

Factores psicosociales y enfermedades crónicas: el gran desafío

Psychosocial aspects and chronic diseases: the great challenge

Jorge A. Grau Abalo*

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

Las enfermedades crónicas son afecciones duraderas, donde la atención médica es sólo un aspecto de la ayuda necesaria. Por lo general, no son curables e involucran alguna discapacidad y muchas veces dolor; pueden interferir el funcionamiento personal, social, sexual y laboral, perturbando la vida cotidiana, impactando en la familia, los grupos sociales y la comunidad. Amenazan a la existencia, generan incertidumbre y sentimientos negativos, hacen modificar hábitos y costumbres, fomentan la dependencia de otras personas, afectan la subsistencia básica, provocan aislamiento social, causan desgaste personal en la búsqueda de ajuste a las nuevas condiciones. En su etiología juegan importante papel los factores psicosociales: las condiciones y estilos de vida, el estrés y las emociones, los afrontamientos, el apoyo social y algunas cualidades de la personalidad. A medida que se incrementa el envejecimiento poblacional, aumentan los procesos degenerativos, las personas necesitan cuidados especiales con altos costos a los servicios de salud. La atención debe pasar de un abordaje individual a un enfoque social, integral. Las acciones y procedimientos deberán cambiar, en consecuencia, desde la meta de la curación a la adaptación a la enfermedad, con cambio sustancial de modalidades y escenarios. Se impone un abordaje diferente, reorientando prioridades según metas de atención y nuevos preceptos éticos. Suele encontrarse literatura especializada sobre factores psicosociales relacionados con enfermedades específicas, pero es difícil encontrar materiales que expliquen, de manera global, como los factores psicosociales influyen en el desarrollo de estas enfermedades. En este trabajo se analizan algunos de estos factores y se examinan las bases de este nuevo enfoque.

Palabras clave: factores psicosociales, enfermedades crónicas, psicología de la salud.

Chronic diseases are everlasting affections, where the medical assistance is just one aspect of the necessary help- Generally there is not cure for them and they are associate to disabilities, and so many times to pain; they can interfere the personal, social, sexual and working functioning, disturbing the daily life, having a great impact on family, social groups and community. They threaten the existence, generate uncertainly and negative feelings, force to modifying habits and customs, they cause the dependence on other people, affect the basic subsistence, cause social isolation, personal waste when seeking for adjustment to the new conditions. The psychosocial aspects play a very important role in the etiology of these diseases: life conditions and life style, stress and emotions, coping, social support and some personality characteristics. As far as the population is getting old in an increasing way, degenerative processes grow, people need special care, with high costs to the health services. The assistance should move from an individual to a social and integral approach. Actions and procedures shall change subsequently, from the cure goal to the adaptation to the disease, with a substantial change of modalities and scenes. A different approach is required, targeting new priorities according to the care goals and new ethical precepts. It's so common to find specialized literature about psychosocial aspects related to specific diseases but it is difficult to find articles explaining, in a general perspective, about the way these psychosocial aspects influence on the development of these diseases. Some of these aspects are analyzed in this research paper and the basis of this new approach are also examined.

Keywords: psychosocial aspects, chronic diseases, health psychology.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como profesionales de diferentes países han centrado su preocupación desde hace algunos años en los cambios en la salud de la población

* Doctor en Ciencias Psicológicas, Investigador Titular del Instituto de Oncología y Radiobiología, Profesor Titular de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Jefe del Grupo Nacional de Psicología del Ministerio de Salud Pública – Mail: psico@infomed.sld.cu

mundial generados por enfermedades que se han venido expandiendo de manera rápida y han cambiado el perfil epidemiológico de países y grandes estratos sociales: las llamadas Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT).

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

Entre las ECNT más frecuentes se encuentran las cardiovasculares, las cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes, las enfermedades respiratorias y pulmonares, los trastornos osteomioarticulares, las enfermedades renales, entre los grupos de mayor incidencia y prevalencia (Hirschhorn, Kaaya, Garrity, Chopyak & Fawzi, 2012; Kojima, 2012; Daar et al., 2007; Hanson & Gluckman, 2011; Abegunde, Mathers, Adam, Ortegón & Strong, 2007). El VIH/SIDA tiene actualmente curso similar al de una enfermedad crónica (Grau, 2013).

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

ASPECTOS CONCEPTUALES Y ÉTICOS EN LAS ECNT

Existen varias definiciones de ECNT. Se les ha denominado ECNT por prolongarse a través del tiempo, no tener cura (WHO, 2012), no conocerse un agente causante que las transmita de un individuo afectado a otro (Daar et al., 2007), o por

ser enfermedades que no se resuelven espontáneamente, que implican cambios mayores en amplios espectros de la vida de una persona, alterando las rutinas y actividades cotidianas (Hanson & Gluckman, 2011). Las ECNT son perdurables, tienen síntomas no constantes y con frecuencia involucran alguna discapacidad, las personas pueden sentirse relativamente bien o mal en ocasiones, pero nunca están totalmente sanas (Grau, 2013, 2015, 2016). Se ha señalado que la gente tiende a conceptualizar las enfermedades 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. En realidad, las ECNT representan una crisis en la vida personal más allá de la adaptación a la enfermedad –en términos de la “teoría de la crisis– (Moos & Schaefer, 1984) porque interfieren el funcionamiento personal y social existente hasta entonces y son estresoras para paciente, familia y amigos, requieren entrenamiento y motivación del paciente (y su familia) para su tratamiento, cuidado y auto-cuidado.

Las ECNT se han identificado como la causa principal de discapacidad y de millones de muertes prematuras en todo el mundo: representan un 60 % del total de muertes, de las cuales el 80 % ocurre en países de ingresos bajos o medios (Fisher, 2005; Daar et al., 2007; Hanson & Gluckman, 2011; Allender, Foster, Hutchinson & Arambepola, 2008; Moore & McQuestion, 2012). La mayoría incluye síntomas complejos molestos que deben ser integralmente valorados y tratados, como el dolor (Grau & Martín, 1993; Martín, 2002; Martín, Grau & Lechuga, 2005; Grau, 2016; Grau, Chacón & Llantá, 2015). Requieren de mayor cuidado en salud, generan altos costos sociales y económicos a nivel mundial (Adeyi, Smith & Robles, 2007).

Entre las consecuencias de las ECNT se hallan muchas de naturaleza psicosocial: amenazan a la integridad del individuo, generan incertidumbre y emociones negativas, hacen modificar sus hábitos y costumbres, interfieren la vida normal con dolor e incapacidad, fomentan la dependencia de otros, afectan la subsistencia básica y la seguridad económica, causan estigmas, intolerancias, miedos, malentendidos, junto a simpatías bien intencionadas, pero a veces humillantes, provocan pérdida de amistades, aislamiento social, causan una agotadora lucha emocional por conservar la integridad y el respeto a sí mismo, para preservar la auto-identidad (Grau, 2013, 2015, 2016).

Además, las ECNT involucran nuevos retos éticos: a nuestra comprensión de los fines de la Medicina, de la naturaleza de la relación médico-paciente, de los principios estándar por los que debe guiarse la toma de decisiones en el cuidado de la salud; a los límites morales del cuidado y las expectativas convencionales sobre el deber que tiene cada familia de dar cuidado, en relación con las obligaciones de bienestar social del estado; a nuestra comprensión de justicia social y comunidad, en cuanto estos ideales se reflejan en la respuesta de la sociedad a las diferentes necesidades de servicio social y de salud (Grau, 2013, 2016). Los preceptos de la Ética (autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia) estarán relacionados con estos desafíos: cómo los principios básicos de respeto por las perso-

nas, la autonomía del paciente y la obligación de proporcionar el bienestar deberán aplicarse específicamente en el cuidado a enfermos crónicos. ¿Cómo especificar necesidades, derechos e intereses de los enfermos? ¿Cuán sensitiva y cuidadosa deberá ser la reflexión moral para seguir implicando a la familia? ¿Cómo proteger a la familia sin erosionar ese sentimiento especial de vocación de cuidado de la familia, que es fuerte en nuestra sociedad? ¿Cómo deberá remodelarse el “modelo contractual” entre médico y enfermo, que sustenta el principio de autonomía y racionalidad del paciente, y que, al mismo tiempo, no debe dejar fuera el compromiso del profesional con el cuidado de este paciente? ¿Cómo aplicar el consentimiento informado para proceder diagnósticos y terapéuticos, sin reducirlo a la simple voluntariedad y racionalidad del enfermo y sin dejar a un lado la autoridad competente del profesional? ¿Cómo cambiar la visión del paciente, que se ha acostumbrado tradicionalmente a ver su enfermedad como un “enemigo” que se lleva “por dentro”, transformando la creencia de que será liberado de él y priorizando el mantenimiento del significado de la vida vivida con –o a pesar de– la enfermedad? ¿Cuánto se les debería contar a los miembros de la familia sobre el diagnóstico y pronóstico de una enfermedad crónica y cuándo? ¿Si los miembros de la familia están directamente involucrados en la ejecución de un tratamiento, tienen el derecho de decidir entre planes alternativos posibles de tratamiento? ¿Dónde debería trazarse la línea entre el paternalismo justificado y la manipulación y coerción inaceptables cuando el médico y los familiares intentan modificar la conducta de un paciente no colaborador? (Grau, 2012, 2016).

El tema de las ECNT no sólo implica desafíos a enfermos, familiares e instituciones y servicios de salud, sino a la propia aplicación de los principios éticos. Las ECNT cambiarán la trama de las relaciones médico-paciente, y pondrán a los profesionales de la salud ante complicados problemas de confidencialidad y autonomía. Será necesaria, entonces, una atención basada en un ambiente holístico de apoyo en el que puedan construirse las vidas de forma significativa para cada cual; un acceso equitativo a los servicios, con límites razonables a la búsqueda quijotesca e insaciable de una “salud perfecta”; la reorientación de prioridades de acuerdo a una comprensión modificada de las metas de la atención y una aproximación reflexiva al significado de la enfermedad crónica como experiencia humana (Grau, 2012, 2016). Estas premisas están indisolublemente ligadas a fenómenos de carácter subjetivo, a factores psicosociales.

LOS DETERMINANTES PSICOSOCIALES DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Cuando se analizan los diferentes modelos teóricos acerca de los determinantes sociales de la salud (ver Figura 1), se observa que, además de las condiciones de vida y de trabajo, los comportamientos y otros factores psicosociales (estrés y eventos vitales, apoyo social, vida familiar) constituyen determinantes que, en el caso de las ECNT adquieren un relevante papel.

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

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

Al analizar cómo la mente, lo subjetivo, influye en las ECNT tenemos que pensar que hay factores que son perjudiciales, otros que generalmente son protectores y que también existen algunos otros factores moduladores en el propio desarrollo de la enfermedad. La literatura señala que entre los factores psicosociales perjudiciales están los estados emocionales mal manejados (ansiedad, depresión e ira), el aislamiento social y la incomunicación o comunicación inadecuada, los afrontamientos defensivos ante los eventos estresantes, las creencias desfavorables acerca del control que podemos ejercer sobre ellos, el pesimismo y la desesperanza. Entre los factores protectores, que hacen a las personas más “resistentes” a las enfermedades se señala el conocimiento que se tenga de la enfermedad, sus causas y manifestaciones tempranas, el cumplimiento terapéutico adecuado (adherencia a medidas de prevención o tratamiento), el apoyo social deseado y percibido, los afrontamientos eficaces ante la enfermedad, las creencias de control positivas (auto-eficacia), el optimismo y otras variables conocidas como “salutogénicas”, contribuyentes de la llamada “resiliencia” o capacidad para afrontar la adversidad. Entre otros factores que influyen en la enfermedad, modulando su curso y el proceso de adaptación a ella, se consideran los tratamientos cruentos, las limitaciones de la actividad (incapacidad, minusvalía), los factores de riesgo y vulnerabilidad al estrés, la concepción interna de la enfermedad y su significado que tenga cada persona (“dolencia” o “cuadro interno”), la relación y comunicación médico-paciente, la calidad de vida y el bienestar subjetivo conservados, la familia en su bregar de cuidado (rol, carga, conocimientos, afectaciones por el cuidado) y el nivel de



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

desgaste en profesionales de salud (Grau, Hernández & Vera-Villarroel, 2005; Grau, 2014).

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

- Influyendo en las reacciones neuroquímicas de estrés, al:
 - Dejar de prevenir o aminorar las condiciones ambientales perjudiciales que están asociadas a las situaciones estresoras.
 - Dejar de regular la perturbación emocional ante daños o emociones al expresar una serie de valores, un estilo de vida y/o una conducta que es, en sí misma, perjudicial (por ejemplo, "ahogar las penas con alcohol", fumar ante excesivo estrés en el trabajo, establecimiento de relaciones sexuales promiscuas después de un abandono de la pareja, etc.).
- Aumentando el riesgo de morbilidad y mortalidad cuando incluye uso excesivo de sustancias nocivas (el propio alcohol, drogas, tabaco) o cuando llevan al individuo a actividades de riesgo importante (como acelerar el carro para compensar la falta de tiempo y el exceso de tareas en la jornada o incrementar el consumo de cigarrillos).
- Dañando la salud al impedir conductas adaptativas (por ejemplo, abandono de las prescripciones por estar centrado en afrontamientos dirigidos a la regulación emocional y no a la solución del problema).

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

Un concepto muy convocado para explicar el papel de lo psicológico en la enfermedad crónica es la que se refiere a los estilos de vida. El estilo de vida es el conjunto de comportamientos que un individuo concreto pone en práctica de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana y que pueden influir en el mantenimiento de su salud o lo coloca en situación de riesgo para la enfermedad: alimentación inadecuada, actividad física escasa, ciclos alterados de sueño-vigilia, consumo excesivo de sustancias y hábitos tóxicos, pobre manejo del estrés, sexualidad desprotegida, no uso de dispositivos de seguridad en el transporte y el trabajo, etc. Suele confundirse a los estilos de vida con los modos y las condiciones de vida, los estilos de vida son siempre personales, y se expresan en conductas específicas individuales que se interpretan como factores de riesgo, o conductas que son compartidas por un grupo de personas en un contexto específico (Rodríguez-Marín, 1995). Para Walker y colaboradores (Walker, Kerr, Pender & Sech-

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

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

Esta propensión o vulnerabilidad a enfermar ha sido definida “*como la amenaza potencial que se convierte en activa cuando se considera que realmente pone en peligro al individuo o incluye la susceptibilidad a reaccionar con distrés ante un amplio grupo de acontecimientos debido a un conjunto de factores personales que involucran compromisos, creencias y los propios recursos*” (Lazarus & Folkman, 1986). Pero también puede ser vista como el patrón funcional de la personalidad centrada en estados emocionales negativos (Friedman & DiMatteo, 1989), por lo que cada día se habla más de “vulnerabilidad personal”. Entendemos aquí como personalidad el nivel superior y más complejo de la regulación psicológica (González-Rey, 1989), partiendo de una concepción teórica que trasciende las consideraciones de la actividad del hombre como un conjunto de reacciones externas (comportamentales) a estímulos externos del medio, separada del sujeto actuante, que es en definitiva, una personalidad concreta, consciente e histórica, algo distante de la tradicional consideración de la personalidad como un conjunto de rasgos externos, caracterológicos.

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

- Estimulando conductas no saludables: se han reportado altos niveles de artritis reumatoide entre fumadores y personas con sobrepeso; además, al conducir al tabaquismo, al alcoholismo y otras formas inadecuadas de compensación se torna en causa indirecta de cáncer y otras enfermedades (Taylor & Aspinwall, 1993).
- Al constituir un factor predisponente al estrés negativo y la instalación de estados emocionales patológicos, que, a su vez, refuerzan las conductas no saludables, facilitan un determinado rol de enfermo, y propician cambios en el sistema neuroendocrino e inmune (Grau, 1996; Grau et al., 2005).
- Al contribuir a la concentración del sujeto en la observación de sensaciones corporales: se ha comprobado que los sujetos ansiosos no son exactos en la percepción de sus reacciones corporales, pero reportan más síntomas de estrés (Friedman & DiMatteo, 1989; Grau, Martín M & Portero, 1993).

En un trabajo clásico, Both-Kewley y Friedman (1987), revisaron 217 estudios con enfermos cardiovasculares, asma, úlcera, artritis reumatoide y cefaleas e identificaron fuertes correlaciones entre variables personales y la enfermedad. Las variables emocionales estudiadas fueron ansiedad, depresión, ira, hostilidad, agresión y extraversión. Resultó que la ansiedad, la depresión y la hostilidad tenían más fuertes correlaciones con la enfermedad que las encontradas y tradicionalmente reportadas para el tabaquismo, el colesterol y la enfermedad coronaria. La explicación es la misma que se ha ofrecido por muchos otros autores y que se ha reflejado en el presente trabajo: *las emociones constituyen la expresión de un funcionamiento personal relativamente desajustado que puede afectar la salud por varias vías* (Grau et al., 1993).

Muy relacionados con los estudios sobre estrés y emociones, están los trabajos sobre los patrones de la personalidad como predisposiciones a las enfermedades. El más conocido (y cuestionado) es el llamado *Patrón A* (Friedman & Roseman, 1976). Fue inicialmente descrito por cardiólogos que observaban que sus pacientes manifestaban rasgos de impaciencia, competitividad y urgencia temporal. Estas personas con personalidad A han sido caracterizadas como aquellas que se involucran en una batalla constante para hacer más en menos tiempo (urgencia temporal), son hostiles y agresivos para alcanzar las metas, competitivos y empeñados por el éxito, impacientes, impulsivos, hiperalertas y tensos. Muchas investigaciones se han dedicado a estudiar la relación entre este patrón personal y las enfermedades cardiovasculares. Se dice que estas personas se crean el estrés a sí mismos, tienden a tener más accidentes, a morir de accidente o violencia, padecen con más frecuencia de enfermedades por arteriosclerosis cerebro-vascular o periférica y de migraña y cefalea por contracción muscular mantenida. Ellas tienden a otros factores de riesgo como tabaquismo y consumo elevado de sustancias que incrementan el colesterol. Se ha reportado que el patrón A tiende a aumentar moderadamente el riesgo a morir de cáncer. La mayor parte de estas investigaciones ha sido fuertemente criticada, en gran medida, por deficiencias metodológicas (son casi todas retrospectivas y transversales), además de que algunas características del patrón A son positivas. Pero investigaciones prospectivas con el patrón A han confirmado que predice el debut de la enfermedad coronaria, la repetitividad del infarto y la dureza de las arterias, convirtiéndose en verdadero factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares y cerebro-vasculares (Friedman & DiMatteo, 1989). Hoy se piensa que no todas las características del patrón A son marcadores de vulnerabilidad. Así, por ejemplo, se ha planteado que el componente de hostilidad del Patrón de conducta Tipo A puede ser mejor predictor de una enfermedad coronaria que todo el patrón por sí mismo, de igual

manera, estudios por componentes demuestran una mejor relación entre algunos de sus componentes con variables psicológicas relacionadas teóricamente y no con todo el patrón (Grau, 2013; Vera-Villarroel, Sánchez & Cachinero, 2004). Se ha señalado que el trabajo "duro" puede ser saludable si se da en un contexto de motivación y devoción hacia la tarea; con frecuencia se hace un mal diagnóstico en base a similitudes conductuales externas entre el verdadero tipo A y los individuos saludables, que son activos, se mueven rápido y son dominantes y vigorosos. Sin embargo, personas diagnosticadas como tipo B de personalidad (contrapuesto al A) porque hablan en voz baja y son aparentemente serenos, pueden estar reprimiendo la hostilidad y tener ambiciones frustradas, también con cierto grado de daño coronario y propensión a la enfermedad. Esto llama a la necesidad de descubrir los verdaderos "tipo A" y "tipo B". Se piensa que los componentes de mayor riesgo del patrón A son la hostilidad y cierta hiperreactividad neuroendocrina, concebida no sólo como simple reacción al estrés, sino como condicionante de una vivenciación de determinadas situaciones como estresantes en función de la activación ("arousal") del sistema nervioso vegetativo (Grau, 2013).

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

Por otra parte, toda enfermedad crónica resulta estresante. Los afrontamientos ante estas enfermedades han sido descritos sobre el supuesto de que su aparición constituye una situación estresante, que obliga a procesos adaptativos y siguen influ-

yendo en el curso de la enfermedad. Entre los factores estresantes propios de una enfermedad crónica están: los problemas físicos derivados de la enfermedad y los tratamientos, la necesidad de tomar decisiones ante situaciones estresantes y controlar sus emociones, la necesidad de conservar adherencia terapéutica; los problemas que derivan de la rehabilitación física, los problemas vocacionales y laborales que se derivan de la relativa incapacidad funcional o de las secuelas, los problemas de interacción social con familiares y profesionales, los problemas de autoimagen y autoestima, los retos en el reajuste de metas y motivaciones, los problemas de comunicación y ajuste en nuevo entorno, y, por supuesto, la amenaza potencial a la vida y el miedo a la muerte (Leventhal, Nerenz & Steele, 1984, Grau, 2016).

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

De la misma manera en que existen modelos vinculados al estrés, a las emociones y a la personalidad, que se relacionan con la propensión a enfermar (*modelos de vulnerabilidad*), actualmente se resalta la importancia de otros modelos por los cuales el hombre interactúa con su medio con posibilidades de enriquecimiento y de desarrollo personal (Grau et al., 2005). Estos son los llamados *modelos salutogénicos*, que tienden a proveer de recursos contra la posibilidad de enfermar y de propiciar cierta resistencia al estrés emocional generador de trastornos. Se basan en un giro desde la atención focalizada en la preocupación por los aspectos más negativos del ser humano, hacia la potenciación de cualidades positivas (esperanza, perseverancia, creatividad, espiritualidad, responsabilidad, visión de futuro, fortaleza personal, etc.), que no habían sido muy abordadas por la Psicología hasta fecha relativamente reciente (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Seligman, Linley, Joseph & Boniwell, 2003; Ortiz, Ramos & Vera-Villarroel, 2002; Moreno-Jiménez, Garrosa & Gálvez, 2005; Flórez-Alarcón, 2007). Los modelos más conocidos son: el sentido de coherencia, el patrón de resistencia personal (*hardiness*) y otros basados en el optimismo, la autoestima, el empeño personal, la teoría del control.

El sentido de coherencia es un constructo desarrollado por Antonovsky (1987, 1990). El origen de estos estudios tuvo lugar en observaciones de Antonovsky sobre mujeres sobrevivientes a un campo de concentración nazi, que a pesar de todos los rigores y restricciones, conservaban una razonable salud física y mental. Él lo atribuyó a variables personales integradas en lo que luego denominó "sentido de coherencia" (SC). Estas mujeres con alto SC habían desarrollado mecanismos eficaces de adaptación. El SC resalta cómo la gente aborda el estrés en vez de insistir en el impacto negativo de los estresores. Se refiere a una disposición de muchas personas que permite encarar la vida y sus problemas de manera que se hace más fácil el afrontamiento al ver el mundo como significativo, comprensi-

ble y manejable (Antonovsky, 1987). Para Antonovsky (1990) el SC no es un rasgo específico de personalidad, ni un estilo particular de afrontamiento, es más bien una orientación global, generalizada, una habilidad para seleccionar el estilo correcto de afrontamiento ante una situación dada. No es una línea de conducta fija y preestablecida, sino más bien una estrategia general frente a los problemas y dificultades de la vida. Antonovsky pretendía diferenciarlo de otros "recursos de resistencia generalizados" como la autoestima o el apoyo social; mientras que el resultado de tales recursos es proporcionar al sujeto experiencias y situaciones favorables al desarrollo de la salud y no de la enfermedad, el SC sería el componente cognitivo resultante de tal conjunto de experiencias. Antonovsky lo define (1987) como: "...una orientación global que expresa hasta qué punto uno tiene la amplia, resistente y dinámica sensación de confianza en que los estímulos provenientes del entorno (interno o externo) en el curso de la vida son estructurados, predecibles y manejables (comprensibilidad), los recursos están disponibles para afrontar las demandas que exigen estos estímulos (manejabilidad) y estas demandas son desafíos que merecen una inversión y un compromiso (significatividad)...".

En el SC el resultado protector no depende exclusivamente de la evaluación cognitiva que haga el sujeto, sino de una orientación generalizada que se puede considerar básicamente estable hacia el principio de la edad adulta y que se adquiere a partir de las experiencias del sujeto en dependencia de su marco social (familia, trabajo, situación económica y social, etc.). No puede abstraerse de las condiciones reales (macrosociales) del sujeto y de las experiencias propias de su vida. Diferentes estudios han mostrado la influencia positiva del SC sobre la salud y el bienestar: se ha encontrado que puntuaciones altas predicen mayor bienestar físico y psicológico, así como mejor habilidad funcional en las actividades cotidianas (Carmel, Anson, Levenson, Bonneh, & Maoz, 1991), también se ha reportado una relación en largos lapsos de tiempo con menores síntomas psicológicos (Flannery RB & Flannery GJ, 1990; Ryland & Greenfield, 1991).

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

La PR ha sido investigada en diferentes contingentes de personas; se ha intentado evaluar con varios instrumentos. Este vivir la vida a plenitud, con un sentimiento de competencia y una orientación productiva, no sólo protege al sujeto de enfermedades y le proporciona bienestar, sino que ante situaciones de enfermedad crónica grave o terminal, las personas con PR serán más sensibles al uso de medidas heroicas, lucharán contra el daño a la calidad de vida que podría provocar la enfermedad, podrían –incluso– usar la mente como medida heroica para la curación. Y en caso de fracaso, aceptarán con valor la muerte y dirigirán todos sus esfuerzos para prepararse a sí mismos y a los demás a enfrentarla (Kobasa, Maddi & Khan, 1982). Diversos estudios realizados por Kobasa y sus colaboradores (Kobasa, Maddi & Courington S., 1981) y por otros investigadores (Sheppard & Kashani, 1991; Westman, 1990) han mostrado que la PR está vinculada a una mejor salud.

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

La *autoestima*, es una variable de la personalidad que indica la apreciación y el valor que el sujeto se concede a sí mismo, es un componente afectivo de las actitudes hacia uno mismo. Ha sido relacionada con el afrontamiento de las situaciones problemáticas, y particularmente, con el estrés. La alta autoestima se encuentra asociada a la sociabilidad, la motivación por el logro, el ajuste personal y los bajos niveles de ansiedad. Por otra parte, una baja autoestima está vinculada a problemas psicosomáticos, aislamiento social, miedo al éxito, fracaso escolar, y a otros trastornos de la salud, como adicciones (Friedman & DiMatteo, 1989; Moreno-Jiménez, Alonso & Álvarez, 1997). Se ha encontrado que la baja autoestima está asociada a más síntomas (Emmons & Diener, 1985; Robbins, Spence & Clark, 1991). La autoestima influye en la salud desarrollando conductas saludables (Torres-Rivas, Fernández & Maceira, 1995).

A MODO DE CONCLUSIONES

Estudios ya clásicos y otros más recientes confirman, además de la influencia de factores psicosociales en la propensión a enfermar, la posible acción moderadora de variables salutogénicas, protectoras. El componente psicológico o psicosocial

está especialmente presente en las enfermedades crónicas, tanto en la vulnerabilidad como en la adaptación a la enfermedad. Y también puede retardar la progresión de la enfermedad y propiciar un mejor ajuste a la misma en el paciente, el cuidador familiar y los cuidadores profesionales. La investigación en esta dirección es muy prometedora.

La complejidad del proceso continuo de salud-enfermedad y de la adaptación del paciente a su enfermedad hace que el abordaje de las ECNT se constituya en un gran desafío no sólo para la organización de los servicios de salud y la correcta aplicación de los preceptos éticos que habrán de guiarlos, sino para la incorporación de la Psicología en el esclarecimiento de los factores psicosociales vinculados a este proceso, así como en la propuesta de medidas de evaluación e intervención esencialmente diferentes.

BIBLIOGRAFÍA

- 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, 929-1938.
- Adeyi, O., Smith, O. & Robles, S. (2007). Public policy and the challenge of chronic noncommunicable diseases. *Washington, DC: World Bank* 1-218. Recuperado de: <http://site.ebrary.com/lib/bibliobosque/Doc?id=10180744&ppg=19>
- Allender, S., Foster, C., Hutchinson, L. & Arambepola, C. (2008). Quantification of urbanization in relation to chronic diseases in developing countries: a systematic review. *Journal Urban Health*, 85(6), 938-951.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey Bass.
- Antonovsky, A. (1990). Personality and health: testing the sense of coherence model. En: H.S. Friedman (Ed.) *Personality and disease*. New York: Wiley & Sons.
- Booth-Kewley, S. & Friedman, H.S. (1987). Psychological predictors of heart disease: A quantitative review. *Psychological Bulletin*, 11, 343-362.
- Carmel, S., Anson, O., Levenson, A., Bonne, D.Y. & Maoz, B. (1991). Life events, sense coherence and health: Gender differences on the kibbutz. *Soc Sci Med*, 32, 1089-1096.
- 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.
- Emmons, R.A. & Diener, E. (1985). Personality correlates of subjective well-being. *Pers Soc Psychol Bull*, 11, 89-97.
- Eysenck, H. (1994). Cancer, personality and stress: Prediction and prevention. *Adv Behav Res Ther*, 16, 167-215.
- Fisher, L. (2005). Family, ethnicity, and chronic disease: An ongoing story with a new twist. *Families, Systems & Health*, 23(3), 293-306.
- Flannery, R.B. & Flannery, G.J. (1990). Sense of coherence, life stress and psychological distress: A prospective methodological inquiry. *J Clin Psychol*, 46(4), 415-420.
- Flórez-Alarcón, L. (2007). *Psicología Social de la Salud. Promoción y prevención*. México: Manual Moderno.
- Friedman, H. & Di Matteo R.C.D. (1989). *Health Psychology*. London: Prentice Hall.
- Friedman, M. & Roseman, R. (1976). *Conducta tipo A y su corazón*. Barcelona: Grijalbo.
- González-Rey, F. (1989). *Psicología. Principios y categorías*. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales.
- Graham, H. & Kelly, M.P. (2004). *Health inequalities: Concepts, frameworks and policy*. NHS Briefing Paper.
- Grau, J. (1996). La Psicología de la salud y las enfermedades crónicas: Un paradigma del trabajo futuro. En: G Rodríguez, ME Rojas (Eds.). *La Psicología de la Salud en América Latina* (pp. 47-60). México, DF: UNAM.
- Grau, J. (2012). Ética en oncología. Conferencia inicial en el módulo de Bioética en la especialidad de Oncología, Instituto cubano de Oncología y Radiobiología (documento no publicado).
- Grau, J. (2013). Enfermedades crónicas no transmisibles: una mirada panorámica. Conferencia central en el módulo de Enfermedades Crónicas, Especialidad de Psicología de la Salud, Facultad de Ciencias Médicas "Manuel Fajardo", Universidad de Ciencias Médicas de La Habana (documento no publicado).
- Grau, J. (2014, noviembre). Calidad de vida, bienestar subjetivo y Psicología de la Salud: un camino al futuro. Conferencia de clausura de la VII Conferencia Internacional de Psicología de la Salud (PSICOSALUD 2014). En: Memorias del evento (formato en CD).
- Grau, J. (2015). Factores psicosociales y enfermedades crónicas: Una revisión. En: Tabloide 10 del Curso "Universidad para todos: Hacer y Pensar la Psicología".
- 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. (2004). El estrés en el paciente diabético. *Boletín diabetológico*. Centro para la prevención y control de la diabetes. Guadalajara, México.
- Grau, J., Chacón, M. & Reyes, M.C. (2012). *Guía de cuidados para familiares de enfermos crónicos avanzados*. La Habana: ECIMED.
- 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 (Comps). *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., Hernández, E. & Vera, P. (2005). Estrés, salutogénesis y vulnerabilidad. En: E Hernández, J Grau (Eds.) *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones* (pp. 113-178). Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud.

- Grau, J. & Martín, M. (1993). La investigación psicológica de los enfermos crónicos en Cuba: Una revisión. *Revista Psicología y Salud, enero-junio*: 137-149.
- Grau, J., Martín, M. & Portero, D. (1993). Estrés, ansiedad, personalidad: resultados de las investigaciones cubanas efectuadas sobre la base del enfoque personal. *Rev Interamericana de Psicología, 27*(1), 37-58.
- Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H.J., Vetter, H. & Schmidt, P. (1988). Psychosocial types and chronic diseases. Results of the Heilderberger Prospective Psychosomatic Intervention Study. En: CD Spielberger (Ed.) *Topics in Health Psychology* (pp. 57-75). NY: Wiley & Sons.
- Grossarth-Maticek, R. & Eysenck, H.J. (1990). Personality, stress and disease: description and validation of a new inventory. *Psychol Reports, 66*, 355-373.
- 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.
- Hirschhorn, L., Kaaya, S., Garrity, P., Chopyak, E. & Fawzi, M. (2012). Cancer and the 'other' noncommunicable chronic diseases in older people living with HIV/AIDS in resource-limited settings: a challenge to success. *AIDS; 26*, Supp. 1), S65-75.
- Kobasa, S. (1979). Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness. *J Pers Soc Psychol, 37*, 1-11.
- Kobasa, S. (1993). Inquiries into hardiness. En: D. Goldberg, Brehnitz M. (Eds). *Handbook of stress. Theoretical issues and clinical applications* (pp. 320-339). New York: McGraw-Hill.
- Kobasa, S., Maddi, S.R. & Khan, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *J Pers Soc Psychol, 42*, 168-177.
- Kobasa, S., Maddi, S.R. & Courington, S. (1981). Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship. *J Health Soc Behav, 22*, 368-378.
- Kojima, M. (2011). Epidemiologic studies of psychosocial factors associated with quality of life among patients with chronic diseases in Japan. *Japan Epidemiological Association, 22*(1), 7-11.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca
- 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.
- Martín, M. (2002). La evaluación psicológica del dolor crónico: estrategias para nuestro medio. Tesis doctoral (No publicada), Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vasculard, 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.
- Moore, J. & McQuestion, M. (2011). The clinical nurse specialist in chronic diseases. *Clin Nurse Spec, 26*(3), 149-163.
- Moos, R.H. & Schaefer, J.A. (1984). The crisis of physical illness: An overview and conceptual analysis. En: R.H. Moos (Ed.) *Coping with physical illness 2: New perspectives* (pp. 3-25). New York: Plenum Press.
- Moreno-Jiménez, B., Alonso, M. & Álvarez, E. (1997). Sentido de coherencia, personalidad resistente, autoestima y salud. *Psicología de la Salud; 9*(2), 115-138.
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E.H. & Gálvez, H.M. (2005). Personalidad positiva y salud. En: L Flórez, MM Botero, B Moreno (Eds.). *Psicología de la salud: temas actuales de investigación en Latinoamérica* (pp. 59-76). Bogotá: Kimpress, Ltda.
- Ortiz, J., Ramos, N. & Vera-Villarreal, P. (2003). Optimismo y salud: Estado actual e implicaciones para la Psicología Clínica y de la Salud. *Suma Psicológica; 10*(1), 119-134.
- Pennebaker, J.W. (1995). *Emotion, disclosure and health*. Washington, DC: APA.
- Robbins, A.S., Spence, J.T. & Clark, H. (1991). Psychological determinants of health and performance: the tangled web of deliverable and undeliverable characteristics. *J Pers Soc Psychol, 61*(5), 755-765.
- 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. (2010). 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.
- Ryland, E. & Greenfeid, S. (1991). Work stress and well-being: An investigation on Antonovsky's Sense of Coherence Model. En: P.L. Perrewé (Ed.) *Handbook on job stress* (special issue). *J Soc Behav Pers; 6*(7): 39-54.
- Seligman, M.E.P., Cikszenmihailyt, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *American Psychologist, 55*, 5-14.
- Seligman, M.E., Linley, P.A., Joseph, S. & Boniwell, I. (2003). Positive psychology: Fundamental assumptions. *Psychologist, 16*(3), 126-127.
- Sheppard, J.A. & Kashani, J.H. (1991). The relationship of hardiness, gender and stress to health outcomes in adolescents. *J of Personality, 59*(4), 747-768.
- Taylor, S.E. & Aspinwall, L.G. (1993). Coping with chronic illness. En: L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.). *Handbook of stress; Theoretical and clinical aspects*. (pp. 511-531). New York: Free Press.
- Temoshock, L.R. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer. Towards an integrative model. *Cancer Surv, 6*, 545-567.

- Temoshock, L.R. (2000). Complex coping patterns and their role in adaptation and neuroimmunomodulation. Theory, methodology and research. *Ann NY Acad Sci*, 917, 446-455.
- Torres Rivas R.M., Fernandez, F. & Maceira, D. (1995). Self-esteem and value of the health as correlates of adolescent health behavior. *Adolescence*, 30(118), 403-412.
- Vera-Villarroel, P. & Guerrero, A. (2003). Diferencias en habilidades de resolución de problemas sociales en sujetos optimistas y pesimistas. *Universitas Psychologica*, 2, 21-26.
- Vera-Villarroel, P., Sánchez, A.I. & Cachinero, J. (2004). Analysis of the relationship between the type A behavior pattern and fear of negative evaluation. *Int J of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 313-322.
- Walker, S.N., Kerr, M.J., Pender, N.J. & Sechrist, K.R. (1990). A spanish language version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *Nursing Research*, 39(5), 268-273.
- Westman, M. (1990). The relationship between stress and performance: the moderating effects of hardiness. *Human performance*, 3, 141-155.
- WHO (2012). Chronic diseases. Disponible en: http://www.who.int/chp/chronic_diseasereport/en/index.html Recuperado: Octubre, 2012.