

Invest Medicoquir. 2018 (julio-diciembre); 10 (2)

ISSN: 1995-9427, RNPS: 2162

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Psicología y trastornos crónicos de salud ***Psychology and chronic disturbances of health***

Marilín Pérez Lazo de la Vega¹.

I Licenciada en Psicología. Máster en Psicología Clínica. Doctora en Ciencias Psicológicas. Investigadora Titular. Profesora Asistente. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

RESUMEN

El término trastornos crónicos de salud, hace referencia a afecciones de larga duración, que por lo general tienen una progresión lenta. Representan el mayor desafío de los sistemas sanitarios modernos y afectan aspectos importantes de la vida en las personas. Son consecuencia de la interacción de diversos factores ambientales con un perfil genético vulnerable. Uno de los principales cambios y quizás el que genera mayor deterioro es el aspecto emocional, ya que la persona se ve obligada, necesariamente, a un proceso de adaptación rápido. Tratar de entender cómo se vinculan los aspectos psicológicos y sociales en el surgimiento, desarrollo y mantenimiento de las enfermedades crónicas no transmisibles, es un área de investigación privilegiada dentro de la psicología de la salud.: El presente artículo expone las bases teórico-metodológicas para el abordaje psicosocial y personalológico de los trastornos crónicos de salud. Realiza una revisión teórica de aspectos psicosociales que se encuentran presentes durante todo el curso de los trastornos crónicos: conducta, personalidad, estrés, estrategias de afrontamiento, fases de la enfermedad crónica y ciclo vital, dejando claramente argumentado que el papel del psicólogo en el tratamiento y la prevención de estos trastornos resulta indiscutible: Los aspectos psicológicos y sociales anteceden, acompañan y suceden a los trastornos crónicos de salud. El modelo biopsicosocial resulta la

única alternativa efectiva para el análisis y tratamiento de estos trastornos; así como para el desarrollo de nuevas líneas de investigación, que permitan la mejor comprensión de un fenómeno cada vez más universal.

Palabras clave: psicología de la salud, trastornos crónicos de salud.

ABSTRACT

Chronic dysfunctions of health make reference to affections of long duration that, in general, have a slow progression. It represents the biggest challenge in the modern sanitary systems and it affects important aspects of the life in people. It is consequence of the interaction of diverse environmental factors with a vulnerable genetic profile. One of the main changes and maybe the one that generates bigger deterioration is the emotional aspect, as the person is necessarily forced to a quick process of adaptation. To try to understand how the psychological and social aspects are linked in the rise, development and maintenance of the chronic illnesses not transferable it is an area of privileged investigation inside the Psychology of the Health. The present article exposes the theoretical-methodological bases for the boarding psychosocial and of the personality of the chronic dysfunctions of health. It carries out a theoretical revision of aspects psychosocial that are present during the whole course of the chronic dysfunctions: behavior, personality, stress, confrontation strategies, phases of the chronic illness and vital cycle, leaving clearly argued that the psychologist's paper in the treatment and the prevention of these dysfunctions is unquestionable. The psychological and social aspects precede, accompany and follow to the chronic dysfunctions of health. The pattern biopsychosocial is the only effective alternative for the analysis and treatment of these dysfunctions; as well as for the development of new investigation lines that it allows the best understanding in a more and more universal phenomenon.

Key words: psychology of the health, chronic dysfunctions of health.

INTRODUCCIÓN

El término trastornos crónicos de salud hace referencia a afecciones de larga duración que por lo general tienen una progresión lenta⁽¹⁾. Aunque no existe consenso acerca del plazo a partir del cual una enfermedad comienza a ser

considerada crónica, de manera general se clasifica así, a toda aquella que tenga una duración mayor a seis meses.

La utilización del adjetivo “crónica”, suele aplicarse a enfermedades no curables salvo muy raras excepciones, pero no necesariamente implica gravedad. Barquin⁽²⁾ considera que los trastornos o enfermedades crónicas varían desde los relativamente benignos, como una pérdida parcial que pueda ser auditiva, visual, etc., hasta enfermedades graves como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades músculo-esqueléticas, etc.

Según la Organización Mundial de la Salud⁽³⁾, las enfermedades crónicas representan el mayor desafío de los sistemas sanitarios modernos. La atención integral a estos pacientes se presenta como uno de los mayores retos del milenio. En cálculos realizados por el Consejo Asesor de Sanidad del gobierno del Principado de Asturias en el año 2014, se estima que el 80% de las consultas en atención primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios se deben a enfermedades crónicas que generan hasta el 70% del gasto sanitario. También refieren que, de las consultas en atención primaria, un 40% se le realiza a personas de edad avanzada, consumidoras de mayores cuidados continuados y más recursos sociales⁽⁴⁾. Pueden considerarse como una plaga de la modernidad. La OMS, en el año 2005, calculó que 35 millones de personas murieron por culpa de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad eran mujeres menores de 70 años⁽³⁾. Actualmente se considera, que cada vez mayor número de personas desarrollará algún tipo de incapacidad o enfermedad crónica, que puede llegar a ser causa de muerte. Es importante destacar que además del sufrimiento humano que generan, el coste de las mismas representa cada vez, un porcentaje mayor en las economías, no sólo de los países desarrollados, sino de países con bajos ingresos, donde ocurre el 80 % de estas muertes^(3,5).

La enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico funcional, que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida. Con respecto a la etiología, se considera que es generalmente la consecuencia de diversos factores ambientales, que actúan en conjunto con un perfil genético vulnerable⁽⁶⁾, a menudo por mecanismos epigenéticos que regulan o modifican la expresión génica⁽⁷⁾. Especial atención

se le presta actualmente a la permeabilidad intestinal y a los antígenos absorbidos por el intestino, como causa de un creciente número de enfermedades crónicas⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Coincidimos con Genius⁽⁷⁾ en su consideración de que estas enfermedades no se distribuyen al azar, sino que son consecuencia de la interacción de diversos factores ambientales, con un perfil genético vulnerable. Claves determinantes, según Gervas⁽¹¹⁾, son la falta de educación formal, la pérdida de expectativas sociales y personales y los hábitos de vida perjudiciales para la salud.

La mayoría de las enfermedades crónicas, afecta aspectos importantes de la vida en las personas que las padecen⁽¹²⁾. Uno de los principales cambios y quizás el que genera mayor deterioro es el aspecto emocional, ya que la persona se ve obligada necesariamente a un proceso de adaptación rápido, para el cual pasa por diferentes etapas que suscitan una serie de emociones comúnmente negativas (miedo, ira y ansiedad).

DESARROLLO

Bases teórico-metodológicas para el abordaje psicosocial y personalógico de los trastornos crónicos de salud

Para la psicología de la salud, los trastornos o enfermedades crónicas, constituyen un área de atención privilegiada, no solo porque estas ocupan los primeros lugares de los cuadros de morbilidad a nivel mundial, sino porque como ya se ha dado a entender, el factor humano, la individualidad y las emociones juegan un papel esencial en su etiología y desarrollo.

El factor humano mediatiza constantemente la expresión de las enfermedades crónicas, sea cual fuere la etapa que se encuentre atravesando el individuo. Son por tanto tareas obligadas y aún inconclusas de los psicólogos de la salud:

1. Estudiar, conocer y desarrollar técnicas y procedimientos que precisen el papel que los factores psicológicos tienen, en el desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles y de manera general en el proceso salud-enfermedad.

2. Así como, desarrollar programas de intervención psicológica (en dos sentidos) dirigidos a la promoción, prevención y mantenimiento de la salud y enfocados también, hacia una mejor adaptación y afrontamiento más efectivo una vez instaurada la enfermedad.

La psicología de la salud ha sido el área aplicada, que se ha encargado de estudiar los procesos comportamentales implicados en la salud, la enfermedad y el cuidado de la salud valiéndose del aparato teórico y metodológico de la psicología científica, para promover y mantener la salud⁽¹³⁾. Esta rama de la psicología estudia la conducta de las personas, tanto sanas como enfermas e incluye la promoción de la salud y la prevención y tratamiento de la enfermedad⁽¹⁴⁾, todo ello dentro de un concepto de salud integral, enmarcado en el modelo biopsicosocial, en el cual la enfermedad se considera como un proceso que deteriora el funcionamiento biológico, psicológico y social de las personas y que en ocasiones puede producir la muerte.

El modelo biopsicosocial es resultado, entre otras causas, de los pocos frutos logrados al tratar de explicar fenómenos, a través del modelo biomédico exclusivamente, por ejemplo, el por qué unos sujetos enferman y otros no; el aumento en la incidencia y prevalencia de los trastornos crónicos (que en muchas ocasiones tiene que ver con los estilos de vida y conductas de los individuos) y el aumento de los costos en el ámbito de la salud. Todo lo cual ha promovido el interés por la prevención y la promoción de la salud, más que el solo tratamiento de la enfermedad^(15, 16).

Resultante de todo lo anterior, los factores psicológicos y sociales comienzan a ocupar un espacio central, en esta nueva comprensión del proceso salud enfermedad y se erigen como punto de mira en las nuevas investigaciones, para las cuales se requiere de gran rigor metodológico, pues resulta válido recordar, de acuerdo con Fernández⁽¹⁷⁾, que las emociones no influyen en la salud a través de un único mecanismo, sino que pueden ejercer esta influencia de varias maneras distintas que además, inciden en diferentes momentos del proceso de enfermar. De esta manera se muestra que: a) las emociones negativas constituyen un riesgo para la salud; b) los estados emocionales crónicos afectan a los hábitos de salud; c) los episodios emocionales agudos pueden agravar ciertas enfermedades; y d) las emociones pueden distorsionar la conducta de los enfermos.

A continuación, se expresan, brevemente, algunos de los aspectos psicológicos más estudiados en su vínculo con los trastornos crónicos.

Aspectos psicológicos vinculados a los trastornos crónicos

Conducta

Resulta un hecho indiscutible que la conducta tiene repercusiones sobre la salud. Según Valdés⁽¹⁸⁾, esto puede ocurrir a través de diferentes maneras:

1. Atenta contra la homeostasis orgánica de una manera *directa*, alterando el aporte energético y el equilibrio metabólico (como en el caso de la inactividad o los trastornos de la conducta alimentaria) o incorporando al organismo sustancias extrañas a la bioquímica corporal (como en el caso de la conducta de fumar, beber alcohol o consumir tóxicos de acción psicotrópica).
2. Cuando la conducta constituye un factor de riesgo para la integridad física (como en el caso de las conductas violentas e imprudentes) o sirve de vehículo para la transmisión de enfermedades infecciosas (como en el caso de las conductas sexuales sin precaución).
3. También puede formar parte de estilos de interacción psicobiológicamente indeseables por sus demostrados efectos insalubres (como en el caso de los patrones de conducta A y C).

Personalidad

Dentro de la psicología de la salud, el estudio de la relación entre factores de personalidad y enfermedad física, ha ocupado un espacio indiscutible y constituye siéndolo en la actualidad⁽¹⁹⁾. Muchos son los autores que consideran la existencia de una relación causal y vinculan determinadas características o tipologías de personalidad, a enfermedades específicas^(20, 21). Otros se centran en las reacciones individuales ante el diagnóstico y los mecanismos utilizados en el proceso de adaptación a la enfermedad, lo cual repercute en el tratamiento y la calidad de vida del paciente⁽²²⁾ y están los que ponen su punto de mira en aquellas características personológicas que favorecen la salud⁽²³⁻²⁶⁾.

Por la importancia de esta variable, nos detendremos, a continuación, en algunos de los resultados científicos encontrados en su estudio.

Desde los momentos iniciales de la investigación, se determinaron varias tipologías de personalidad vinculadas a enfermedades específicas, pero hay dos, que son los que presentan mayor soporte en los hallazgos y se relacionan de forma más sistemática con algunas enfermedades, estos son los patrones de conducta tipo A y tipo C, que se han relacionado con la enfermedad coronaria y el cáncer, respectivamente.

Investigaciones en este sentido, aún se siguen desarrollando y constituyen un foco importante de estudio. Es importante mencionar, no obstante, que tanto para el patrón tipo C como para el A, existen resultados investigativos que no apoyan estas hipótesis, otras que la contradicen y otras que simplemente no aportan datos concluyentes⁽¹⁶⁾. Según Fernández-Ballesteros y Ruiz⁽²⁷⁾ (1997) ni siquiera existe un acuerdo único sobre la naturaleza de estas variables, todo lo cual hace aún más evidente la necesidad de continuar desarrollando investigaciones y estudios, con gran rigor metodológico.

Otras enfermedades también han sido objeto de este tipo de investigaciones; en el caso del Alzheimer, por citar un ejemplo, Conde⁽²⁸⁾ destacó que el bajo nivel educativo y una actividad social restringida, constituyen factores psicosociales de riesgo para esta enfermedad. La necesidad de protección, tutelaje y dependencia de otras personas, relación social e interpersonal restringida e introversión, serían los elementos de riesgo más relevantes para la personalidad premórbida.

Por su parte, Valdés⁽¹⁸⁾ considera que las teorías de la personalidad, que han proporcionado más datos empíricos sobre las relaciones entre variables psicológicas y procesamiento cerebral de la información biológica, son las teorías de Eysenck, Gray y Cloninger, las cuales describen de manera complementaria las variables psicológicas y conductuales, de demostrada importancia en la aparición de malestar corporal y síntomas somáticos.

Como se dijo al inicio de este acápite, la relación entre personalidad y enfermedad crónica, no se limita a su posible rol en la etiología o desencadenamiento de la enfermedad. Esta también mediatiza el proceso de adaptación, una vez instaurada la misma. Las investigaciones abarcan diferentes momentos: desde el propio diagnóstico, cuando el paciente es informado de lo que padece y emite diversas reacciones emocionales, así como su influencia durante todo el curso y el progreso de la misma. Las características de personalidad tienen importante repercusión, sobre el tratamiento y la calidad de vida del paciente y esto puede observarse a través de múltiples indicadores que se expresan en la manera en que cada individuo asume y se responsabiliza con su salud.

Otra manera de acercarse a la relación entre rasgos personológicos y proceso salud enfermedad, ha sido la investigación centrada en el estudio de las características psicológicas favorecedoras de la salud.

Desde los diferentes modelos teóricos de la psicología se han encontrado numerosos resultados al respecto.

Autores como Scheier y Carver⁽²⁹⁾ consideran, que determinadas creencias o expectativas podrían resultar beneficiosas para la salud, en la medida en que posibilitan los procesos de ajuste vital de los individuos. Destacan el optimismo disposicional, entendido como aquellas expectativas positivas generalizadas de resultado, donde prevalece la creencia de que el futuro depara más éxitos que fracasos^(23,24,26,30). Este concepto incluye también las expectativas de control sobre los resultados de nuestras propias acciones, las expectativas sobre la posibilidad de alcanzar resultados positivos en el futuro, así como un cierto componente de eficacia personal⁽³¹⁾. A modo de esquema, la representación de este concepto se puede observar a continuación (Figura 1).

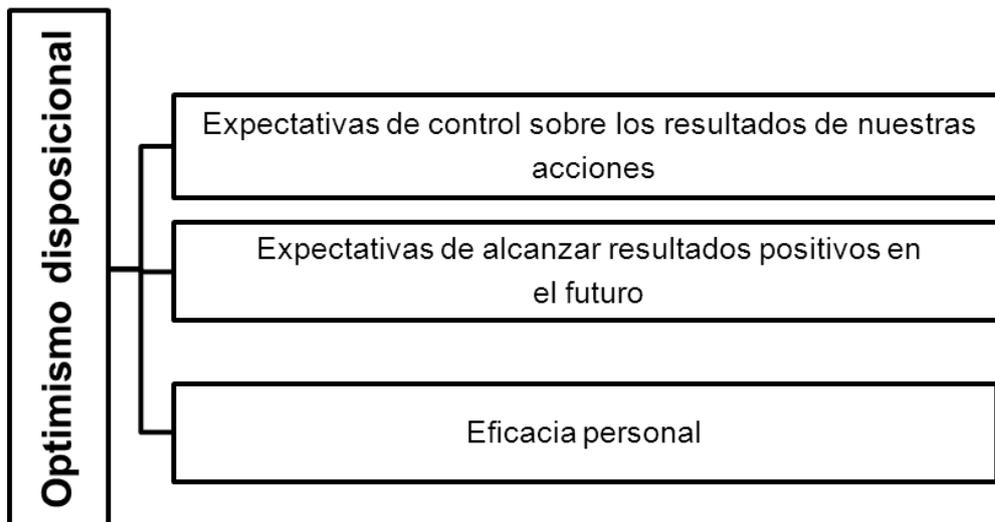


Figura 1. Expectativas beneficiosas para la salud.

Otras características psicológicas que han demostrado su eficacia en su funcionamiento, como factores protectores de salud o promotoras de conductas saludables, son el sentido de la coherencia “Sense of Coherence” de Antonovsky, la Personalidad Resistente o Hardiness formulado por Kobasa, la autoeficacia, formulada por Bandura; la resiliencia de Garmenzy y colaboradores⁽³²⁾, entre muchas otras. Generalmente, el estudio de estas características, se realiza en relación con los estilos de afrontamiento, que generan caracterizados por estrategias adaptativas, búsqueda de apoyo social, y desarrollo de estilos de vida saludables.

Estrés

La relación entre el estrés (agudo y crónico) y el desarrollo y curso de muchas enfermedades, ha quedado demostrada en diferentes investigaciones⁽³³⁻³⁷⁾. El concepto de que el cerebro puede modular el sistema inmune, fundamenta la teoría del estrés. Recientes avances en el estudio de las interacciones entre el sistema nervioso central y el sistema inmune, han demostrado una vasta red de vías de comunicación entre ambos^(38,39).

Los eventos estresantes pueden incrementar la vulnerabilidad del organismo a ciertas enfermedades, ejerciendo un efecto inmunosupresor⁽³⁹⁾, que se manifiesta fundamentalmente en aquellas patologías que están vinculadas directamente con los mecanismos inmunológicos, tales como las infecciones, las enfermedades autoinmunes y las neoplasias⁽⁴⁰⁾. También se conoce que el

estrés crónico puede conducir a presión sanguínea elevada y riesgo de ataque al corazón⁽³⁶⁾.

Aunque la psiconeuroinmunología no ha logrado esclarecer en su totalidad las complejas interacciones entre el sistema nervioso central, el sistema endocrino y el sistema inmune, así como sus efectos sobre la salud, sí ha mostrado que el estrés, a través del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA) y de la médula adrenal simpática, puede inducir una modulación del sistema inmune⁽⁴¹⁾.

En los últimos tiempos, las catástrofes naturales y artificiales, han llevado a considerar muy detalladamente acontecimientos de especial relevancia y que se perciben como incontrolables para todos. Por ejemplo la guerra, las crisis económicas y sociales, los atentados terroristas de gran magnitud y las devastaciones de los tsunamis, terremotos y huracanes. El estrés social, el estrés laboral, la interacción con los otros y, en general, los cambios sociales, impactan en la salud. Dentro de los factores sociales que los investigadores han considerado de mayor influencia, se destacan los niveles socioeconómicos y la situación laboral.

Las emociones negativas como la ansiedad y la depresión, causados tanto por circunstancias personales como sociales, son objeto de investigación así como de observación clínica y frecuentemente señalados como factores de desarrollo de las enfermedades crónicas, determinantes en la adherencia y resultados de los tratamientos médicos, farmacológicos y quirúrgicos y obstáculos a considerar en la rehabilitación. A continuación, nos detendremos específicamente en la manera en que las emociones negativas, se relacionan con muchas de las enfermedades crónicas de manera particular.

Estrategias de afrontamiento

Existe gran evidencia de la influencia de determinadas estrategias de afrontamiento, sobre el curso o pronóstico de algunas enfermedades⁽⁴²⁾. Se ha constatado que la negación y la evitación, tienen un efecto negativo en fases avanzadas de enfermedades hepáticas, cáncer o infarto de miocardio, bien porque conllevan a la búsqueda tardía de atención médica^(43,44), o porque pueden conducir al afloramiento y perduración de estados emocionales negativos, considerados de riesgo para el empeoramiento del estado de salud del paciente⁽⁴⁵⁾.

También se han realizado investigaciones, que combinan determinadas características de personalidad y estrategias de afrontamiento. En este sentido se ha encontrado por ejemplo que, en pacientes cancerosos, los sujetos pesimistas mostraban un mayor número de estrategias de afrontamiento pasivo, tales como la negación de la situación y la evitación cognitiva^(25,46), así como una mayor manifestación de afectividad negativa (ansiedad y desesperanza/indefensión)⁽⁴⁷⁾.

Por otra parte, Martínez Correa et al⁽²⁶⁾, en una investigación realizada con estudiantes universitarios, constatan que los sujetos optimistas, informan de un menor número de síntomas físicos en el último año, en comparación con los pesimistas y que el optimismo correlaciona de manera positiva con determinadas estrategias de afrontamiento activo (resolución de problemas y reestructuración cognitiva), siendo esta relación negativa con algunas estrategias de afrontamiento pasivo, tales como los pensamientos ansiosos y, sobre todo, la autocrítica.

Estos autores consideran que el peor estado de salud física mostrado por los sujetos pesimistas, se fundamenta en la utilización de la autocrítica, considerada como un índice de vulnerabilidad a la enfermedad y en la omisión de la resolución de problemas. Por otra parte, la reestructuración cognitiva y la resolución de problemas, calificadas como índices de preservación de la enfermedad, podrían explicar el menor número de quejas somáticas en los optimistas.

Una investigación más reciente, encontró una relación significativa entre la “apertura mental” considerada un rasgo de la personalidad con estrategias de afrontamiento como la espera y la religión, llegando a la conclusión que estas estrategias forman parte de la fase de negación del proceso de adaptación⁽²²⁾.

Afrontamiento. Fases de la enfermedad crónica.

Se han descrito tres momentos o fases importantes durante la enfermedad crónica, que se han asociado a la puesta en marcha de diferentes estrategias de afrontamiento: diagnóstico, aceptación y etapa crítica.

Diagnóstico

Rodríguez⁽⁴⁸⁾ afirma, que el diagnóstico de enfermedad crónica, cambia la forma en que la persona se percibe a sí misma y a su vida; que afecta profundamente su autoconcepto (todo comienza a ser diferente) y que obliga, de cierta manera, a revisar el proyecto de vida, pues a menudo, no pueden saber cuál será su curso.

Lazarus y Folkman⁽⁴³⁾, hablan de la negación que se presenta inmediatamente después del diagnóstico, la cual cumple para el paciente una función protectora al reducir los niveles de estrés. Así, la negación cumpliría un papel importante en el manejo de la enfermedad, pues disminuiría el nivel de estrés en el paciente y permitiría un manejo más adecuado de su proceso de adaptación posterior a la enfermedad. De forma conjunta, el sentimiento de miedo se hace presente a lo largo de la enfermedad. Así, cada recaída, visita médica y análisis frecuentes, pueden convertirse en una gran fuente de temor ante la posibilidad de agravamiento de la enfermedad.

Adaptación

La adaptación, por otra parte, depende de una multiplicidad de factores, como la edad, el género, el estatus social, el apoyo, la educación, las creencias religiosas, los patrones de personalidad, la inteligencia, los autoesquemas, los estilos de afrontamiento, etc.⁽⁴⁹⁾. Igualmente, éstas aparecen, se mantienen o se agravan en función de las conductas individuales⁽⁵⁰⁾; por lo tanto, es fundamental evaluar el concepto de estilos de afrontamiento, para entender las estrategias que pone en acción o en marcha, una persona, cuando se enfrenta a una.

Después de un lapso, el paciente comprende las implicaciones que tiene su enfermedad; en ese momento aparecen los sentimientos depresivos, luego de entender las consecuencias y condiciones de tener o padecer una enfermedad crónica. Claro que estas reacciones emocionales no se presentan en todos los pacientes con enfermedades crónicas y su orden de aparición no es el mismo en todos los casos; incluso hay casos en los cuales no se presentan. Las reacciones emocionales asociadas, no aparecen en una secuencia previamente establecida; pueden aparecer en el individuo en cualquier momento de la enfermedad o del proceso de adaptación a ésta y deben ser tomadas, como lo han señalado Lazarus y Folkman⁽⁴³⁾, como “reacciones

emocionales normales” y su ausencia puede ser relacionada con un proceso de recuperación más lento y doloroso.

Etapas críticas

En esta etapa se identifican una serie de reacciones comunes dirigidas a mantener un equilibrio emocional razonable: mantenimiento o conservación de la autoimagen de forma satisfactoria, preservación de las relaciones familiares y sociales y la preparación para el futuro⁽⁴⁹⁾. En esta fase, las personas asumen diferentes estrategias de afrontamiento; la más frecuente es la negación o minimización de la gravedad de la enfermedad y de sus consecuencias; otras estrategias frecuentes son buscar información acerca de la enfermedad y apoyo social - familiar. Brannon y Feist⁽¹³⁾ identificaron un tipo de negación que se presentaba antes del diagnóstico y que podía llegar a significar un obstáculo para acceder al tratamiento.

Ciclo vital

La edad de aparición de las enfermedades crónicas no transmisibles, constituye un aspecto de especial importancia, para todos aquellos profesionales que se dediquen al trabajo con estos pacientes. La edad implica un abordaje diferente, aun cuando estemos hablando de un mismo trastorno. Las necesidades psicológicas, las motivaciones, los deseos y las aspiraciones varían en los grupos etarios, así como el desarrollo cognitivo y del pensamiento. Por tanto, el ciclo vital mediatiza la expresión de la enfermedad e impone especificidades únicas al tratamiento.

No existe alguna edad donde sea más sencillo. Determinadas características pueden favorecer algunos tipos de intervención o modificación de estilos de vida y quizás entorpecer otros. Por tanto, lo que un adulto quizás pueda aceptar de manera más racional, puede que torne más rebelde a un adolescente, que pretende obtener la aceptación del grupo y seguir las modas. Por el contrario, la instauración de determinados hábitos alimentarios puede constituir una tarea más fácil en niños, que en adultos con una historia de vida. Sin embargo, los niños pueden verse limitados de muchas actividades que realizan sus coetáneos y sufrir desajustes emocionales.

Los ancianos constituyen el grupo de mayor representatividad. El envejecimiento poblacional es uno de los factores de riesgo más importantes

para el padecimiento de las enfermedades crónicas no transmisibles y se prevé que continúe en ascenso. Particularidades psicológicas específicas caracterizan esta etapa de la vida. En fin, resulta obligatorio detenerse en el estudio de las características psicológicas de los diferentes grupos etarios, para que la intervención del psicólogo sea realmente individualizada y efectiva.

Tratamiento

Queda puesto de manifiesto la necesidad de asumir este tipo de enfermedad, desde una perspectiva biopsicosocial, donde la intervención en una de sus dimensiones puede producir una repercusión en otras.

El modelo biopsicosocial, permite entender coherentemente la causalidad multifactorial de la enfermedad crónica, ubicándola además dentro de un espacio dinámico, que varía en el tiempo, en la medida en que se modifican las interacciones funcionales entre sus diferentes componentes.

Muchos países están promocionando iniciativas que mejoren el tratamiento y la gestión integral de estas enfermedades. En España, uno de los enfoques más destacado es el "Modelo de Atención a Enfermedades Crónicas" o "Chronic Care Model" (CCM), iniciado a finales del siglo XX y del que existen evidencias de mejora de resultados en salud, mediante la implantación de intervenciones simultáneas de todos los elementos que lo componen. Este modelo comprende seis áreas claves: la comunidad, el apoyo en autocuidado, el sistema sanitario, el diseño de la provisión de servicios, el apoyo a la toma de decisiones y los sistemas de información clínica⁴. Cuba también es ejemplo del abordaje de estas enfermedades desde la transdisciplinariedad^(51,52).

A manera de síntesis, se podría resumir que la enfermedad crónica necesita una atención sistemática, integral y multidisciplinaria, donde la labor del psicólogo es esencialmente importante, pues, los avances científico-técnicos, el desarrollo de fármacos y la atención médica de excelencia, por sí solos, nunca lograrán controlar enfermedades donde el factor humano, la adherencia al tratamiento, la educación y el comprometimiento del paciente con su salud, sean responsables en un altísimo porcentaje de su rehabilitación.

El mejor de los tratamientos seguirá siendo la prevención de la enfermedad y la promoción de estilos de vida saludables y conductas favorecedoras de la salud: áreas de trabajo donde el psicólogo juega un papel esencial.

CONCLUSIONES:

Los aspectos psicológicos y sociales anteceden, acompañan y suceden a los trastornos crónicos de salud. Características de la individualidad de los seres humanos, así como determinados hábitos y conductas pueden constituirse en elementos protectores o perjudiciales de la salud. Resulta indiscutible el rol de la subjetividad en el surgimiento, evolución y/o recuperación de muchos procesos de enfermedad.

El modelo biopsicosocial, por tanto, resulta la única alternativa efectiva para el análisis y tratamiento de estos trastornos. Así como para el desarrollo de nuevas líneas de investigación, que permitan la mejor comprensión de un fenómeno cada vez más universal.

La psicología de la salud como ciencia, tiene ante sí grandes retos, investigativos y prácticos con respecto a la promoción y la prevención, así como al tratamiento de los trastornos crónicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization (2012).
http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/2012
2. Barquín, M. La moderna salud pública. Revista Médica del IMSS, 2002;40, 483-486.
3. OMS(2008).http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
Enfermedades Crónicas.
4. Consejo Asesor de Sanidad del Gobierno del Principado de Asturias «Directrices para un plan integral de prevención de las enfermedades crónicas y de atención a los pacientes crónicos».2014.
5. González, J.F.. La diabetes como un problema de salud y las políticas públicas e intervenciones para afrontar el problema en México. 2016
<http://www.anmm.org.mx/publicaciones/Obesidad/obesidad.pdf>
6. OMS Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000. Ginebra,1979

7. Genuis, S. J. «Sensitivity related illness: the escalating pandemic of allergy, food intolerance and chemical sensitivity». *Sci Total Environ*, 2010;408, 24, 6047-61.
8. Fasano, A.. «Zonulin and its regulation of intestinal barrier function: the biological door to inflammation, autoimmunity, and cancer». *Physiol. Rev.*, 2011;91(1)151-75. 10.1152/physrev.00003.2008.
9. Fasano, A. «Intestinal permeability and its regulation by zonulin: diagnostic and therapeutic implications». *Clin. Gastroenterol. Hepatol.*, 2012;10(10), 1096-100. 10.1016/j.cgh.2012.08.012. PMC 3458511..
10. Hollon, J., Puppa, E. L., Greenwald, B., Goldberg, E., Guerrero, A., Fasano, A. «Effect of gliadin on permeability of intestinal biopsy explants from celiac disease patients and patients with non-celiac gluten sensitivity». *Nutrients*.2015;7(3), 1565-76.
11. Gérvas, J.. El modelo de atención a crónicos (Chronic Care Model). ¿Qué puede aportar y qué inconvenientes tiene? Salud 2000. 2010.
12. Gil-Roales, J. Psicología de la salud: aproximación histórica conceptual y aplicaciones. Madrid: Pirámide. 2004.
13. Brannon, L. & Feist, J. Psicología de la salud. Madrid: Paraninfo
14. Rodríguez, M., Esteve, R., López, A. (2000). Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. *Psicothema*, 2001;13,339-45.
15. Sender, R., Valdés, M., Riesco, N., Martín, M.J. El Patrón A de Conducta y su modificación terapéutica. Barcelona: Martínez Roca. 1995.
16. Amaya, A. C. Gordillo, L. D., & Restrepo–Forero, M. Validación del Cuestionario PCTC en población colombiana. *Avances en Medición*, 2006 4, 91-112.
17. Fernández Castro, J. Emociones y salud. *Anuario de psicología*. 1994;61,25-32. <http://ddd.uab.cat/record/71665> ; Edo Izquierdo, Silvia
18. Valdés, M. Psicobiología de los síntomas psicósomáticos. Texto docente. Barcelona: Masson. 2002.
19. Pérez, J. Cáncer y Personalidad, una Aproximación a la Verdad. 2017;2 (1).
20. Simón, M. Tratado de psicología de la salud. Madrid: Biblioteca Nueva. 1999.

21. Fernández-Ballesteros, R., Ruiz, MA. Personalidad y Cáncer: Hans J. Eysenck, un Rebelde con Causa. *Revista de Psicología General y Aplicada.*, 1997;50(4) 447– 464
22. Mena-Mayorga, J. E., Ramos, M. I., Santamaría, S. E., Larzabal, A., Ilaja, B. N. Personalidad y su influencia en el proceso de adaptación a la enfermedad en pacientes con diagnóstico de diabetes. Disertación (Ingeniera Comercial, Mención Productividad) - Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Escuela de Administración de Empresas. 2015. Citación: 75653. <http://hdl.handle.net/123456789/1101>
23. Carver, C. S. y Scheier, M. F. Optimism, pessimism and self-regulation. En E.C. Chang (ed.): Optimism and pessimism. Implications for theory, research and practice (pp. 31-51). Washington: American Psychological Association. 2001.
24. Chang, EC. Introduction: optimism and pessimism and moving beyond the most fundamental question. En E.C. Chang (ed.): Optimism and pessimism. Implications for theory research and practice 2001; (pp. 4-12). Washington: American Psychological Association.
25. Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L., Clark, K. C. How coping mediates the effects of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1993;65, 375-390.
26. Martínez-Correa, A., Reyes del Paso, G., García-León, A. y González-Jareño, M. I. Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 2006;18(1) 66-72.
27. Fernández-Ballesteros, R. Emotional Expression in Healthy Women and Those with Breast Cancer. *British Journal of Health Psychology.*, 1998;3, 41-50
28. Conde, J. L. Personalidad premórbida y factores de riesgo en la enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 1999;34, 157-161.
29. Scheier, M. F. y Carver, C. S. Effects of optimism on psychological and physical well-being: theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 1992;16, 201-228.

30. Scheier, M. F., Carver, C. S. y Bridges, M. W. Optimism, pessimism and psychological well-being. En E.C. Chang (ed.): Optimism and pessimism. Implications for theory, research and practice, 2001;189-216. Washington: American Psychological Association.
31. Gillham, J. E., Shatté, A. J., Reivich, K. J. y Seligman, M. P. Optimism, pessimism and explanatory style. En E.C. Chang (ed.): Optimism and pessimism. Implications for theory research and practice, 2001;53-75. Washington American Psychological Association.
32. Moreno, B., Garrosa, E., Gálvez, M. Personalidad positiva y salud. Publicado en: Florez-Alarcon, L., Mercedes Botero, M. y Moreno, B. *Psicología de la salud. Temas actuales de investigación en Latinoamérica*, 2005;pp. 59-76, Bogotá: ALAPSA.
33. Sánchez, M., Cruz, C. Roseta alogénica: su aplicación en pacientes sometidos a estrés agudo. *Rev Cubana HematolInmunolHemoter.*, 1991;7, 88-92.
34. Dabelic, S., Flogel, M., Maravic, G., Louc, G. Stress causes tissue-specific changes in the sialyltransferase activity. *Z Naturforsch*, 2004;59, 76-80.
35. Krantz, D. S., Kop, W. J., Santiago, H. T., Gottdiener, J. S. Mental stress as a trigger of myocardial ischemia and infarction. *Cardio.IClin.*, 1996;14, 271-87.
36. Krantz, D.S., McCeney, M.K. Effects of psychological and social factors on organic disease: a critical assessment of research on coronary heart disease. *Annu Rev Psychol.*, 2002; 53, 341-69.
37. Carreño M.C. Estrés percibido y funcionamiento sexual en mujeres con cáncer de cuello uterino. Tesis para optar el grado de Licenciada en Psicología con mención en Clínica. Universidad católica del Perú. Facultad de Letras y Ciencias Humanas. URI 2017
<http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/8109>
38. Dantzer, R., Wollman, E. E. Relationships between the brain and the immune system. *J.Soc. Biol.*, 2003;197, 81-8
39. Sánchez-Segura, M., González R. M., Marsán, V., y Macías, C. Asociación entre el estrés y las enfermedades infecciosas, autoinmunes,

- neoplásicas y cardiovasculares. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia.*, 2006;22(3), sep.-dic.
40. Callaghan, B. Does the pineal gland have a role in the psychological mechanisms involved in the progression of cancer? *Med.Hyphoteses.* 2002;59, 30-2.
 41. Yang, E. V., Glaser, R; Stress-associated immunomodulation and its implications for responses to vaccination. *Expert Rev Vaccines*, 2002;1, 453-9.
 42. Augusto, J. M. & Martínez, R. Afrontamiento al estrés y salud: panorama actual de la investigación. *Boletín de Psicología*, 1998;58, 31-48.
 43. Lazarus, R. S., Cohen, J. B., Folkman, S. y Schaefer, C. Psychological stress and adaptation: some unresolved issues. En H. Selye (ed.): Guide to stress research, 1980;91-117. New York: Van Nostrand.Remhold.Co.
 44. Moreno, L. F. Tratamiento con C.A.F. en cáncer de mama avanzado. Comunicación presentada en el IV Congreso Cubano de Medicina Interna, 27-30 de noviembre, La Habana (Cuba). 1985.
 45. Kunzendorff, E., Wilhelm, M., Scholl, V., Scholl, M. Coping processes in selected groups of chronically ill patients. *Z. Gesamte.Inn.Med.*, 1991;46(8) 690-696.
 46. Stanton, A. y Zinder, P. R. Coping with breast cancer diagnosis: a prospective study. *Health.Psychology.* 1993;12, 16-23.
 47. Schou, I., Ekeberg, O., Ruland, C. M., Sandwik, L. y Karesen, R. Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-oncology*, 2004;13, 309-320.
 48. Rodríguez, J. Psicología social de la salud. Madrid: Síntesis.
 49. Vinaccia, S., Ramírez, L., Toro, F. (2001). Desesperanza aprendida en pacientes con artritis reumatoide: análisis y evolución de un constructo. *Revista Colombiana de Reumatología*, 1995;8, 443-7.
 50. Pérez, J. Respuestas emocionales, enfermedad crónica y familia. In: Fernández E, Palmero F, editors. Emociones y salud. Barcelona: Ariel. 1999.
 51. Gómez I., Estévez L. Estévez. Transdisciplinariedad en el tratamiento del cáncer de mama, *MedicentroElectrónica*, 2017;21, 1, ene.-mar.

52. Rodríguez, T. Contribución al desarrollo de la Psicocardiología en Cuba, como rama de la Psicología de la Salud. *Revista Finlay*, 2016;6 (3).

Recibido: 26 de septiembre de 2018 Aceptado: 20 de octubre de 2018

Marilín Pérez Lazo de la Vega. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas.
La Habana, Cuba.

Correo Electrónico: email: mplvega@infomed.sld.cu