectores, así como la importancia de la intervención psicológica respaldada por estrategias basadas en la evidencia desde el modelo cognoscitivo-conductual. Igualmente, se abordaron variables de suma importancia asociadas a las ECNT, tales como los estilos de vida, la actividad física, el bienestar emocional y psicológico, el apoyo social, la autoestima, el dolor, entre otros, por ser considerados de gran relevancia en la calidad de vida de los pacientes con ECNT.

La literatura que se incluye a continuación se obtuvo de bases de datos tales como: Proquest, Ovid, Medline, Scielo y Elsevier. Se revisaron 110 artículos, con fechas de publicación comprendidas entre los años 2004 y 2013. Los criterios de selección de los artículos fueron: estar publicados en revistas indexadas, no sobrepasar los 10 años de publicación, incluir literatura acerca de las palabras clave tenidas en cuenta en la presente revisión y ser literatura representativa de los diferentes continentes.

Conceptualización de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Se les ha denominado ECNT por prolongarse a través del tiempo, no tener cura, no conocerse un agente causante que las transmita de un individuo afectado a otro (Daar et al., 2007); o como lo dice Hanson y Gluckman (2011), ser enfermedades que no se resuelven espontáneamente, que conllevan cambios mayores en amplios aspectos de la vida de una persona y alteran las rutinas y actividades cotidianas, lo cual a su vez implica ajustes y apoyo a nivel familiar, social y laboral. Según Martos, Pozo y Alonso (2010), la enfermedad crónica se puede definir como “aquella que, por un lado, comporta una

gran repercusión sobre el estilo de vida del paciente, y, por otro lado, se trata de un proceso incurable y que consecuentemente implica vivir toda la vida con dicha enfermedad” (p. 35).

Las ECNT conforman un número importante de enfermedades, dentro de las que se encuentran las cardiovasculares (Hirschhorn, Kaaya, Garrity, Chopyak, & Fawzi, 2012), los accidentes cerebrovasculares, la mayoría de las formas clínicas de cáncer, los trastornos metabólicos (Kojima, 2011) y las enfermedades respiratorias y pulmonares (Abegunde, Mathers, Adam, Ortegon, & Strong, 2007; Daar et al., 2007; Hanson & Gluckman, 2011); además, se suman las enfermedades osteoarticulares y las renales dentro de este grupo (Hanson & Gluckman, 2011).

Estas enfermedades han venido presentando cifras similares a las de epidemias mundiales, y 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 (Allender, Foster, Hutchinson, & Arambepola, 2008; Daar et al., 2007; Hanson & Gluckman, 2011; Moore & McQuestion, 2011). Requieren de mayor cuidado en salud, generan altos costos sociales y económicos a nivel mundial (Adeyi, Smith, & Robles, 2007) y se catalogan como las enfermedades que generan más muertes en el mundo (Fisher, 2005).

Es importante anotar el aumento en el gasto por parte de los gobiernos en relación con estas enfermedades, tal y como lo exponen Allender et al. (2008). Estos autores comentan que sin intervenciones exitosas se estima que las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus tipo 2 y los accidentes cerebrovasculares costarán \$84 mil millones de dólares entre 2006 y 2015 para la economía de EE. UU. De la misma manera, Daar et al. (2007) previeron que, entre 2007 y 2017, China, India y el Reino Unido dejarán de generar ingresos en su producto interno bruto

por \$558, \$237 y \$33 miles de millones de dólares estadounidenses, respectivamente, como consecuencia de una menor productividad económica vinculada con enfermedades del corazón, derrames cerebrales y diabetes.

Los costos a largo plazo del tratamiento y los efectos negativos sobre la productividad son devastadores para la situación económica de los individuos, familias y sociedades. Esto es razón de que la mitad de las personas que mueren de ECNT se encuentran en una etapa de la vida donde pueden llegar a generar mayor productividad. Es así como se pone en peligro la competitividad de la industria de un país en la inmersión mundial (Bloom et al., 2012). En este sentido, resulta clara la importancia de incluir dentro de la comprensión e intervención de las ECNT la necesidad de interacción entre el sector salud y los sectores económicos (Raynaud, 2012).

Algunos Cambios Generados por la Presencia de una ECNT

En el Sistema Familiar

Es necesario tener en cuenta el rol que juega la enfermedad en la dinámica familiar, ya que al tratarse de un 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, la disminución en la productividad, entre otras (Checton, Greene, Magsamen-Conrad, & Venetis, 2012; Parekh, Vandelanotte, King, & Boyle, 2012).

La interferencia de la enfermedad en la vida de los pacientes también tiene que ver con factores tales como el dolor, la fatiga y la discapacidad, o con los efectos secundarios de los medicamentos, que influyen sobre el bienestar subjetivo (Checton et al., 2012). Los calambres musculares, la debilidad, la anorexia (Campbell, Ash, & Bauer, 2008), la incapacidad para trabajar, la dificultad para hacer planes y la incertidumbre al

no poder controlar los síntomas de la enfermedad (Blinderman, Homel, Billings, Tennstedt, & Portenoy, 2009) disminuyen el estado funcional y la calidad de vida de los pacientes.

Estilos de Vida

En presencia de alguna de las ECNT, se generan cambios en el estilo de vida, que incluyen las actividades cotidianas, el funcionamiento del sistema familiar y económico, los hábitos alimenticios, los espacios de ocio y recreación y el trabajo, entre otras (Jurado & Suárez, 2012).

La disminución en la actividad física se presenta especialmente cuando hay dolor agudo o crónico en enfermedades como la artritis, las deficiencias cerebrovasculares y las de la arteria coronaria (Barile et al., 2012). Las enfermedades musculo-esqueléticas causan mayor disminución en la actividad física en las mujeres (Öztürk, Simsek, Yümin, Sertel, & Yümin, 2011), y en el caso particular de 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 se hace necesario un ajuste en las actividades laborales (Juárez, Cadena, Vinacia, Anaya, & Contreras, 2004). Los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) reportan una disminución significativa en la realización de acciones cotidianas que requieren de esfuerzo físico (Berry et al., 2010).

La presencia de una ECNT, además, incrementa la asistencia a los servicios médicos y los encuentros con los especialistas (Lehmanna et al., 2011), lo que implica realizar ajustes tanto en el tiempo como en el dinero y poner en marcha nuevas rutinas que permitan cumplir con los requerimientos del equipo de salud (Riveros, Corzázar-Palapa, Alcázar, & Sánchez-Sosa, 2005).

Autoestima

La cronicidad de estas enfermedades provoca cambios en la percepción de la autoestima (Caranza & Flórez-Alarcón, 2007), disminución

de la satisfacción marital (Pruchno, Wilson-Genderson, & Cartwright, 2009), cambios de estado de ánimo e irritabilidad (Mendenhall, Fristad, & Early, 2009). Así como problemas ocupacionales y económicos, que repercuten en la dinámica familiar, y exigen ajustes en los roles y expectativas hacia el futuro (González-Gutiérrez, Fonseca-Fonseca, & Jiménez-Jordán, 2006).

El Dolor

El dolor, como un componente común e importante en las ECNT, se encuentra relacionado con aspectos psicológicos tales como la angustia (Roditi & Robinson, 2011), la ira, la irritabilidad, la desesperanza y las cogniciones de catastrofización (Barile et al., 2012). Las condiciones psicológicas se agudizan cuando los niveles de dolor aumentan y falta apoyo social (instrumental o emocional; Reese, Somers, Keefe, Mosley-Williams, & Lumley, 2010). Estos aspectos se asocian a la disminución en la calidad de vida de los pacientes crónicos (Öztürk et al., 2011).

Reacciones Emocionales y Ansiedad

Existe evidencia de la presencia de estados emocionales en las ECNT, como la depresión y la ansiedad en la diabetes, el síndrome de fatiga crónica en la artritis, la esclerosis múltiple y la artritis reumatoide; mientras que algunos estudios demuestran que la ansiedad se encuentra asociada en mayor medida a la EPOC y a las enfermedades cardíacas (Moitra, Mongold, Sperry, & Kyle, 2011); por su parte, la depresión se presenta con mayor frecuencia en la fase terminal de la enfermedad renal crónica (Pruchno et al., 2009).

Durante las fases de recaída o crisis es común encontrar síntomas de depresión, ansiedad y angustia (Porcelli, 2010), que se generan por las situaciones de hospitalización, la percepción de deterioro de la salud, la aparición de nuevos síntomas asociados a la enfermedad o la presencia de algunos que ya se habían mantenido bajo control. Se crea entonces incertidumbre en el paciente, debido al curso impredecible de la

enfermedad, la continua amenaza a la vida y la pérdida de la esperanza de una cura real.

Por otra parte, la depresión se encuentra relacionada con factores que predicen la supervivencia (Paterson, O'Rourke, Elmer, Shapiro, & Thornton, 2011). Así, la presencia de dicho trastorno disminuye la motivación, la concentración y la energía requerida para llevar a cabo, de forma consistente, las tareas de autocuidado, tales como la toma de medicación, el automonitoreo y la actividad física; y esto a su vez aumenta el riesgo de presentar condiciones físicas negativas y discapacidad (Janevic, Rosland, Wiitala, Connell, & Piette, 2012).

Otros de los procesos que se relacionan con la presencia de depresión en pacientes con ECNT son el ajuste y el compromiso con el tratamiento (Paterson et al., 2011), que es el grado en el que los pacientes toman los medicamentos y asumen cambios en relación con el estilo de vida recomendados por los profesionales de la salud.

Compromiso con el Tratamiento

Aun cuando el término *adherencia terapéutica* se asocia con un acuerdo terapéutico y colaboración entre el paciente y el profesional de la salud (Hansen, Seifledin, & Noe, 2007), en el presente artículo se utilizará el término *compromiso con el tratamiento*, por considerarlo más comprehensivo y ajustado a la disciplina de la psicología.

El compromiso con el tratamiento está asociado a múltiples factores en el transcurso de una enfermedad. Dentro de estos se encuentra 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 acerca del carácter progresivo de la enfermedad crónica (Moreno, Ybarra, Sagarduy, Granados-Gámez, & Roales-Nieto, 2007). El compromiso con el tratamiento se facilitará cuando el paciente perciba mejoría debido al tratamiento indicado (Mendoza,

Muñoz, Merino, & Barriga, 2006); sin embargo, esta misma percepción de mejoría puede hacer que el paciente interrumpa el tratamiento.

La evidencia empírica ha mostrado que las tasas de compromiso con el tratamiento farmacológico tienden a ser menores en pacientes que reciben tratamiento por enfermedades crónicas, que se prolongan de manera indefinida y presentan cambios en la sintomatología del paciente y, en algunos casos, hay remisión de la enfermedad (Martínez-Moragón et al., 2008). Mientras que la tasa de compromiso 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 et al., 2007).

Así mismo, se han encontrado asociaciones positivas entre el compromiso con el tratamiento y rasgos de personalidad, tales como la extraversión, la apertura, la responsabilidad, la conciencia y la escrupulosidad. Otros factores que favorecen el compromiso con el tratamiento son los estilos de afrontamiento activo, la capacidad de integrar emociones (Granados & Escalante, 2010), la existencia de una relación empática entre el profesional tratante y el paciente, de una escucha por parte del médico tratante y de espacios de confianza en donde el paciente pueda expresar de forma libre sus inquietudes y problemas (Jagosh, Donald, Steinert, MacDonald, & Ingram, 2011). Este último factor facilita la participación del paciente en la toma de decisiones y la explicación de las dudas que surgen durante la prescripción (Stavropoulou, 2011).

Intervenciones Psicológicas en ECNT

Además de las variables asociadas al compromiso con el tratamiento, durante el proceso de la enfermedad, los pacientes desarrollan estrategias de afrontamiento como el automanejo y la autorregulación (Knittle, De-Gucht, & Maes, 2012), que les permiten tener control sobre los

síntomas, los tratamientos y las consecuencias físicas y psicosociales; así como realizar los ajustes necesarios a su estilo de vida de modo que puedan mantener una calidad de vida satisfactoria (Francis, Feyer, & Smith, 2007).

Las *estrategias de afrontamiento activas*, tales como la resolución de problemas, la recopilación de información y la regulación de las emociones, contribuyen con el manejo del dolor, de los estados de ánimo depresivos y del aumento de la capacidad funcional (Garnefski, Grol, Kraaij, & Hamming, 2009). De igual forma, existen estrategias activas encaminadas al ajuste de objetivos que dan sentido de identidad y significado a la vida, lo que contribuye con el bienestar psicológico del paciente (Garnefski et al., 2009).

Debido a las situaciones antes mencionadas, las intervenciones psicológicas se encuentran encaminadas a brindar estrategias para el manejo de las condiciones psicoemocionales, cognoscitivas y comportamentales de los pacientes. Dentro de las técnicas de intervención se encuentra la entrevista motivacional, la cual facilita la adquisición de un compromiso para el cambio comportamental, a través del reconocimiento y empoderamiento de los problemas presentes y potenciales. Esta entrevista se centra en las verbalizaciones y actitudes del paciente que permiten la identificación de ambivalencia, hábitos o conductas poco sanos que deben trabajarse para promover cambios hacia estilos de vida más saludables (Pruchno et al., 2009).

Otra estrategia es la psicoeducación, que involucra al paciente de manera activa y busca que un especialista le brinde información pertinente, clara y comprensiva. Así, permite la generación de cambios a nivel de creencias y mitos sobre la enfermedad, y plantea sugerencias para el afrontamiento de situaciones cotidianas y para el manejo del impacto de la enfermedad en la vida del paciente. Además, facilita la aceptación del diagnóstico y la comprensión de los cambios debidos a la enfermedad (Cudney &

Weinert, 2012). La evidencia indica que una aplicación relativamente corta realizada de manera directa, con una duración de 1 o 2 horas durante 8 o 10 semanas, dependiendo de la necesidad del paciente o del grupo de pacientes (Landwehr & Baker, 2012), puede generar resultados positivos. Sin embargo, la psicoeducación debe tener continuidad y transversalidad, para facilitar los cambios necesarios en los comportamientos del paciente. Esto es cierto principalmente cuando se está hablando de la población colombiana, en la cual se perpetúan creencias y mitos con respecto a las ECNT.

Durante la aplicación de la estrategia de psicoeducación es plausible entrenar a los pacientes en habilidades para el manejo del estrés (Martire, 2005), a partir de la reducción de la atención al evento que puede generarlo y al cambio en la forma en la que este se asume (Larsen & Christenfeld, 2011). Esto permite complementar el tratamiento farmacológico, puesto que se incrementa el bienestar emocional y el funcionamiento psicológico, social y conductual del paciente (Martire, 2005).

Uno de los programas psicoeducativos que cuenta con evidencia de efectividad es el Programa de Auto-Cuidado en Enfermedades Crónicas, propuesto por Chan y Chan (2011). Estos autores, basados en la teoría de la autoeficacia de Bandura y la psicoeducación, recomiendan realizar sesiones de 2 horas y media, en donde los pacientes participan en actividades que aumentan la capacidad para la realización de cambios relacionados con la salud, tales como el autocuidado de la salud, las relaciones entre los factores personales (afecto y cogniciones) y los factores ambientales (influencia social). Esto dependerá de las necesidades percibidas por el paciente y el equipo de profesionales de la salud.

Así mismo, se utilizan estrategias cognoscitivo-conductuales para mejorar las habilidades de autogestión, autoeficacia y autocontrol de la enfermedad (McGillion et al., 2008). El uso de folletos, información por correos electrónicos,

páginas web y mensajes de texto en los móviles facilita el compromiso y la participación activa del paciente en las áreas de ajuste (Melo-Carillo, Van-Oudenhove, & López-Ávila, 2012).

El uso de la tecnología de la información y la comunicación (TIC) en la vida cotidiana ha mostrado que fortalece los recursos de autocontrol del paciente. Esto debido a que proporciona conocimiento, retroalimentación esencial y apoyo social para hacer frente eficaz a las demandas de la enfermedad, y así contribuir al mantenimiento de un nivel aceptable de funcionamiento físico y social (Melo-Carillo et al., 2012; Nguyen et al., 2013; Paterson et al., 2011).

Existen otras intervenciones terapéuticas que buscan promover la salud a través de la auto-regulación, por medio de la meditación, el yoga, las técnicas de relajación y respiración, la hipnoterapia, la imaginación visual y el bio-feedback, que entrenan en el reconocimiento de estados mentales derivados de los procesos a nivel cerebral y la sensación de control sobre el cuerpo y el comportamiento. El objetivo actual es obtener resultados confiables y válidos que demuestren su efectividad para aumentar la autoeficacia de los pacientes (Senders, Wahbeh, Spain, & Shinto, 2012).

En relación con los cambios en el estilo de vida de los pacientes, el modelo transteórico (Knittle et al., 2012) plantea que cambios en la actividad física, la alimentación sana, la pérdida de peso y el seguimiento de las recomendaciones con respecto a los medicamentos hacen parte del proceso y se presentan por etapas: (a) una fase de motivación (los pacientes tienen que estar motivados para tomar acción); (b) una acción escénica (los pacientes necesitan orientación y apoyo cuando están implicados en un comportamiento activo de cambio dentro de un proceso), y (c) un mantenimiento o etapa de retirada (los pacientes necesitan apoyo para prevenir las recaídas y modificar sus trayectorias de autogestión; Knittle et al., 2012). Las intervenciones, entonces, se encuentran dirigidas a activar mecanismos subyacentes como el autocontrol (incluye motivación,

acción, mantenimiento, dirección social y emocional y determinantes cognoscitivos) y la auto-regulación (Knittle et al., 2012).

En situaciones médicas que implican dolor, como es el caso de la mayoría de las ECNT, las terapias cognoscitivo-conductuales le brindan al paciente una serie de estrategias a través del fortalecimiento de habilidades para el afrontamiento y la reestructuración cognoscitiva; con el fin de que comprenda cómo los pensamientos y las emociones están relacionadas con la presencia de dolor y los utilice para su manejo (Macea, Gajos, Daglia Calil, & Fregni, 2010). Las variables cognoscitivas y la percepción del dolor se encuentran asociadas, y la aplicación de la técnica de distracción disminuye la intensidad del dolor, es decir, disminuye la sensación nociceptiva de dolor (Kohl, Rief, & Glombiewski, 2013). Además de la modificación en las cogniciones, un elemento central del modelo cognoscitivo conductual (TCC) es el aumentar la aceptación de la enfermedad, 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 los pacientes (Vriezekolk et al., 2013). En general, los resultados en dominios como el dolor, la fatiga, el funcionamiento físico y el humor han demostrado la efectividad de la TCC. Sin embargo, algunos estudios sugieren que esta terapia en compañía de la hipnosis tiene mejores resultados para el manejo de los síntomas mencionados (Castel, Cascon, Padrol, Sala, & Rull, 2012).

Además de la experiencia del dolor, y teniendo en cuenta las consecuencias de los trastornos emocionales en la calidad de vida y mejoría del paciente, 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 de las ECNT (Quiroga, 2012).

Dentro de las intervenciones terapéuticas para el manejo de la depresión y la ansiedad se

incluyen el registro de cogniciones disfuncionales, un interrogatorio directo, el entrenamiento en detección de cambios en el estado de ánimo durante la sesión, la modificación de conceptos o creencias distorsionadas, la programación y el entrenamiento de actividades instrumentales y asignación y seguimiento de tareas (Riveros et al., 2005). Estas técnicas terapéuticas se encuentran dirigidas puntualmente a las cogniciones y a los comportamientos, y su efectividad se muestra en la disminución de los estados depresivos y de 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, Van-Straten, Jongsma, Twisk, & Cuijpers, 2010).

Otras de las acciones que se propone para el manejo de las variables psicológicas asociadas a las ECNT (como el manejo de la ansiedad) son el alivio del sufrimiento emocional y el fomento de un comportamiento constructivo a través de la identificación de las cogniciones desadaptativas que subyacen al sufrimiento de las personas en situaciones particulares. El examen de la validez y la utilidad de estos pensamientos, la reformulación de las cogniciones que están asociadas con el sufrimiento menos intenso y la facilitación de acciones constructivas modifica aquellas interpretaciones que resultan catastróficas para el paciente (Geenen, Newman, Bossema, Vriezekolk, & Boelen, 2012).

Por medio de la aplicación de la terapia racional emotiva (TRE), el paciente aprende que sus actos tienen consecuencias, aprende a pensar de manera diferente (racional), con el fin de manejar sus emociones y actos. Este proceso busca hacer explícitas las autoverbalizaciones y evaluar las situaciones de la vida cotidiana, para actuar de manera razonable. En definitiva, lo que se pretende es encontrar una forma de pensar mucho más funcional y menos dolorosa (Ibáñez, Pérez, & Vargas, 2012).

Es importante anotar que además de las anteriores intervenciones individuales o grupales,

según las necesidades de los pacientes, se plantea 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, 2011); además, los recursos psicosociales, en la forma de apoyo social, juegan un papel importante en el manejo y retardo de la progresión de una variedad de enfermedades crónicas degenerativas (Dinicola, Julian, Gregorich, Blanc, & Katz, 2013).

Así mismo, se ha determinado la influencia positiva en la recuperación, en la supervivencia del paciente y en la respuesta del organismo al tratamiento, cuando el paciente hace parte de redes sociales de calidad. El estar casado es uno de los indicadores principales de la integración social, la salud y el bienestar del paciente. Los resultados de algunos estudios han demostrado que las personas casadas tienden a ser más saludables que las solteras, debido al apoyo social que perciben (Magliano et al., 2006).

La participación de los familiares en las intervenciones terapéuticas para la modificación de los estilos de vida del paciente crónico, con el fin de evitar recaídas y mejorar su sintomatología, es realmente importante (Lehmanna et al., 2011). El comportamiento de los cuidadores o familiares puede estar asociado a las respuestas fisiológicas del paciente, debido al impacto que ejercen sobre el clima emocional y las condiciones de protección de estos, que en ocasiones pueden impedir que el paciente muestre comportamientos autónomos y autorregulados (Hartmann, Bazner, Wild, Eisler, & Herzog, 2010).

En este sentido, y aunque no es el objetivo principal de este artículo, es importante exponer que se ha encontrado que la relación que se establece entre el familiar que adopta el rol de cuidador y el paciente está basada en el compromiso que implica habilidades, responsabilidades, toma de decisiones, aprendizajes, enseñanzas, estrategias para manejo del tiempo, expandir la labor de cuidar y el rechazo a la posibilidad de rendirse (Chaparro, 2011).

Las anteriores roles están asociados a la calidad de vida de los cuidadores y de los demás miembros de la familia, ya que estos se ven expuestos de manera permanente a estrés, debido a las concepciones basadas en sentimientos de impotencia y limitación con el cumplimiento de la labor del cuidador, de los roles habituales y los cambios en las interacciones sociales. Así mismo, en algunas ocasiones perciben que no cuentan con apoyo social de la familia ni del sistema de salud (Flórez, Montalvo, Herrera, & Romero, 2010).

Además de lo propuesto anteriormente, y con el ánimo de no pasar por alto algunas situaciones que pueden presentarse en el proceso de salud-enfermedad de pacientes con ECNT y de sus familiares o cuidadores, vale la pena mencionar lo que algunos autores proponen desde la perspectiva de cuidado al final de la vida, y que hace referencia a la calidad de vida del paciente hasta el último momento. Este proceso se define como:

La asistencia total, activa y continuada de los pacientes y sus familiares por un equipo multiprofesional cuando la expectativa médica no es la curación. La meta fundamental es proporcionar calidad de vida al paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia, el objetivo es el enfermo y no la enfermedad. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales de la Unidad familiar, y, si fuera necesario, el apoyo debe incluir el proceso de duelo. (Subcomité Europeo de Cuidados Paliativos de la Comunidad Económica Europea citado por Lacasta, 2008, p. 171)

De acuerdo con lo anterior, la intervención se mantiene dirigida al fortalecimiento de los factores mencionados para satisfacer hasta último momento las necesidades del paciente y su familia, así como garantizar su calidad de vida.

Conclusiones

El control de las ECNT es complicado debido a la multiplicidad y complejidad de los

factores que convergen en ellas; en particular, por las múltiples formas clínicas, las lesiones típicas que están localizadas en diferentes partes del organismo y la patogénesis multietápica. Por esta complejidad, se espera que el paciente asuma un rol activo desde el mismo momento del diagnóstico, que le permita empoderarse de su condición (Stellefson, Dipnarine, & Stopka, 2013), facilitar la restauración de la salud, prevenir la aparición de otras enfermedades o discapacidades y detener al máximo el deterioro (Zubialde, Mold, & Eubank, 2009). Alcanzar estos objetivos permite mejorar la calidad de vida relacionada con la salud y mantener el control de la enfermedad con la ayuda de los profesionales de la salud.

Entre los grandes desafíos para la salud está el reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura causadas por las ECNT. Este hecho implica mantener los factores protectores, tales como la ingesta de alimentos saludables (Mensah, 2007), la reducción del uso de tabaco, la realización de actividad física (Allender et al., 2008; Wagner, 2008), la mejora en las condiciones del ambiente (calidad del aire), la disminución en la contaminación y la planeación de áreas urbanas menos congestionadas (Rasanathan & Krech, 2011). Así mismo, brindar educación sanitaria y generar políticas de salud pública relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades (Jackson et al., 2004), teniendo en cuenta los aspectos relacionados con el envejecimiento de la población (Leowski & Krishnan, 2009), facilitan en las poblaciones en vías de desarrollo el control de las enfermedades.

Dadas sus características y su importancia a nivel mundial, las ECNT se han convertido en un reto humanitario que implica el incremento de la inversión económica en salud, con el propósito de generar investigación que permita dar solución a las necesidades a mediano y largo plazo, disminuir costos y mejorar la calidad de vida (Hanson & Gluckman, 2011).

Las intervenciones que se proponen para el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes están asociadas a los componentes psicológico, social y comportamental (dimensiones propias de la intervención de los psicólogos). Además de las intervenciones farmacológicas y médicas, esto hace pertinente la presencia de los psicólogos de la salud en los equipos interdisciplinarios en los ámbitos de salud, para brindar una atención integral al paciente, 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.

Debido a la complejidad que tiene el proceso continuo de salud enfermedad y el proceso que sigue el paciente con una ECNT, la intervención sobre las variables psicológicas se encuentra asociada a cambios muy importantes, como el compromiso con el tratamiento, la calidad de vida del paciente y sus familiares y, por ende, la mejoría en su bienestar. La atención del paciente con ECNT y su familia desde la psicología debe fundamentarse en terapias que brinden calidad, equidad, oportunidad y pertinencia. Igualmente, debe estar soportada en evidencia de efectividad y eficacia. Por esta razón, es pertinente trabajar en la construcción de guías de evaluación e intervención psicológica, que tengan en cuenta las opiniones de los pacientes y de los expertos (asociaciones científicas) y sean desarrolladas dentro del contexto regional y nacional.

Así, la visión de ser humano desde un modelo biopsicosocial, cultural y axiológico permite tener presentes las condiciones físicas, psicológicas y sociales del paciente y de quienes lo rodean.

Referencias

- Abegunde, D., Mathers, C., Adam, T., Ortegón, M., & Strong, K. (2007). The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 370, 929-938. doi:10.1016/S0140-6736(07)61696-1
- Adeyi, O., Smith, O., & Robles, S. (2007). *Public policy and the challenge of chronic non communicable diseases*. Recuperado de <http://site.ebrary.com/lib/bibliouan/docDetail.action?docID=10180744&poo=public%20policy%20challenge%20chronic%20communicable%20diseases>
- Allender, S., Foster, C., Hutchinson, L., & Arambepola, C. (2008). Quantification of urbanization in relation to chronic diseases in developing countries: A systematic review. *Journal of Urban Health*, 85(6), 938-951. doi:10.1007/s11524-008-9325-4
- Barile, J., Thompson, W., Zack, M., Krahn, G., Horner-Johnson, W., & 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. doi: 10.1097/JAC.0b013e31826746f5
- Berry, M., Rejeski, W., Miller, M., Adair, N., Lang, W., Foy, C., & Katula, J. (2010). A lifestyle activity intervention in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Medicine*, 104, 829-839. doi:10.1016/j.rmed.2010.02.015
- Blinderman, C., Homel, P., Billings, A., Tennstedt, Sh., & Portenoy, R. (2009). Symptom distress and quality of life in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(1), 115-123. doi:10.1016/j.jpainsympman.2008.07.006
- Bloom, D. E., Cafiero, E. T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L. R., Fathima, S., ... Weinstein, C. (2012). *The global economic burden of noncommunicable diseases*. Recuperado de http://www.hsph.harvard.edu/program-on-the-global-demography-of-aging/WorkingPapers/2012/PGDA_WP_87.pdf
- Campbell, K., Ash, S., & 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. doi:10.1016/j.clnu.2008.05.002
- Carranza, W. A. & Flórez Alarcón, L. E. (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. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79925205>
- Castel, A., Cascon, R., Padrol, A., Sala, J., & Rull, M. (2012). Multicomponent cognitive-behavioral group therapy with hypnosis for the treatment of fibromyalgia: Long-term outcome. *The Journal of Pain*, 13(3), 255-265. doi:10.1016/j.jpain.2011.11.005
- Chan, S. & Chan, Ch. (2011). Attitude, social influence, and self-efficacy among chinese participants of chronic disease self-management program: A latent growth curve modeling study. *Rehabilitation Psychology*, 56(3), 191-199. doi:10.1037/a0024584
- Chaparro, L. (2011). Cómo se constituye el "vínculo especial" de cuidado entre la persona con enfermedad crónica y el cuidador familiar. *Aquichan*, 1(11), 7-22.
- Checton, M., Greene, K., Magsamen-Conrad, K., & Venetis, M. (2012). Patients' and partners' perspectives of chronic illness and its management. *Families, Systems, & Health*, 30(2), 114-129. doi:10.1037/a0028598
- Cudney, S. & Weinert, C. (2012). An online approach to providing chronic illness self-management information. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 30(2), 110-117. doi:10.1097/NCN.0b013e31822b899a
- Daar, A., Singer, P., Leah, D., Pramming, S., Matthews, D., Beaglehole, R., ...Bell, J. (2007). Grand challenges in chronic non-communicable diseases. *Nature*, 450(22), 494-496. doi:10.1038/450494a
- Dinicola, G., Julian, L., Gregorich, E. S., Blanc, D. P., & Katz, P. P. (2013). The role of social support in anxiety for persons with COPD. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(2), 110-115. doi:10.1016/j.jpsychores.2012.09.022
- Fisher, L. (2005). Family, ethnicity, and chronic disease: An ongoing story with a new twist. *Families, Systems, & Health*, 23(3), 293-306. doi:10.1037/1091-7527.23.3.293
- Flórez, I., Montalvo, A., Herrera, A., & Romero, E. (2010). Afectación de los bienestares en cuidadores de niños y adultos con enfermedad crónica. *Revista de Salud Pública*, 5(12), 754-764.
- Francis, F., Feyer, M., & Smith, B. (2007). Implementing chronic disease self-management in community settings: Lessons from Australian demonstration projects. *Australian Health Review*, 31(4), 499-509. Recuperado de http://www.publish.csiro.au/?act=view_file&file_id=AH070499.pdf
- Garnefski, N., Grol, M., Kraaij, V., & Hamming, J. F. (2009). Cognitive coping and goal adjustment in people with peripheral arterial disease: Relationships with depressive symptoms. *Patient Education and Counseling*, 76, 132-137. doi:10.1016/j.pec.2008.11.009
- Geenen, R., Newman, S., Bossema, E., Vriezekolk, J., & Boelen, P. (2012). Psychological interventions for patients with rheumatic diseases and anxiety or depression. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 26(3), 305-319. doi:10.1016/j.beprh.2012.05.004
- González-Gutiérrez, O., Fonseca-Fonseca, J., & Jiménez-Jordán, 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. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-99982006000200007&script=sci_arttext
- Granados, E. & Escalante, E. (2010). Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus. *Liberabit Revista de Psicología*, 16(2), 203-215. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v16n2/a1ov16n2.pdf>
- Hansen, R., Seifledin, R., & Noe, L. (2007). Medication adherence in chronic disease: Issues in post-transplant immunosuppression. *Transplantation Proceedings*, 39(5), 1287-1300. doi:10.1016/j.transproceed.2007.02.074
- Hanson, M. & Gluckman, P. (2011). Developmental origins of health and disease: Moving from biological concepts to interventions and policy. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 115(1), S3-S5. doi:10.1016/S0020-7292(11)60003-9
- Hartmann, M., Bazner, E., Wild, B., Eisler, I., & Herzog, W. (2010). Effects of interventions involving the family in the treatment of adult patients with chronic physical diseases: A meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(3), 136-148. doi:10.1159/000286958

- Hirschhorn, L., Kaaya, S., Garrity, P., Chopyak, E., & Fawzi, M. (2012). Cancer and the "other" non-communicable chronic diseases in older people living with HIV/AIDS in resource-limited settings: A challenge to success. *AIDS*, 26(1), S65-S75. doi:10.1097/QAD.0b013e328355ab72
- Ibáñez, E., Pérez, G., & Vargas, J. (2012). Terapia racional emotiva: una revisión actualizada de la investigación. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(4), 1454-1474.
- Jackson, M. D., Coombs, M. P., Wright, B. E., Carney, A. A., Fuller, L. E., & 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, 59-68. doi:10.1016/j.ics.2004.01.061
- Jagosh, J., Donald, J., Steinert, Y., MacDonald, M., & Ingram, L. (2011). The importance of physician listening from the patients' perspective: Enhancing diagnosis, healing, and the doctor-patient relationship. *Patient Education and Counseling*, 85, 369-374. doi:10.1016/j.pec.2011.01.028
- Janevic, R. M., Rosland, A. M., Wiitala, W., Connell, C. M., & Piette, D. J. (2012). Providing support to relatives and friends managing both chronic physical illness and depression: The views of a national sample of US adults. *Patient Education and Counseling*, 89, 191-198. doi: 10.1016/j.pec.2012.05.009
- Juárez, F., Cadena, J., Vinaccia, S., Anaya, J., & Contreras, F. (2004). Relaciones entre variables sociodemográficas, incapacidad funcional, dolor y desesperanza aprendida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 91-103. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-97.pdf
- Jurado, A. & Suárez, M. (2012). Modificación de estilos de vida en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. *Idefiperu*, 6(1), 19-27.
- Knittle, K., De-Gucht, V., & Maes, S. (2012). Lifestyle- and behaviour-change interventions in musculoskeletal conditions. *Best Practice Research* *Clinical Rheumatology*, 26(3), 293-304. doi:10.1016/j.berh.2012.05.002
- Kohl, A., Rief, W., & Glombiewski, J. (2013). Acceptance, cognitive restructuring, and distraction as coping strategies for acute pain. *The Journal of Pain*, 14(3), 305-315. doi:10.1016/j.jpain.2012.12.005
- 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. doi:10.2188/jea.JE20110114
- Lacasta, M. (2008). Los psicólogos en los equipos de cuidados paliativos en el plan integral de la comunidad de Madrid. *Psicooncología*, 5(1), 171-177.
- Landwehr, K. & Baker, L. (2012). Psychoeducation's role in integrated health care. *Psychiatric Annals*, 42(6), 219-225. doi:10.3928/00485713-20120606-05
- Larsen, B. & Christenfeld, N. (2011). Cognitive distancing, cognitive restructuring, and cardiovascular recovery from stress. *Biological Psychology*, 86(2), 143-148. doi:10.1016/j.biopsych.2010.02.011
- Lehmann, N., Paul, A., Moebusa, S., Budde, T., Dobos, G., & Michalsen, 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. doi:10.1016/j.atherosclerosis.2011.08.050
- Leowski, J. & Krishnan, A. (2009). Capacity to control noncommunicable diseases in the countries of South-East Asia. *Health Policy*, 92(1), 43-48. doi:10.1016/j.healthpol.2009.02.003
- Macea, D., Gajos, K., Daglia Calil, Y., & Fregni, F. (2010). The efficacy of web-based cognitive behavioral interventions for chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Pain*, 11(10), 917-929. doi:10.1016/j.jpain.2010.06.005
- Magliano, L., Fiorillo, A., Malangone, C., De Rosa, C., Maj, M., & 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. *Social*

- Science & Medicine*, 62(6), 1392-1402. doi:10.1016/j.socscimed.2005.08.003
- Martos, M. J., Pozo, C., & Alonso, E. A. (2010). *Enfermedades crónicas y adherencia terapéutica: relevancia del apoyo social*. Almeria: Editorial Universidad de Almería.
- Martínez-Moragón, E., Perpina, M., Fullana, J., Macion, V., Lloris, A., & Belloch, A. (2008). Perception of dyspnea and treatment adherence in asthmatic patients. *Archivos de Bronconeumología*, 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. doi:10.1037/1091-7527.23.3.312
- McGillion, M., Watt-Watson, J., Stevens, B., Lefort, S., Coyte, P., & Graham, A. (2008). Randomized controlled trial of a psychoeducation program for the self-management of chronic cardiac pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36(2), 126-140. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.09.015
- Melo-Carrillo, A., Van-Oudenhove, L., & López-Ávila, A. (2012). Depressive symptoms among Mexican medical students: High prevalence and the effect of a group psychoeducation intervention. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 1098-1103. doi:10.1016/j.jad.2011.10.040
- Mendenhall, A., Fristad, M., & Early, T. (2009). Factors influencing service utilization and mood symptom severity in children with mood disorders: Effects of multifamily psychoeducation groups (MFPGs). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 463-473. doi:10.1037/a0014527
- Mendoza, S., Muñoz, M., Merino, J., & Barriga, O. (2006). Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. *Revisa Médica Chilena*, 134, 65-71.
- Mensah, G. (2007). Healthy endothelium: The scientific basis for cardiovascular health promotion and chronic disease prevention. *Vascular Pharmacology*, 46(5), 310-314. doi:10.1016/j.vph.2006.10.013
- Moitra, E., Mongold, D., Sperry, J., & Kyle, B. (2011). A group medical visit program for primary care patients with chronic pain. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(2), 153-159. doi: 10.1037/a0022240
- Moore, J. & McQuestion, M. (2011). The clinical nurse specialist in chronic diseases. *Clinical Nurse Specialist*, 26(3), 149-163. doi:10.1097/NUR.0b013e3182503fa7
- Moreno, P., Ybarra, E., Sagarduy, J., Granados-Gámez, G., & Roales-Nieto, J. (2007). Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 697-707.
- Nguyen, H., Donesky, D., Reinke, L., Wolpin, S., Chayall, L., Benditt, J., ... Carrieri-Kohlman, V. (2013). Internet-based dyspnea self-management support for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(1), 43-55. doi:10.1016/j.jpainsympman.2012.06.015
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades crónica no transmisibles 2010. Resumen de orientación*. Recuperado de http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf?ua=1
- Öztürk, A., Simsek, T., Yümin, E., Sertel, M., & 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(3), 278-283. doi:10.1016/j.archger.2010.12.011
- Parekh, S., Vandelanotte, C., King, D., & 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. doi: 10.1186/1471-2458-12-179
- Paterson, T., O'Rourke, N., Elmer, E., Shapiro, R., & Thornton, W. (2011). The composition and structure of depressive symptomatology in renal disease. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 43(4), 318-327.
- Porcelli, P. (2010). Rorschach comprehensive system predictors of biopsychological distress in patients with chronic disease. *Rorschachiana*, 31(2), 143-171. doi:10.1027/1192-5604/a000009

- Pruchno, R., Wilson-Genderson, M., & Cartwright, F. (2009). Depressive symptoms and marital satisfaction in the context of chronic disease: A longitudinal dyadic analysis. *Journal of Family Psychology*, 23(4), 573-584. doi:10.1037/a0015878
- 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. & Krech, R. (2011). Action on social determinants of health is essential to tackle non communicable diseases. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(10), 775-776. doi:10.2471/BLT.11.094243
- Raynaud, O. (abril 24, 2012). *Being optimistic about non-communicable diseases*. Recuperado de <http://forumblog.org/2012/04/being-optimistic-about-non-communicable-diseases>
- Reese, J., Somers, T., Keefe, F., Mosley-Williams, A., & Lumley, M. (2010). Pain and functioning of rheumatoid arthritis patients based on marital status: Is a distressed marriage preferable to no marriage. *The Journal of Pain*, 11(10), 958-964. doi:10.1016/j.jpain.2010.01.003
- Riveros, A., Cortázar-Palapa, J., Alcázar, F., & Sánchez-Sosa, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 445-462.
- Roditi, D. & Robinson, M. (2011). The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Journal of Psychology Research and Behavior Management*, 4, 41-49. doi:10.2147/PRBM.S15375
- Schwarzer, R. & Luszczynska, A. (2008). How to overcome health-compromising behaviors: The health action process approach. *European Psychologist*, 13, 141-151. doi:10.1027/1016-9040.13.2.141
- Senders, A., Wahbeh, H., Spain, R., & Shinto, L. (2012). Mind-body medicine for multiple sclerosis: A systematic review. *Autoimmune Diseases*, 2012, 567324. doi:10.1155/2012/567324
- Spilkin, A. & 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 Education and Counseling*, 83(1), 7-13. doi:10.1016/j.pec.2010.04.039
- Stellefson, M., Dipnarine, K., & Stopka, C. (2013). The chronic care model and diabetes management in US primary care settings: A systematic review. *Preventing Chronic Disease*, 10, 120-180. doi:10.5888/pcd10.120180
- Teresinha, G. L. (2012). Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1), 123-133. doi:10.1590/S1413-81232012000100015
- Vinaccia, S. & Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados a la calidad de vida en enfermedades crónicas. *Perspectivas en Psicología*, 1(2), 125-137.
- Vriezekolk, J., Eijsbouts, A., Van-Lankveld, W., Beenackers, H., Geenen, R., & 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 Education and Counseling*, 91(3), 357-363. doi:10.1016/j.pec.2013.01.018
- Wagner, C. (2008). Fighting noncommunicable diseases. Diseases that are the most fatal are also largely preventable. *The Futurist*, 42(2), 9.
- Warmerdam, L., Van-Straten, A., Jongsma, J., Twisk, J., & Cuijpers, P. (2010). Online cognitive behavioral therapy and problem-solving therapy for depressive symptoms: Exploring mechanisms of change. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(1), 64-70. doi:10.1016/j.jbtep.2009.10.003
- Zubialde, J., Mold, J., & 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. doi:10.1037/a0016749