

La evaluación y la intervención en las enfermedades crónicas: retos para la psicología

Assessment and intervention in chronic diseases: challenges for psychology

Jorge A. Grau Abalo

Instituto de Oncología y Radiobiología, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba

Los factores psicosociales que están presentes en la etiología o desencadenamiento de las enfermedades crónicas, así como en el proceso de adaptación de los pacientes a ellas, requieren una nueva mirada y un involucramiento profesional de la Psicología diferente al desempeño tradicional en Salud Mental. Aprender a convivir con la enfermedad crónica es algo ligado a fenómenos de carácter subjetivo. A pesar de los aportes de las investigaciones de las últimas tres décadas, subsisten problemas frecuentes en la atención psicológica a estos enfermos. Los temas referentes a la evaluación y la intervención psicológica en este campo se encuentran de manera dispersa en la literatura, es escaso el enfoque global que permita comprender los retos que se levantan ante la Psicología de la Salud, desde el punto de vista preventivo, terapéutico y de rehabilitación integral. El diagnóstico psicológico deberá cambiar métodos y herramientas. La intervención psicológica buscará mayor ajuste en la dinámica familiar, incremento de percepción de auto-regulación, preservación de la calidad de vida y los factores personales protectores, de la auto-estima y el reajuste de la imagen corporal, aumento de la adherencia terapéutica, desarrollo de intervenciones preventivas apropiadas, empleo de terapias facilitadoras de adaptación, alivio del sufrimiento y apoyo espiritual, auto-cuidado de los familiares cuidadores. En este artículo se hace una revisión panorámica de estos problemas y se fundamenta la mayor inserción de psicólogos en equipos interdisciplinarios de salud con la meta de lograr mejor calidad de vida en estos enfermos, disminuir recaídas y sufrimientos, optimizar la calidad de la atención a pacientes y familias y contribuir a reducir costos sanitarios.

Palabras clave: evaluación psicológica – Intervención psicológica – Enfermedades crónicas.

The psychosocial aspects which are present in the etiology or triggering events of chronic diseases, as well as in the patient's adaptation process to them, require a new approach and a professional commitment to Psychology so different to the traditional performance in Mental Health. To learn how to live with the chronic disease is an aspect connected to phenomena with subjective character. Despite all results of researches in the last three decades, there are still frequent problems in the psychological care to these sick people. The topics referring the assessment and psychological intervention in this field are found so spread in literature. The global approach is so little so as to allow the understanding of challenges standing upon Health Psychology, from the preventive, therapeutic and the integral rehabilitation point of view. The psychological diagnosis should change methods and tools. The psychological intervention will seek for a greater adjustment in the family dynamic, an increase in the perception of self-regulation, preservation in the quality of life and the protecting personal characteristics, the self-esteem and readjustment of the corporal image, an increase in the therapeutic adherence, the development of proper preventive intervention, the use of facilitating therapies for the adaptation to life and disease, a relief in suffering and spiritual support, self-care of care giving relatives. In this article a panoramic review of these problems is made and a greater incorporation of psychologists to the interdisciplinary teams is also stated, with the goal of offering a greater quality of life to these sick people, to reduce relapses and suffering, to improve the quality of care to patients and relatives and to make great contributions to the reduction of public health costs.

Keywords: Psychological assessment – Psychological intervention – Chronic diseases.

Dirección para correspondencia:
Dr. Jorge A. Grau Abalo
Instituto de Oncología y Radiobiología, Calle 29 esquina F, Vedado, Plaza de la Revolución, La Habana, Cuba.
Profesor Titular de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Jefe del Grupo Nacional de Psicología del Ministerio de Salud Pública.
Correo electrónico: psico@infomed.sld.cu

Como señalan organizaciones internacionales y muchos autores de diferentes países, las enfermedades crónicas -por sus características- reclaman un abordaje diferente, un nuevo tipo de atención a la salud (Taylor & Aspinwall, 1990; WHO, 2012; Fisher, 2005; Kojima, 2011; Daar et al., 2007; Abegun-

de, Mathers, Adam, Ortegón & Strong, 2007; Zubialde, Mold & Eubank, 2009; Vinaccia, 2016; Grau, 2013a, 2015a, 2016). Los factores psicosociales que están presentes en su etiología o desencadenamiento y también en el proceso de adaptación a la enfermedad requieren una nueva mirada, que focalice una atención más social y un involucramiento profesional de la Psicología diferente al desempeño tradicional en Salud Mental, centrado no sólo en el paciente, sino en la familia (en especial, los cuidadores familiares más cercanos) y los grupos sociales y comunitarios. Se requieren nuevas políticas de salud para enfrentar este desafío, acciones que incluso modifiquen las representaciones sociales de estas enfermedades, que la gente tiende a conceptualizar como agudas, no como crónicas (Leventhal, Neerez & Style, 1984), ignorando que hay que aprender a vivir con ellas, que la meta principal es la adaptación y no su cura definitiva.

Estas premisas están indisolublemente ligadas a fenómenos de carácter subjetivo, a factores psicosociales. A pesar de todo lo que han aportado al respecto las investigaciones de las últimas tres décadas, subsisten problemas frecuentes en la atención psicológica a enfermos crónicos. El cambio de enfoque en la atención a la salud que se deriva de nuevos modelos de determinantes de salud se refleja en el cambio de paradigmas y de reorientaciones de las políticas de salud, que siempre van detrás de los adelantos académicos y tecnológicos (Grau, 2013a, 2016).

Estos temas relacionados con una evaluación e intervención de nuevo tipo no suele encontrarse en la literatura psicológica. Es necesario examinarlos globalmente para comprender los nuevos retos a la Psicología de la Salud en el siglo que comienza. En este artículo se pretende una revisión panorámica de los problemas que atañen a la evaluación y a la intervención psicológica en las enfermedades crónicas.

La evaluación y la intervención psicológica en las enfermedades crónicas

Como se ha dicho, subsisten problemas frecuentes en la atención psicológica a enfermos crónicos. Se destacan dos muy importantes: 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 (Grau, 2013a, 2016). 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 no es el de trabajo en equipo interdisciplinario, sino el de la remisión de casos (en el mejor caso en equipos multidisciplinarios), sólo recibe esta atención menos del 20 % de los que la necesitan (Friedman &

DiMatteo, 1989; Taylor & Aspinwall, 1990; Grau, 2013a). Incluso, las personas que no presentan trastornos psíquicos ni graves dificultades siempre se beneficiarían de orientación psicológica.

Obviamente, la organización de los servicios de salud no podría contar con un número suficiente de especialistas procedentes de las ciencias sociales (psicólogos, trabajadores sociales) para atender al 100 % de los enfermos crónicos que lo necesitan, por lo que se requerirá un racional ajuste organizativo que combine por una parte capacitación de excelencia de los recursos humanos para atender psicológicamente a los enfermos en el marco de una cálida relación médico-paciente y, por otra parte, ofrecer atención psicológica especializada a una determinada cantidad de enfermos, cuando ello sea imprescindible (Grau, 2013a).

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, 2013a, 2016).

La atención psicológica en las enfermedades crónicas 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.

No es casual que, 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 en reuniones académicas de psicólogos (ver Figura 1, donde aparece la distribución de trabajos presentados en 3 congresos internacionales de Psicología de la Salud) (Grau, 1996).

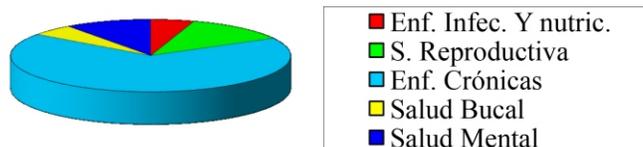


Figura 1. Tendencias de la Psicología en la solución de problemas de salud (Grau, 1996).

Los temas claves en la atención psicológica en diferentes fases del proceso salud-enfermedad en los enfermos crónicos podrían representarse muy esquemáticamente como aparece en la Figura 2; la figura humana no es lo verdaderamente impor-



Figura 2. Lo psicosocial en las enfermedades crónicas: temas claves (Grau, 2013a).

tante, puede tratarse de una persona con cefalea, de una mujer con fibromialgia o de una enferma con cáncer, diabetes o hipertensión. Lo importante es destacar los principales factores psicosociales asociados con el curso de cualquier enfermedad y recalcar que 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 la emergencia de una práctica consecuente (trabajo interdisciplinario) (Grau, 2013a).

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, Greene, Magsamen-Conrad & Venetis, 2012; Parekh, Vandelanotte, King & Boyle, 2012; Grau, Chacón & Reyes, 2012; Grau, 2013a; Infante, 2015a; 2015b).

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 et al., 2012; Grau, 2013a; 2014; 2015a; 2015b). 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 & Bauer, 2008; Blinderman, Homel, Billings, Tennstedt & Portenoy, 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 otras afectos negativos (Martín M, 2002; Martín M, Grau & Lechuga, 2005), con aumento de la discapacidad (Roditi & Robinson, 2011) y con cambios emocionales tales como la ira, la irritabilidad, la desesperanza, la ansiedad y la depresión (Barile, Thompson, Zack, Krahn, Horner-Johnson & Haffer, 2012), aspectos que se asocian a su vez con la disminución en la calidad de vida (Öztürk, Simsek, Yümin, Sertel & Yümin, 2011; Grau, 2014; 2015a; 2015b).

Como ya se ha dicho, el control de las enfermedades crónicas 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, 2013a; 2016). 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 & Stokpa, 2013), para facilitar la recuperación, prevenir la aparición de otras enfermedades o discapacidades asociadas y detener al máximo posible el deterioro (Zubialde et al., 2009). Lograr estos fines permitiría mejorar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

(Urzúa, 2008; Grau, 2015b; Grau, Chacón & Llantá, 2015), por eso es importante en la mayoría de las enfermedades mantener la **percepción de control y la auto-regulación**.

Entre los grandes retos que se levantan en la atención a los enfermos crónicos 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, Foster, Hutchinson & Arambepola, 2008), mejora en las condiciones ambientales con disminución en la contaminación y la planeación de áreas urbanas menos congestionadas (Rasanathan & 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, Coombs, Wright, Carney, Fuller & Reizo, 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, González & Moreno, 2009). Así, dadas las características de las enfermedades crónicas, 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 & Gluckman, 2011; Grau, 2013a; 2015a; 2015b; 2016).

En el control de estas enfermedades es importante tener en cuenta los **cambios en el estilo de vida**: la 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 & Suárez, 2012; Flórez-Alarcón, 2007). 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 et al., 2012; Castel, Cascon, Padrol, Sala & Rull, 2012; Llantá, Grau & Massip, 2005; Betancourt, 2015). Las enfermedades musculoesqueléticas causan mayor disminución en la actividad física en las mujeres (Ozturk et al., 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, Tobón, Moreno, Cárdenas & Anaya, 2005; Nuñez, Nuñez, Yoldi, Quinto, Hernández & Muñoz-Gómez, 2006; Fernández, Vázquez, Fernández, Moreno, Fruns & Liso, 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 et al., 2010). La mayor parte de los cambios en los estilos de vida deben hacerse desde etapas tempranas, con consejería oportuna y específica (Grau, 2013a; 2016).

Por otra parte, la cronicidad de muchas enfermedades crónicas (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 & Cartwright, 2009), cambios de **estado de ánimo e irritabilidad** (Mendenhall, Fristad & 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 & Jiménez, 2006). Además, la presencia de una enfermedad crónica incrementa la asistencia a las instituciones médicas (Lehmann, Paul, Moebusa, Buddec, Dobosb & Michalsend, 2011), lo que implica realizar **ajustes económicos y elaborar nuevas rutinas** (Riveros, Cortazar-Palapa, Alcazar & Sánchez-Sosa, 2005).

Algunas condiciones que incrementan el dolor (angustia, ira, desesperanza, cogniciones de catastrofización) se agudizan a su vez cuando **umentan los niveles de dolor y falta el apoyo social**, sea instrumental o emocional (Rodili & Robinson, 2011; Martín M, 2002; Grau, Llantá, Chacón, Massip & Barbat, 2004; Barile et al., 2012; Reese, Somers, Keefe, Mosley-Williams & Lumley, 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, Mongold, Sperry & Kyle, 2011) mientras que la depresión se presenta con mayor frecuencia en fases terminales de la enfermedad renal crónica y el cáncer (Pruchno et al., 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 et al., 2004; Grau, 2013a; 2016). La depresión se encuentra relacionada con factores que predicen la supervivencia (Paterson, O'Rourke, Elmer, Shapiro & Thornton, 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, Rosland, Wiitala, Connell & Piette, 2012).

Un aspecto importante en los pacientes con enfermedades crónicas (y especialmente relevante en la hipertensión y la diabetes), es el **compromiso con el cumplimiento del tratamiento** (Paterson et al., 2011), la llamada **"adherencia terapéutica"** (Ferrer, 1995; Amigó, Fernández & Pérez, 1998; Martín L & Grau, 2004; 2005; Hansen, Seifeldin & 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 & King, 1985).

Este tema tiene gran relevancia en los sistemas de atención a enfermos crónicos, 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 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 & Bayarre, 2002). En general, las evidencias han mostrado que las proporciones 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 y en algunos casos en que se presenta remisión de la enfermedad (Martínez-Moragon, Perpina, Fullana, Macian, Lloris & Belloch 2008), mientras que en pacientes que reciben tratamiento por enfermedades agudas, las proporciones son mayores, puesto que son enfermedades a corto plazo y la respuesta del organismo es inmediata (Hansen et al., 2007). Todo esto convierte al cumplimiento de las prescripciones en un serio y complejo problema en las enfermedades crónicas, donde también se involucran factores psicosociales.

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 & 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 & 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 & 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 & Di Matteo, 1989; Amigó et al., 1998). Se ha afirmado que resulta más difícil seguir recomendaciones profilácticas que cuando los síntomas están produciendo malestar (Macía & 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 facilitarlos; 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, Ybarra, Sagarduy, Granados & Roales-Nieto, 2007). El compromiso con este cumplimiento se facilitará cuando el paciente perciba mejoría por el tratamiento indicado (Mendoza, Muñoz, Merino & Barriga, 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 & Escalante, 2010; Grau, 2013a), 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, Donald, Steinert, MacDonald & Ingram, 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, 2013a; 2015a; 2016).

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 & 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 reco-

pilación 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, Grol, Kraaij & Hamming, 2009).

Teniendo en cuenta estos aspectos psicosociales, las intervenciones psicológicas deben estar encaminadas a brindar estrategias para el manejo de las condiciones emocionales, cognitivas y comportamentales de los pacientes. Entre las técnicas de intervención deben ser incluidas la **entrevista motivacional** en el marco de una intervención 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 et al., 2009; Flórez-Alarcón, Vélez-Botero & Rojas-Russell, 2014). 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 & 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 & Baker, 2012).

Durante la intervención psico-educativa suele entrenarse a los enfermos en **habilidades para el manejo del estrés** (Martire, 2005; Grau, 2013b), 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 & 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, Watt-Watson, Stevens, Lefort, Coyte & Graham, 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 & López-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 autocon-

trol 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-Carillo et al., 2012; Nguyen et al., 2013). Bien utilizadas pueden brindar muy buenos resultados a nivel emocional, instrumental y social (Paterson et al., 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 auto-eficacia requieren un mayor conocimiento sobre los comportamientos saludables y sobre el compromiso que deben tener en su proceso; los que tienen alta auto-eficacia 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 & 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, imaginación visual y procedimientos de bio-retro-alimentación o bio-feedback); son útiles en las condiciones de estrés psicológico, que con frecuencia se presenta en las enfermedades crónicas (Senders, Wahbeh, Spain & Shinto, 2012; Grau, 2013a; 2013b).

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 auto-regulación (Knittle et al., 2012) y han sido empleadas con fines preventivos para disminuir factores de riesgo en cáncer (Romero et al., 2003; Romero et al., 2010).

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, Gajos, Dagliacalil & Fregni, 2010; Grau, 2013b). 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, 2013b; Kohl, Rief & 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, 2013b; Vriezckolk, Eijsbouts, van Lankveld,

Beenackers, Geenen & van den Ende, 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 et al., 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 et al., 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, van Straten, Jongasma, Twisk & Cuijpers, 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 & Vargas, 2012).

Otro tipo de intervenciones propuestas para el manejo de las variables psicológicas y espirituales asociadas a las enfermedades crónicas, 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, Newman, Bossema, Vriezckolk & Boelen, 2012; Grau, 2009; Grau & Scull, 2013; Llantá, Grau & Massip, 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 estas enfermedades (Kojima, 2011); se ha sugerido que el apoyo social, puede jugar un papel importante retardando la progresión de varias enfermedades crónicas degenerativas (DiNicola, Julian, Gregorich, Blanc & Katz, 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, Fiorillo, Malangone, De Rosa & Maj, 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 et al., 2011; Hartmann, Bazner, Wild, Eisler & Herzog, 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; Chacón, Grau J, Grau Y & Batista, 2016) y de las acciones de recuperación incluso después de la muerte del enfermo, durante el proceso de duelo (Grau, Victoria & Vargas, 2015). 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

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 mayor inserción de psicólogos en los equipos interdisciplinarios en escenarios institucionales de salud permitiría 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 enfermedades crónicas.

A causa de la complejidad del proceso continuo de salud-enfermedad y del proceso que sigue el paciente con una enfermedad de este tipo, 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., Ortegón, M. & Strong, K. (2007). The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 370, 929-938.
- Allender, S., Foster, C., Hutchinson, L. & 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., & Pérez, M. (1998). La adhesión a los tratamientos terapéuticos. En: I. Amigó (Ed.). *Manual de Psicología de la Salud* (pp. 229-270). Madrid: Pirámide.
- 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., & 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 M.H. (1974). The Health Belief Model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324-473.
- Betancourt T. (2015). Impacto de la fibromialgia en la calidad de vida relacionada con la salud. Trabajo de Diploma, Facultad de Psicología, Universidad de La Habana.
- 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.
- 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. *J of Pain and Symp Manag*, 38(1), 115-123.
- 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.
- 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.
- 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. *Pain*, 13(3), 255-265.

- Cudney, S. & 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., Grau, Y. & Batista, M.C. (2016). El síndrome de sobrecarga del cuidador primario del paciente con enfermedad crónica en fase avanzada. En: La atención a la familia. El proceso de duelo. Fuerteventura, España: Aula Interdisciplinar S.L., Manual para la Comisión Canaria de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias del Gobierno de Canarias.
- Chacón, M., Grau, J., & Reyes, M.C. (2012). *Prevención y control del estrés laboral y el desgaste. Guía para profesionales que trabajan con enfermos crónicos avanzados*. La Habana: ECIMED.
- 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. *Rehab Psychology*, 56(3), 191-199.
- 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.
- Chochinov, H.M. (2006). Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *CA Cancer J Clin*, 56, 84-103.
- Chochinov, H.M. (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. & Bell, J. (2007). Grand challenges in chronic non-communicable diseases. *Nature*, 450(22), 494-496.
- 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.
- Dunbar, J.M. & Agras, W.S. (1980). Compliance with medical instructions. En: JM Ferguson, CB Taylor (Eds.) *The Comprehensive Handbook of Behavioral Medicine (vol. 1)*. Lancaster, M.T.P.
- 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, L.C., Vázquez, B., Fernández, J.L., Moreno, P., Fruns, I. & Liso, J. (2008). Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento ambulatorio con anti-TNF. *Farm Hosp*, 32(3), 178-181.
- Ferrer, V.A. (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.
- Flórez-Alarcón, L. (2007). *Psicología Social de la Salud. Promoción y prevención*. México: Manual Moderno.
- Flórez-Alarcón, L., Vélez-Botero, H. & Rojas-Russell, M. (2014). Intervención motivacional en Psicología de la Salud: revisión de sus fundamentos conceptuales, definición, evolución y estado actual. *Psychologia: Avances de la disciplina*, 8(2), 49-71.
- Francis, F., Feyer, M. & 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, R.C.D. (1989). *Health Psychology*. London: Prentice Hall.
- 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 Educ and Counseling*, 76, 132-137.
- Geenen, R., Newman, S., Bossema, E., Vriezolk, J. & Boelen, P. (2012). Psychological interventions for patients with rheumatic diseases and anxiety or depression. *Best Practice Res Clinical Rheumatology*, 26(3), 305-319.
- González, O., Fonseca, J. & 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.
- Granados, E. & 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, M.E. Rojas (Eds.) *La Psicología de la Salud en América Latina (pp. 47-60)*. México, DF: UNAM.
- Grau, J. (2009). Alleviating cancer patients suffering: Whose responsibility is it? *Viewpoint in Medic Review, Summer*, 11(3), 52.
- Grau, J. (2013a). 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. (2013b). Estrés y técnicas de control, con énfasis en las terapias cognitivo-conductuales. Conferencias del curso electivo en la Licenciatura en Psicología (mención salud), Facultad de Ciencias Médicas "Manuel Fajardo", 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. (2015a). Factores psicosociales y enfermedades crónicas: una revisión. En: Tabloide 10 del Curso “Universidad para todos: Hacer y Pensar la Psicología”, La Habana.
- Grau, J. (2015b). Calidad de vida y bienestar subjetivo: Un camino al futuro. TIPICA, Boletín Electrónico de Salud Escolar 2015, 11(1), 1-28. Recuperado de: http://www.tipica.org/media/system/articulos/Vol11N1/A1.%20Grau_Calidad%20de%20Vida.pdf
- Grau, J. (2016, mayo). Psicología de la Salud y enfermedades crónicas: el gran desafío. Conferencia magistral en el VII Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud (ALAPSA 2016). Cali, Colombia.
- Grau, J., Chacón, M. & Llantá, M.C. (2015). La evaluación psicológica del sufrimiento de la calidad de vida al final de la vida. En: GR Ortiz Viveros, I Stangle Spinola (Coms). *Psicología de la Salud. Diversas perspectivas para mejorar la calidad de vida (pp.172-218)*. Puebla: Editora de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.
- Grau, J., Chacón, M. & Reyes, M.C. (2012). *Guía de cuidados para familiares de enfermos crónicos avanzados*. La Habana: ECIMED.
- Grau, J., Infante, O. & Diaz, J.A. (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, M.C., Chacón, M., Massip, C. & 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. & 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, C.R. & Vargas, E. (2015). *Perder, sufrir y seguir. El proceso de duelo, 1ª. ed.* Guadalajara: UNIDAPSA.
- Hansen, R., Seifledin, R. & Noe, L. (2007). Medication adherence in chronic disease: Issues in posttransplant immunosuppression. *Transplantation Proceedings*, 39(5), 1287-1300.
- 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 (Suppl 1), S3-5.
- 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. *Psychother Psychosom*, 79(3), 136-148.
- 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.
- Infante, O. (2015a, marzo). El impacto de la enfermedad crónica avanzada en la familia. Conferencia en el módulo “Atención a la familia” del Diplomado Nacional de Cuidados Paliativos, Facultad de Ciencias Médicas “Manuel Fajardo”, La Habana (documento no publicado).
- Infante, O. (2015b, marzo). Estrategias de intervención familiar en el ámbito del hogar. Conferencia en el módulo “Atención a la familia” del Diplomado Nacional de Cuidados Paliativos, Facultad de Ciencias Médicas “Manuel Fajardo”, La Habana (documento no publicado).
- 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(2004), 59-68.
- 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 Educ and Counseling*, 85, 369-374.
- 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 U.S. adults. *Patient Education and Counseling*, 89(2012), 191-198.
- Jurado, A. & Suárez, M. (2012). Modificación de estilos de vida en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. *Idfiperu*, 6(1), 19-27.
- Kaplan, R.M., Atkins, C.J. & Reinsch, S. (1984). Specific efficacy expectations mediate exercise compliance in patients with COPD. *Health Psychology*, 3, 223-242.
- Knittle, K., De Gucht, V. & Maes, S. (2012). Lifestyle- and behaviour-change interventions in musculoskeletal conditions. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 26(3), 293-304.
- 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. & Glombiewski, J. (2013). Acceptance, cognitive restructuring, and distraction as coping strategies for acute pain. *J Pain*, 14(3), 305-315.
- Landwehr, K. & Baker, L. (2012). Psychoeducation’s role in integrated health care. *Psychiatric Annals*, 42(6), 219-225.
- Larsen, B. & Christenfeld, N. (2011). Cognitive distancing, cognitive restructuring, and cardiovascular recovery from stress. *Biol Psychol*, 86(2), 143-148.
- Lehmann, N., Paul, A., Moebusa, S., Buddec, T., Dobosb, G. & 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, D.R. & Steele, D.J. (1984). Illness representations and coping with health threats. En: A Baum, S.E. Taylor & J.E. Singer (Eds). *Handbook of Psychology and health. Social psychological aspects of health (Vol. 4, pp. 219-252)*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Llantá, M.C., 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 apli-*

- caciones (pp. 467-506). Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Macea, D., Gajos, K., Daglia Calil, Y.A. & 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. & Méndez, F.X. (1999). Líneas actuales de investigación en Psicología de la Salud. En: M.A. Simón (Ed.). *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología & Aplicaciones* (pp. 217-258). Madrid: Biblioteca Nueva.
- 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. *Soc Sci & Med*, 62(6), 1392-1402.
- Martín, L. & Grau, J. (2004). La adherencia terapéutica como un problema de salud. *Psicología y Salud*, 14(1), 89-100.
- Martín, L. & 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. & 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. & 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. & 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. & 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. & López-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. & 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. & 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. & Kyle, B. (2011). A group medical visit program for primary care patients with chronic pain. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(2), 153-159.
- Morales, F. (1999). *Psicología de la Salud. Conceptos básicos y proyecciones de trabajo*. La Habana: Científico Técnica.
- Moreno, P., Ybarra, E., Sagarduy, J., Granados, G. & 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. & 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, M.V. & Muñoz-Gómez, J. (2006). Health-related quality of life in rheumatoid arthritis: therapeutic education plus pharmacological treatment versus pharmacological treatment only. *Rheumatol Int*, 26, 752-757.
- OMS. (2003). La OMS alerta sobre riesgos de incumplimiento de tratamientos médicos. En: www.infomed.sld.cu Fuente: Ginebra, julio.
- 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, 278-283.
- Parekh, S., Vandelandotte, 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), 179-245.
- Paterson, T.S.E., 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.
- Peck, C.L. & King, N.J. (1985). Increasing patient compliance with prescriptions. *Journal of The American Medical Association*, 248, 2874-2877.
- 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. & Cartwright, F. (2009). Depressive symptoms and marital satisfaction in the con-

- text 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. & 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. & 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, M.C., Grau, J. & Chacón, M. (2009). *Cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado: 120 preguntas y respuestas*. La Habana: ECIMED.
- Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcazar, F. & Sánchez-Sosa, J.J. (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.
- Roditi, D. & 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.
- Romero, T., Grau, J., Gómez, C., Chacón, M., Infante, O., Asen, L., Llantá, M.C., Molina, M., Camacho, R. & Grau, R. (2003). Desarrollo de conductas protectoras para control del cáncer con metodologías por etapas: una evaluación de eficacia. *Psicología y Salud*, 52(1), 28-44.
- Romero, T., Grau, J., Chacón, M., Barbat, I., Infante, O., Grau, R. & 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, I.M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 354-386.
- Rosenstock, I.M. (1985). Understanding and enhancing patient compliance with diabetic regimens. *Diabetes Care*, 8, 610-616.
- Senders, A., Wahbeh, H., Spain, R. & Shinto, L. (2012). Mind-body medicine for multiple sclerosis: a systematic review. *Autoimmune Dis*, 20(12), 567-324.
- Soberanes, S., González, A. & Moreno, Y. (2009). Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Rev Espec Médico-Quirúrgicas*, 14(4), 161-172.
- 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 Educ and Counseling*, 83(1), 7-13.
- Stellefson, M., Dipnarine, K. & 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, S.E. & Aspinwall, L.G. (1990). Psychosocial aspect of chronic illness. En: 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.
- Urzúa, A. (2008). Calidad de vida y factores biopsicosociales en patologías médicas crónicas. *Terapia psicológica*, 26(2), 207-214.
- Villamarín, F. (1990). Auto-eficacia y conductas relacionadas con la salud. *Rev Psicología de la Salud*, 2, 45-64.
- Vinaccia, S. (2016, mayo). Enfermedad crónica: un análisis de factores salutogénicos y patogénicos asociados. Conferencia magistral en el VII Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud (ALAPSA 2016). Cali, Colombia.
- Vinaccia, S., Tobón, S., Moreno, E., Cárdena, J. & Anaya, J.M. (2005). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Int J Psychol Ther*, 5, 47-61.
- Vriezokolk, 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 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.
- Warmerdam, L., van Straten, A., Jongasma, J., Twisk, J. & 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.
- WHO (2012). *Chronic diseases*. Disponible: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/index.html. Recuperado: Octubre, 2012.
- 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.