

***AUTOR: Lic. Macarena Caterina Santi Turri***

**TÍTULO: Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, en Centros de Atención Primaria de la Salud de Municipalidad de Laboulaye, 2019.**

**TESIS**

**CARRERA: Especialidad en Psicología Clínica**

**DIRECTORA: Mgtr. Carolina Wortley**

**Tipo de licencia**



Santi Turri Macarena, 2022. Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons C BY-NC-ND 4.0 DEED Attribution-NonCommercial-NoDerivs 4.0 International <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

**FECHA 13/11/2023**

## Índice

<b>A. Introducción.....</b>	<b>4</b>
<b>B. Antecedentes.....</b>	<b>5</b>
<b>C. Contextualización .....</b>	<b>5</b>
C.a. Contextualización de la institución.....	5
C.b. Contextualización del servicio .....	6
<b>D. Objetivos .....</b>	<b>8</b>
D.a. Objetivo general .....	8
D.b. Objetivos específicos .....	8
<b>F. Marco Teórico.....</b>	<b>9</b>
<b>G. Salud – Enfermedad: el inter-juego de un proceso .....</b>	<b>10</b>
G.a. Enfermedades crónicas no transmisibles.....	12
G.b. Saberse sano, saberse enfermo .....	14
<b>H. El primer nivel de atención en salud: principios básicos y características .....</b>	<b>16</b>
H.a. Hacia un abordaje integral en enfermedades crónicas no transmisibles .....	18
H.b. La interdisciplina como necesidad.....	20
<b>I. Salud mental y enfermedades crónicas no transmisibles .....</b>	<b>23</b>
I.a. Tratamiento: Adherencia y automanejo .....	25
I.b. Algunos aspectos a considerar en el tratamiento .....	27
<b>J. Consideraciones metodológicas .....</b>	<b>29</b>
J.a. Población y Muestra .....	29
J.b. Técnica de recolección de datos .....	29
J.c. Análisis de datos .....	30
J.d. Cuestiones éticas implicadas .....	31
<b>K. Análisis de resultados .....</b>	<b>32</b>

<b>L. Características del Programa de abordaje integral a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en el primer nivel de atención .....</b>	<b>32</b>
<b>M. Funcionamiento del Servicio de Salud Mental y rol del psicólogo en el primer nivel de atención en salud para pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.....</b>	<b>34</b>
M.a. Criterios de admisión .....	35
M.b. Atención psicológica de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles..	35
M.c. Automanejo y adherencia al tratamiento presente en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles desde el servicio de Salud Mental .....	38
<b>N. Atención primaria de la salud: Estrategias de prevención y promoción de la salud de enfermedades crónicas no transmisibles.....</b>	<b>40</b>
N.a. El rol del psicólogo en la prevención y promoción de la salud para pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles .....	41
<b>Ñ. El rol de la interdisciplina como eje transversal del trabajo en equipo para el abordaje integral de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles .....</b>	<b>41</b>
Ñ.a. Pedido de interconsulta a Salud Mental: evaluación e investigación .....	43
<b>O. Conclusión.....</b>	<b>44</b>
<b>P. Bibliografía.....</b>	<b>46</b>

## A. Introducción

El presente escrito propone un proyecto de trabajo final a los fines de lograr acceder al Título de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica perteneciente a la Universidad Nacional de Córdoba; mediante el cual, se pretende ilustrar un proceso de reflexión realizado a partir de la sistematización de una práctica profesional supervisada con el objetivo de alcanzar, a partir de la articulación teórica – práctica, un aporte más al quehacer en el ámbito de la psicología clínica.

En este sentido, se tiene por finalidad sistematizar el quehacer del psicólogo clínico dentro del ámbito de la Atención Primaria de la Salud, por medio del abordaje clínico integral con pacientes que padecen enfermedades crónicas no transmisibles, en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) pertenecientes a la Municipalidad de Laboulaye.

Dicha práctica, se desarrolló a partir del mes de marzo hasta el mes de junio del año 2019, con una frecuencia de dos días por semana en los Centros de Atención Primaria de la Salud “Dr. Lovera”. También se participó en reuniones interdisciplinarias con el equipo de salud municipal involucrados en dicha atención, con una frecuencia mensual.

De acuerdo, al “*Convenio Específico de Colaboración para la Realización de Prácticas Académicas*”, firmado por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba y la Municipalidad de Laboulaye, la práctica se enmarcó dentro del contexto de la Psicología Clínica; aportando la mirada clínica, la cual posibilita dar cuerpo a aquello que, escapando a la visión, se desliza e invita a la pregunta en búsqueda de un nuevo saber.

En este sentido, la participación del psicólogo clínico en el campo de la atención primaria de la salud, toma en cuenta como objeto de estudio e intervención el proceso salud – enfermedad del sujeto y su entorno, facilitando la participación, capacidad de interrogación y automanejo, a la vez de posibilitar la historicidad, promoviendo el recuerdo, la resignificación y elaboración de los conflictos, con una escucha particular de los mensajes que se emiten y un análisis de lo subyacente. El trabajo con equipos interdisciplinarios, además, permite planificar estrategias de abordaje integral que posibilite movilizar el interjuego de lo instituido – instituyente, con el fin de disolver la cristalización de los hábitos nocivos y las conductas estereotipadas.

En este sentido, el abordaje clínico con pacientes que padecen enfermedades crónicas no transmisibles, dentro del Centro de Atención Primaria de la Salud, tomó como fin fomentar el automanejo, la adherencia al tratamiento y seguimiento longitudinal a través de un modelo proactivo, centrado en la persona y su contexto; con la función de prevenir

conductas de riesgo que puedan ocasionar agravantes, tanto físicas como psíquicas y la promoción de la salud en cuanto a la adquisición y desarrollo de hábitos saludables, con el objetivo de que el paciente, pueda descubrir e implementar sus potencialidades en el autocuidado. Ambas funciones, se encuentran en el marco de la Atención Primaria de la Salud, para abordar de manera integral los problemas de salud de una población determinada, con un enfoque de salud pública que incluyó la proyección interdisciplinaria; para ello, es de importancia hacer hincapié en las acciones que no sólo estén a nivel del “*qué*”, acerca de lo que puede hacerse con la información, sino también el “*cómo*” llevarlas a cabo (Morales Calatayud F. , 1999).

Por lo tanto, a raíz de la práctica que se desarrolló, el presente trabajo pretende profundizar, tomar conocimiento y enriquecimiento del quehacer profesional clínico en el trabajo interdisciplinario de la Atención Primaria de la Salud, con pacientes que padecen enfermedades crónicas no transmisibles para la adherencia al tratamiento y automanejo, por medio de una articulación teórica – práctica.

## B. Antecedentes

Para la elaboración del presente trabajo se tomaron los aportes de las Ciencias Médicas, la Atención Primaria de la Salud en Salud Mental, la Psicología Clínica, contribuciones teóricas procedentes de la corriente cognitiva-conductual y además, se tomaron trabajos previos, realizados sobre el cuidado de pacientes con Enfermedades Crónicas no Transmisibles, tales como: “*Manual para el cuidado de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles: Manejo integral en el primer nivel de atención*” (2017), para mejorar los proceso de prevención-atención en los servicios de salud del primer nivel de atención y “*Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles: modelo MAPEC*” (2016) para especificar la modalidad de abordaje con personas que presentan este tipo de enfermedades. De este modo, junto al material y la experiencia en el campo, se espera comprender el abordaje clínico que se quiere lograr en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, siendo herramienta valiosa para su identificación y entendimiento.

## C. Contextualización

### C.a. Contextualización de la institución

La Municipalidad de Laboulaye presenta una comunidad que, según el Censo Nacional de Población y Vivienda (2010), cuenta con 20.658 habitantes, de los cuales el porcentaje de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) es del 4,5% y la población sin cobertura de obra social o plan de salud privado, es del 35%.

La práctica sistematizada de la cual se conforma el presente Proyecto de Trabajo Final se realizó en el Área de Atención Primaria de la Salud dentro de la Dirección de Salud, perteneciente a la Secretaría de Desarrollo Social y Salud Pública del municipio.

La Dirección de Salud cuenta con seis Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), distribuidos en diferentes puntos estratégicos de la localidad para fomentar la accesibilidad de sus ciudadanos. Dichos CAPS ofrecen asistencia médica (medicina general, ginecología y pediatría), nutricional, psicológica, odontológica, oftalmológica, de enfermería y vacunación para todo grupo etareo.

A su vez, dentro de la Dirección de Salud se encuentra el Área de Atención Primaria de la Salud, conformada por un equipo técnico interdisciplinario (médico, enfermero, nutricionista, trabajador social y psicólogo). Dicha área, tiene como objetivo implementar y mejorar la estrategia de Atención Primaria, que permita generar un cambio cuali-cuantitativo, promoviendo el trabajo en equipo interdisciplinario, integrando redes intra e intersectoriales, estimulando la participación comunitaria, planificando estrategias de promoción, prevención y protección de la salud; para brindar mayor accesibilidad al sistema de salud y elevar la calidad de vida de la comunidad.

#### C.b. Contextualización del servicio

El presente Proyecto de Trabajo Final ilustra la sistematización de la práctica que se realizó en un Programa creado por el Área de Atención Primaria de la Salud, caracterizado por la asistencia interdisciplinaria a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, desde los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) del Municipio. Para ello, el Servicio de Salud Mental participó en reuniones interdisciplinarias con el equipo de salud interviniente y se desarrolla en dos centros de salud para la atención de dichos pacientes, uno ubicado en zona norte de la ciudad más precisamente en calle Saavedra 16 barrio Belgrano, llamado CAPS "*Dr. Eduardo Lovera*", y otro en zona sur calle Fitipaldi s/n barrio Chacarita, llamado CAPS "*Evita*".

En ambos CAPS, además, se brindan los servicios de enfermería, medicina, nutrición y trabajo social para el abordaje integral de pacientes con enfermedades crónicas no

transmisibles, por medio de un modelo de atención proactivo, centrado en la persona y su contexto. La atención brindada se propuso ser de calidad, favoreciendo la participación activa de la persona y familiares, con el fin de promover el automanejo, la adherencia al tratamiento y el seguimiento longitudinal en el marco de la prevención y promoción de la salud.

## D. Objetivos

### D.a. Objetivo general

- Analizar el abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, en los Centros de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de Laboulaye, 2019.

### D.b. Objetivos específicos

- Caracterizar el funcionamiento del equipo de salud para el abordaje integral a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en el primer nivel de atención.
- Caracterizar las enfermedades crónicas no transmisibles.
- Describir el rol del psicólogo dentro del primer nivel de atención en salud para el abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles.
- Indagar sobre el rol de la interdisciplina en el abordaje integral de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.
- Identificar el automanejo y adherencia al tratamiento presente en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles desde el servicio de Salud Mental.



## F. Marco Teórico

Comúnmente, el campo de la Psicología Clínica es asociada a las funciones de diagnóstico y tratamiento de pacientes individuales; sin embargo, no deja de ser un ámbito que se encuentra en permanente progreso donde, las demandas que acontecen, se presentan cada vez con mayor nivel de complejidad, lo cual, obliga a incorporar una mirada más amplia, que abarque conceptos provenientes del campo de la prevención y promoción de la salud, con el fin de elaborar estrategias de intervención superadoras.

Al mismo tiempo, si se comprende el concepto de salud integral como uno de los pilares a tener en cuenta, para la atención de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, resulta fundamental el involucramiento del psicólogo clínico, no solo en el abordaje individual, sino también en su participación interdisciplinaria e interconsulta para la elaboración de acciones que fomenten la prevención y promoción de la salud a través del trabajo en equipo.

En este sentido, se puede pensar como claves en el marco de la atención primaria de la salud los conceptos de prevención, promoción de la salud, proceso salud enfermedad además de interdisciplina, pacientes con enfermedad crónica no transmisible, automanejo y adherencia al tratamiento; los cuales se desarrollarán a continuación ya que, fueron de guía para el quehacer del psicólogo clínico en la práctica.

## G. Salud – Enfermedad: el inter-juego de un proceso

Uno de los fundamentos de la psicología clínica comprende que la persona desde su nacimiento, se encuentra en un determinado medio ambiente cultural, grupo humano y familia, que lo llevara por un camino largo y complejo de construcción para advenir sujeto; dicha construcción, no es un producto acabado ya que actúa como creadora de cambios en el medio y, al mismo tiempo, lo constituye y determina; para ello, se nos hace evidente la necesidad de reflexionar sobre dicha construcción debido a que el recorrido, no está libre de riesgos (Moise, 1998). Por otro lado, siguiendo a Mirta Videla (1993), la psicología sanitaria se ocupa de enfocar los problemas de la salud pública en la realidad psicológica, y a lo largo del tiempo, se ha tratado de buscar “las causas” de las enfermedades humanas junto a la forma de “curarlas”, pero se llegó a la conclusión de que la enfermedad tiene significados individuales y sociales, que varían de acuerdo a cada cultura y se reflejan en sus creencias religiosas, filosóficas y sociales, es decir, hoy tendemos a pensar que una comunidad es parte de la aparición, desarrollo y término del padecer de una persona, del enfermar y del curar, además de su forma de morir.

En este sentido, es fundamental tomar en cuenta el proceso salud – enfermedad que, Cristina Laurell (1981) define como:

*(...) el modo específico como en el grupo se da el proceso biológico de desgaste y reproducción, destacando como momentos particulares la presencia de un funcionamiento biológico diferenciable con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades cotidianas, esto es, la enfermedad. Así definido el proceso salud enfermedad se manifiesta empíricamente de distintas maneras. Por una parte, se expresa en indicadores como la expectativa de vida, las condiciones nutricionales y la constitución somática y por la otra, en las maneras específicas de enfermar y morir, eso es, en el perfil patológico del grupo dado por la morbilidad y/o la mortalidad. (Laurell, 1981, pág. 8).*

Es decir que el proceso salud – enfermedad del grupo, adquiere historicidad al estar socialmente determinado (Laurell, 1981). Por ello, Moise (1998) plantea que el desafío, consiste en investigar cómo impacta en nuestro psiquismo esta forma de articular la singularidad insertada en un medio particular y, además, formula dos preguntas interesantes a pensar: ¿Qué tipos de sujetos se constituyen a partir de los cambios que se van produciendo en el entorno? y ¿Qué nuevas formas económicas, institucionales y cotidianas se están configurando en la actualidad?

De este modo, se plantea la idea sobre la imposibilidad de separar la salud y la enfermedad, siendo su relación un estar continuo, que alterna en distintos niveles de

equilibrio. Tanto la salud como la enfermedad no pueden ser consideradas como un “estado”, ya que son parte de un proceso multidimensional; donde el individuo se desplaza sobre un eje de salud-enfermedad, inclinándose hacia uno u otro extremo a lo largo de su vida, dándose rupturas o equilibrios entre factores interactuantes, que son físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales (Kornblint & Mendes Díaz, 2000).

Es decir que, se toma al hombre como unidad y al mismo tiempo en interacción con el medio ambiente, siendo la salud el equilibrio bio-psico-social que se consigue mediante la relación recíproca con el entorno, el medio físico-biológico y sociocultural; mientras que, al momento de presentarse la imposibilidad de resolver las cuestiones implicadas en estas aéreas, se llegaría a la “enfermedad” y por consiguiente el hombre vendría a considerarse como ser activo para alcanzar su salud (Kornblint & Mendes Díaz, 2000).

Morales Calatayud (1997) explica el inter-juego desde el concepto ecológico, donde la enfermedad sería producto de un desequilibrio entre tres componentes que son el agente, el huésped y el medio ambiente; se define al primero de los tres como aquel factor responsable de la enfermedad, en tanto el huésped es el sujeto de una enfermedad, y el medio ambiente es el espacio donde transcurre la interacción entre agente y huésped.

Los autores comparten que para llegar al carácter social del proceso salud enfermedad, es necesario ahondar en la colectividad, es decir en las formaciones sociales y no en el individuo, siendo por esto necesario ir más allá del sujeto como objeto directo de la medicina clínica.

Morales Calatayud (1997) detalla como el modelo ecológico permite un continuo desde la salud a la enfermedad, y en tanto se pueda detectar al sujeto contextualizado dentro de su ambiente, se podrá reconocer puntos intermedios entre estos dos conceptos mencionados, posibilitando identificar los factores que interacciona con los posibles agentes de la enfermedad, como también en los factores del ambiente que permiten su aparición, junto al análisis de aquellos elementos que hacen al sujeto más vulnerable ante la acción que producen desequilibrio.

En lo que respecta a la formación como profesionales de salud mental, se considera de relevancia abordar el proceso salud enfermedad desde una mirada multicausal, lo que permitirá concebir el grado de vulnerabilidad o resistencia de un individuo ante la interacción con agentes externos, no solo desde lo fijado por variables o condiciones biológicas, sino también por factores psicológicos, pudiendo entonces, contribuir para reforzar la resistencia del sujeto y de esta manera, impedir el desequilibrio producto del enfermar, como explica

Morales Calatayud (1997) “el carácter activo del “huésped humano” obliga a que lo entendamos en su dimensión psicológica, en tanto personalidad inserto en el conjunto de sus relaciones sociales” (pág. 24).

Para ello, se haya necesario ampliar la visión hacia las múltiples aristas que dan origen a la enfermedad y, encausar el trabajo desde un enfoque interdisciplinario, con diversas especialidades para alcanzar una asistencia eficaz (Almeida Filho & Paim, 1999).

#### G.a. Enfermedades crónicas no transmisibles

La Organización Mundial de la Salud (2004), define las enfermedades crónicas como aquellas que tienen una o varias de las siguientes características: son permanentes, dejan discapacidad residual, son causadas por una alteración anatómopatológica irreversible, requieren adiestramiento especial del paciente para la rehabilitación o cabe prever que requieran un periodo largo de supervisión, observación o atención; a su vez, éstas se pueden clasificar en transmisibles y no transmisibles.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), hacen referencia principalmente a las enfermedades vasculares (cardíacas, cerebrales, renales) la diabetes, cáncer y a las enfermedades respiratorias crónicas; se caracterizan por ser patologías de larga duración cuya evolución es, generalmente lenta, donde la persona debe aprender a convivir con su enfermedad manteniendo una buena calidad de vida. Actualmente, representan una verdadera epidemia que va en aumento, debido al envejecimiento de la población y los modos de vida presentes que, acentúan el sedentarismo, alimentación inadecuada, tabaquismo y consumo excesivo de alcohol, entre otros posibles factores de índole individual; es decir que dichas enfermedades crónicas se caracterizan por compartir factores de riesgo en común (Lemus, 2017).

La Tercer Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2013) revela que, entre las enfermedades crónicas no transmisibles, las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte a nivel mundial y también en nuestro país; además, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor de 17,5 millones de personas fallecen anualmente por dichas causas, representando alrededor del 31% de todas las muertes registradas en el mundo, mientras que en Argentina, durante el año 2012 el 24,0% de las muertes definidas fueron causadas por estas patologías.

Aun cuando en la actualidad se dispone de gran cantidad de información sobre lo que uno puede hacer para mantenerse saludable, existen obstáculos que limitan; tal como los valores y pautas culturales que entran en contradicción con la salud, en este sentido, la exigencia de tener éxito, vivir cómodamente o experimentar sensaciones intensas, son algunas de las motivaciones que se oponen al comportamiento saludable y transmiten de manera implícita un mensaje en el que se hace la equiparación de la buena vida con hábitos pocos saludables donde, por ejemplo, los alimentos más apetecibles culturalmente son los de más contenido en colesterol, o que el sedentarismo es más reconfortante con pantallas – televisión, celular, tablets, computadora - que lo fomentan, además, las campañas publicitarias sobre el avance de la medicina, son presentadas como una alternativa atractiva para no emprender alguna medida preventiva (Vázquez, 2012).

Las enfermedades crónicas suelen tener escasa o nula sintomatología durante muchos años, por lo que la persona, no percibe su enfermedad como un problema. Estos factores, sumados a otros, como los vinculados a las creencias familiares y a las representaciones sociales, determinan que las personas con estos padecimientos, se vean poco motivadas a consultar (Laspiur & González, 2016).

Las enfermedades crónicas no transmisibles más frecuentes que se presentaron para trabajar en los Centros de Atención Primaria de la Salud son, por un lado, la enfermedad cardiovascular que se produce a causa de entidades que atacan al corazón y los vasos sanguíneos, pudiendo comprometer a órganos como el cerebro, el corazón, extremidades inferiores o riñones. La enfermedad cerebrovascular (ACV) se presenta debido a la obstrucción de una arteria. Por otra parte, la enfermedad coronaria corresponde a la enfermedad del corazón que afecta a las arterias coronarias. Los síntomas son anginas de pecho o infarto de miocardio (Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación, 2013). Sus causas están dadas por altos niveles de colesterol, sustancias grasosas en sangre; presión arterial, diabetes, obesidad, sedentarismo, estrés, tabaquismo (Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación, 2013).

Por otro lado, personas con cáncer la cual se desarrolla en el organismo cuando las células normales comienzan a dividirse sin control, pudiendo irrumpir en otros tejidos. Cuando las células se convierten en cancerosas, las mismas se distribuirán en otras partes del cuerpo ya sea por el sistema sanguíneo o el linfático (Instituto Nacional Del Cancer, 2014).

Por último, personas con diabetes, donde se presenta niveles elevados de azúcar en la sangre, conocido como glucemia, esto puede afectar a las arterias y otros órganos. Se

diferencia la diabetes del tipo 1 y 2, la primera se da anterior a los 30 años de edad, precisa la aplicación de inyecciones con insulina junto a una alimentación adecuada. En cambio, la diabetes tipo 2 surge usualmente a partir de los 40 años, pero su comienzo puede vislumbrarse en jóvenes (Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación, 2013). Esta enfermedad es desencadenada principalmente a causa del sobrepeso, sedentarismo, alimentación incorrecta, hereditaria, etcétera (Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación, 2013).

De aquellas personas que consultan, muchas abandonan o discontinúan el seguimiento y/o tratamiento por lo complejo que resulta lidiar con esta situación que dura toda la vida; desde lo emocional, la persona sufre un impacto al no entender lo que le pasa, resulta difícil aceptar que perdió su “buena salud” y esto significa un duelo de sí mismo en plena vida: duelo por saberse crónicamente enfermo (Laspiur & González, 2016).

#### G.b. Saberse sano, saberse enfermo

Para Lain Entralgo (1964), cuando se habla de salud, depende del carácter subjetivo, social e histórico. De acuerdo a la postura subjetiva, es decir, la conceptualización a la que el individuo se aferra, está determinado por la sensación de bienestar, sin embargo, puede estar sano un sujeto que subjetivamente tiene la sensación de estar bien, aunque orgánicamente posea una lesión que no da señales hasta un determinado nivel de evolución.

Las enfermedades crónicas no transmisibles se caracterizan por ser perdurables, presentan síntomas que no son constantes y, con frecuencia, involucran alguna discapacidad; por lo tanto, la persona puede sentirse en ocasiones relativamente bien o mal pero nunca está totalmente sana, lo cual conlleva a conceptualizar la enfermedad como aguda, ignorando que debe aprender a vivir con ella, tomando como meta principal la adaptación y no su cura definitiva (Grau Abalo, 2016).

Siguiendo a Entralgo (1964) la salud objetivamente analizada, puede darse según cuatro variables: morfológico, funcional, rendimiento vital y conductual. De acuerdo a lo morfológico, se considera sano al sujeto que no presenta visiblemente de manera directa o indirecta un padecimiento mientras que, para la actividad funcional es sano aquel individuo que posee sus funciones vitales bajo un curso dentro de los límites acordes de la especie; el rendimiento vital es determinado a partir del desenvolvimiento del sujeto, ya sea activo o

con fatiga excesiva y por último, la conducta refiere a cuando su rendimiento se hace perceptible (Entralgo, 1964).

A su vez, a estos componentes subjetivos y objetivos se agrega la valoración de sano según la instancia histórico-cultural, junto al momento de la génesis del individuo es decir su sexo, raza, edad, y los factores tanto constitucionales como psíquicos (Entralgo, 1964).

Lain Entralgo (1964) también explica objetivamente la enfermedad, considerando los elementos que intervienen para la aparición de la misma, los cuales pueden ser una causa externa o primitiva, como veneno o bacteria; luego una causa interna e individual, proporcionado por la constitución o susceptibilidad de contraer una enfermedad, y por último una causa inmediata, es decir, la afección del paciente debido al contacto de los dos primeros elementos.

Dicho esquema al mismo tiempo se encuentra dentro de una estructura social y de este modo, puede observarse como lo colectivo incide en la terapéutica, como ser la pertenencia de un individuo en un estrato social en particular, pese a que se hable de una salud sin diferencia de clases; sumado a la posición socio-económica para la ejecución de un tratamiento debido a la apropiación de medicamentos, más aún cuando deben ser tomadas de manera crónica; por otro lado, influye la institución a la que pertenece, como por ejemplo un seguro social, que permite la autorización de ciertos medicamentos por la influencia y manipulación de la publicidad farmacológica hacia el médico o el paciente, existiendo comunidades donde hay mayor consumos de ciertas marcas que de otras; también el valor de un medicamento, va a estar determinado por el prestigio asignado, aun si solo tuviera un efecto placebo; otra causa es por el mismo grupo social ya sea de una institución o grupo terapéutico, entre otros, quien puede favorecer o desfavorecer un tratamiento; por último, todo tratamiento tendrá como fin la inserción del paciente en una determinada ocupación social, lo cual dependerá de la posibilidad de rehabilitación y acompañamiento que posea (Entralgo, 1964).

Con esto podemos dar muestra de los diversos focos donde los grupos sociales ponen especial atención llevando a definiciones diversas, que influirán en la forma de sentirse sano o enfermo (Kornblint & Mendes Díaz, 2000).

## H. El primer nivel de atención en salud: principios básicos y características

Los centros de salud que atienden a las personas con enfermedades crónicas no transmisibles, se encuentran en el marco de la atención primaria, siendo éste un modo de organizar la atención en salud dentro del barrio, con el objetivo de llevar a cabo acciones que estén dirigidas a lograr el mayor impacto para la transformación de la calidad de vida y el estado de salud de las personas (Morales Calatayud F. , 1999). La Organización Mundial de la Salud, define la atención primaria como:

*Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.* (Morales Calatayud F. , 1999, pág. 140).

De esta forma, la atención en los centros de atención primaria de la salud (CAPS) promueven el desarrollo integral, dentro de un contexto de coordinación intersectorial e interdisciplinario, en la dinámica de una red de interacciones con la sociedad. Winslow, citado por Marchiori Buss (2006), define la salud pública como:

*La ciencia y el arte de evitar enfermedades, prolongar la vida y desarrollar la salud física, mental y la eficacia, a través de esfuerzos organizados por la comunidad, para el saneamiento del medio ambiente, el control de las infecciones en la colectividad, la organización de los servicios médicos y paramédicos para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de enfermedades, y el perfeccionamiento de la maquina social que asegurará a cada individuo, dentro de la comunidad, un patrón de vida adecuado al mantenimiento de la salud* (Marchiori Buss, 2006, pág. 21).

Existen dos conceptos asociados al de atención primaria, mencionados por Morales Calatayud (1999), los cuales son: prevención y promoción de la salud. Ambas, funciones características de la atención que se brinda en los CAPS, tienen como objetivo prevenir las conductas de riesgo que puedan ocasionar el agravamiento de la enfermedad de base a nivel físico, psíquico y social, además de promover la salud y bienestar general, a través del fortalecimiento de las capacidades individuales y colectivas, que deben lidiar con la multiplicidad de los condicionantes de la salud. La Organización Mundial de la Salud, en 1986, define la promoción de la salud como:

*Consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mejor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se*



*percibe, pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana (...). Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.* (Morales Calatayud F. , 1999, pág. 143).

La idea de promoción, se refiere al fortalecimiento de la salud por medio de la construcción de la capacidad de elección, así como, a la utilización del conocimiento con el discernimiento de considerar las diferencias y singularidades de los acontecimientos (Czeresnia, 2006). También, la Conferencia Internacional realizada en Ottawa (1986) sobre la promoción de la salud, postula la idea de salud como calidad de vida que resulta de un complejo proceso condicionado por diversos factores, tales como, alimentación, justicia social, ecosistema, educación, entre otros (Czeresnia, 2006)

Mientras que, las acciones preventivas son intervenciones orientadas a la detección, control y debilitamiento de enfermedades bio-psico-sociales, con el objetivo final de evitar su aparición, reduciendo su incidencia y controlando su transmisión (Czeresnia, 2006). Para lograr una mayor comprensión, se debe poder diferenciar que, el enfoque de la promoción de la salud, es más amplio, ya que, procura identificar y enfrentar los macro-determinantes del proceso salud – enfermedad, buscando transformarlos favorablemente en orientación hacia la salud (Marchiori Buss, 2006). Es decir, la promoción va más allá de una aplicación técnica y normativa, donde no alcanza con conocer el funcionamiento de las enfermedades y encontrar mecanismos para su control, tal como se entiende la prevención (Czeresnia, 2006).

Mirta Videla (1993), retoma el “modelo de prevención por niveles” propuesto por Caplan, quien entiende la prevención como una acción integral compuesta por tres niveles de intervención, articulados y simultáneos: prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria. La primera, está destinada a disminuir la incidencia, o sea, casos nuevos de trastornos mentales, a través de la detección y neutralización de las condiciones de riesgo, rescatando las posibilidades de desarrollo de las capacidades y aptitudes de los seres humanos, mientras que, la segunda, está implicada en disminuir la prevalencia de las enfermedades ya conformadas, con el fin de su cronicidad y secuelas. Por último, la prevención terciaria, apunta a reducir en la comunidad la proporción de funcionamiento defectuoso por secuelas, con el objetivo de recuperar la capacidad productiva y la posibilidad de reintegración (Videla, 1993).

De esta manera, el abordaje de personas con enfermedades crónicas no transmisibles en los CAPS, apuntan a un segundo y tercer nivel de prevención, donde se propone el mejoramiento de la calidad de vida de personas que ya presentan la enfermedad instalada.

Por último, se considera de suma importancia hacer una distinción sobre la prevención que puede ser relevante a la hora de pensar en dicho concepto. No se debe confundir la “futurología” con la idea de “anticiparse a” pertinente a la prevención, sin embargo, existe algo más complejo aún, que trata de situar la satisfacción en el futuro, esto es, la esperanza está puesta en el futuro y la prevención debe permitir dar mayor importancia al presente, habilitar el “aquí y ahora”, no por medio de inculcar ideas, sino, a través de compartir soluciones innovadoras, partiendo del estímulo permanente de la propia creatividad (Moise, 1998).

#### H.a. Hacia un abordaje integral en enfermedades crónicas no transmisibles

La concepción de salud integral abarca un terreno amplio, donde se toma en cuenta el medio ambiente físico, estudiando los escenarios que permiten o imposibiliten la diseminación de la enfermedad, considerando todo tipo de factores como tierra, aire, alimentos, agua y otros; sumado a esto, se focaliza en las personas que ocupan el medio ambiente, agrupadas según ciertos caracteres en sus vínculos, permitiendo así la detección de las problemáticas de salud, y la adjudicaciones de dispositivos que faciliten su prevención y control (Kornblint & Mendes Díaz, 2000).

En este sentido, Mario Testa (1993) expresa que aquel trabajo que realiza la medicina está basado en la recuperación de los cuerpos, pero dicho cuerpo vivo debe ser considerado como un cuerpo social, producto de la interacción de un individuo con los demás. Esto solo puede ser pensando y alcanzado si se logra mirar más allá del individuo, introduciéndose hacia un panorama colectivo. Esto es así, ya que la interacción con otros sujetos, es lo que permite la constitución de una sociedad y, es además lo que definirá los cuerpos atravesados por el carácter humano e histórico, por ende, en tanto se tome al sujeto recortado de su entorno, se perderán factores reales determinantes.

De este modo, al concebirse el sujeto como ser complejo, atravesado por múltiples aristas que lo constituyen, se torna imprescindible que el psicólogo clínico junto al equipo de salud desarrolle un abordaje integral, el cual permita la observación del inter-juego que crea dichos factores intervinientes en la persona.

Para ello, a diferencia de la atención de enfermedades agudas donde el sistema de salud responde en forma reactiva a la demanda, esto es, cuando una persona consulta se le brinda una respuesta relativamente aceptable interviene y, una vez resuelto el problema, el paciente queda nuevamente fuera del sistema hasta un nuevo episodio agudo, es decir que la persona recibe la atención ubicándose en una posición pasiva respecto a las indicaciones recibidas; por el contrario, la atención de personas con enfermedades crónicas no transmisibles requiere pasar de un modelo reactivo, centrado en la enfermedad, a un modelo proactivo y planificado centrado en la persona y su contexto, que garantice una buena calidad de atención, facilite el seguimiento longitudinal, favorezca la participación activa, informada e involucrada de la persona y promueva la adherencia al tratamiento (Laspiur & González, 2016).

En este sentido es necesario un abordaje integral – interdisciplinario – biopsicosocial que haga foco en la adherencia al tratamiento, tomando en cuenta el contexto social y cultural de la persona; con el fin de que el equipo de salud pueda realizar controles periódicos, ajustar el tratamiento, poner en práctica medidas preventivas y fomentar la educación para el automanejo (Laspiur & González, 2016). De esta forma, la atención debe reconocer a la persona en todas sus dimensiones, los aspectos emocionales, ambientales, de conducta, la incidencia del estrés, red de apoyo social, influencia de la familia y la perpetuación de hábitos perjudiciales como coadyuvantes del enfermar (Laham, 2009).

Dicho abordaje integral requiere pasar de un modelo de atención hegemónico el cual, está centrado en la enfermedad haciendo foco en pacientes individuales con un abordaje de carácter reactivo dirigido a los síntomas, con la finalidad de lograr la curación en función a los criterios del médico que atiende en consulta individual y brinda educación sobre las indicaciones establecidas; mientras que, un modelo de atención integral se centra en la persona, basado en los principios de la atención primaria con un abordaje proactivo, anticipatorio y planificado, haciendo foco en la prevención mediante consultas individuales y vinculares favoreciendo el automanejo (acuerdo de pautas) (Laspiur & González, 2016).

La atención integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, se encuentra en el marco del primer nivel de atención con el objetivo de llevar a cabo acciones que estén dirigidas a lograr el mayor impacto para la transformación de la calidad de vida y el estado de salud de los pacientes (Morales Calatayud F. , 1999). Mirta Videla (1993) sobre el concepto de atención primaria, pone el acento en el desarrollo de capacidades, para enfrentar en forma participativa y organizada los desafíos de la salud, y destaca tres criterios básicos a tener en cuenta: la equidad, la coordinación intersectorial y el desarrollo de

capacidades propias. Es por ello que, la atención de personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el primer nivel de atención tiene por objeto la modificación de hábitos nocivos de riesgo, control del estrés y emociones negativas, mejorar la calidad de vida, estimular el automanejo y adherencia al tratamiento (Laham, 2009).

En su realización, el hombre tiende a pensarse solo o separado de la idea de conjunto al cual pertenece, sin embargo, debería sentirse parte constructora, además de integrante y constituyente (Moise, 1998). Por lo tanto la idea de participación, se considera imprescindible para el desarrollo del compromiso con el tratamiento, adquiriendo protagonismo, no solo en su proceso personal, sino también, en el vínculo con los diversos ámbitos donde se inserta, con el fin de mejorar la calidad de vida (Moise, 1998).

Específicamente en la consulta psicológica, se debe efectuar un tratamiento activo, mostrando alternativas, pautas y cambios posibles donde el terapeuta se involucra empáticamente, buscando con el paciente la mejor manera de poder lograr un cambio y, lo que es más importante, mantenerlo en el tiempo, ya que, una de las prioridades es cambiar los hábitos que lo han constituido desde siempre, mediante el conocimiento de la dinámica familiar, social, sexual, su actitud hacia la enfermedad y su historia de vida (Laham, 2009).

#### H.b. La interdisciplina como necesidad

Considerando que las enfermedades crónicas no transmisibles requieren un abordaje integral, acompañado de un modelo de atención proactivo centrado en la persona, resulta necesario el trabajo interdisciplinario para el diseño de dispositivos relacionados con el proceso salud-enfermedad. De este modo, se produce un corrimiento de las visiones simplistas para dar lugar a nuevas prácticas enraizadas en el mundo de la complejidad, donde se concibe al hombre como una unidad heterogénea, en constante intercambio con la sociedad, entorno que permite su devenir; así, el sujeto se convierte en un abordaje que excede la competencia de un solo grupo disciplinario (Ochnio & Wolff, 2006).

En este sentido, el Servicio de Salud Mental como los demás servicios que se ofrecen, deben intervenir en los distintos ámbitos de acción, planificando, evaluando y ejecutando programas, tendientes a la promoción de la salud junto a la prevención e intervención de los padecimientos (Morales Calatayud F. , 1997).

Si se toman los factores biológicos, psicológicos, o sociales de manera aisladas, se obtienen elementos reduccionistas, que llevan a la ruptura del diálogo interdisciplinario

necesario para las personas tratantes (Ferrari, Luchina, & Luchina, 1979). El profesional médico, psicólogo y asistentes sociales, cuentan con herramientas intelectuales abstractas distintas, ya que el primero conoce sobre el padecimiento de un cuerpo biológico, el segundo se ocupa de la psique, y el último atiende las implicancias sociales; de esta manera, poco están capacitados para encarar al enfermo real, hombre en tanto cuerpo marcado por una cultura, siendo una unidad bio-psico-social (Carpinacci, 1979). Por ende, la labor de estas especialidades independientes entre sí, carecen de práctica enriquecedora ya que “el enfermo muchas veces no encuentra alivio a sus padecimientos en la medicina, en la psicología, o en la sociología médica, sino, entre estas disciplinas” (pág. 44), de este modo resulta necesaria la interacción entre disciplinas.

A su vez Saforcada (2006) propone como integrantes de una institución sanitaria tanto, los profesionales y técnicos formados en el área de salud, como por quienes son ajenos al mismo, sumado al personal sin estudios realizados, ya que todos estos inciden de alguna manera con los pacientes que acuden al establecimiento, realizando actos de salud. Dicho término, es utilizado por Saforcada (2006) para reemplazar al de “acto médico”, y lo define como “toda acción intencional y racionalmente dirigida a producir un efecto en las condiciones de salud de una o más personas, por médicos o por cualquier otro profesional de salud” (pág. 152), es decir que cualquier integrante de una institución puede llevarlo a cabo interactuando de manera directa o indirecta.

En la actualidad, son más los individuos que se encuentran padeciendo una enfermedad crónica y la medicina con su formación biológica junto a su papel dominante dentro de la problemática salud enfermedad, no puede dar cuenta por si sola de todas las causas que impactan al sujeto afectado, ya que el sujeto es tanto biológico, como mental (Saforcada, 2006).

Resulta elemental un enfoque multidisciplinario considerando la determinación multicausal de la enfermedad crónica y, con ella, la necesidad de intervenciones múltiples; en este sentido, siguiendo a Grau Abalo (2016) es necesario tomar por un lado, una finalidad intra-disciplinaria con el objetivo de identificar factores psicológicos y la dinámica de sus interacciones para observar cómo 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 y, por otro lado tener en cuenta una finalidad extra-disciplinaria que contribuya a la comprensión integral de cómo estos factores psicológicos pueden estar interactuando con factores biológicos, ambientales, sociales, etc.

Ferrari junto a Luchina Noemi e Isaac (1979) expresan que, si el paciente solo es para el médico un objeto al cual intervenir, se llega a despersonalizar la persona enferma; de esta manera, se precisa de profesionales idóneos a la salud mental para considerar los aspectos psicológicos. De este modo, al asistir se debe ejercer una lectura de necesidades tanto corporales, como emocionales, personales, familiares y sociales, observando lo que acontece en el contexto personal del paciente, involucrándose sin confundirse (Ferrari, Luchina, & Luchina, 1979).

En este sentido, el trabajo de los psicólogos con enfermos crónicos no está solo determinado por el diagnóstico médico del paciente con una enfermedad crónica específica sino, por las exigencias de un enfoque que considere la etiología multicausal de la enfermedad y de una práctica consecuente (trabajo interdisciplinario) (Grau Abalo, 2016)

Para ello, uno de los elementos a considerar es la interconsulta, la cual permite dar cuenta de fenómenos iatrogénicos junto al descubrimiento de factores socio-económicos que inciden en la evolución de la enfermedad, sumado a la incidencia que poseen los factores personales, institucionales y sociales en el desenvolvimiento del médico (Carpinacci, 1979). En este sentido la interconsulta se ubica en un punto paralelo a todas las demandas en las que figura un paciente real en situación, dentro de una trama familiar, económica y social que lo define, junto al pedido de un profesional, también concreto, real en situación, a travesado por una formación específica, con un grado de capacitación particular, y por último, las demandas de una institución, igualmente concreta, real y en situación como las dos anteriores, formada con fines, objetivos, normas y una comunidad en particular (Ferrari, Luchina, & Luchina, 1979).

Por lo tanto, las instituciones de salud no deben ser entendidas como espacios donde la comunicación proviene de manera unidireccional, descendente y piramidal; considerar las múltiples aristas que inciden en las enfermedades crónicas no transmisibles desde una visión compleja de la realidad permite que las interacciones de las prácticas se dirijan hacia un proyecto en común, pudiendo así pensar la atención del paciente por la institución y no por la sumatoria de disciplinas (Dabas & Perrone, 1999).

## I. Salud mental y enfermedades crónicas no transmisibles

Las enfermedades crónicas no transmisibles cuando son diagnosticadas representan una crisis en la vida del sujeto más allá de la adaptación a la enfermedad, debido a que interfiere en el funcionamiento personal y social existente hasta entonces, siendo estresores tanto para el paciente, como familia y amigos, además de demandar entrenamiento y motivación del paciente y su familia para el tratamiento, cuidado y auto-cuidado (Grau Abalo, 2016).

Al existir una relación entre las enfermedades crónicas no transmisibles y factores psicológicos, se requiere un complejo cuidado que demanda una atención conjunta e integrada de ambas condiciones; para lo cual, la atención primaria es un escenario favorable (Diez-Canseco, y otros, 2014).

De este modo, la enfermedad crónica está condicionada por diversos factores, incluso económicos, sociales y culturales, sin embargo, muchos de ellos pueden estar mediatizados por factores psicológicos, especialmente emocionales (Grau Abalo, 2016). A su vez, siguiendo a Pennebaker (1995) la represión de emociones ligadas a procesos traumáticos favorece la disminución de la inmuno-competencia, incrementando las posibilidades de enfermar física y mentalmente.

Se puede pensar los trastornos psicósomáticos representados en el DSM-IV como trastornos de síntomas somáticos, donde uno de los factores es producto de la incapacidad de manifestar con normalidad afectos, emociones, pensamientos y/o sentimientos siendo almacenada en el organismo, lo que con el tiempo manifiesta síntomas físicos; dichos síntomas no están vinculados a representaciones mentales ligadas a afectos, por lo que no constituyen una expresión simbólica del conflicto (Sánchez & Guerrero, 2017).

En este sentido, Grau (2016) propone tres factores a tener en cuenta para explicar cómo la mente, lo subjetivo influye en las enfermedades crónicas no transmisibles; por un lado, los factores psicosociales perjudiciales caracterizados por estados emocionales mal manejados (ansiedad, depresión, ira), el aislamiento social, comunicación inadecuada y creencias desfavorables acerca del control sobre situaciones de tensión. Por otro lado, menciona los factores protectores, como el conocimiento que tenga la persona sobre la enfermedad, causas y manifestaciones tempranas, apoyo social deseado y percibido, el cumplimiento con el tratamiento y la postura ante su enfermedad y, por último, factores consecuentes de la enfermedad como los tratamientos cruentos, limitaciones en la actividad física, relación y comunicación médico-paciente, la familia en su rol de cuidado, el dolor, la

fatiga, la discapacidad y los efectos secundarios de los medicamentos, que afectan la calidad de vida y el bienestar subjetivo (Grau Abalo, 2016).

Otro concepto mencionado con frecuencia para explicar el papel de lo psicológico en personas con enfermedades crónicas no transmisibles se refiere a los estilos de vida, el cual es entendido como el conjunto de comportamientos que un individuo pone en práctica de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana, pudiendo influenciar en el mantenimiento de su salud o lo coloca en situación de riesgo para el desarrollo de la enfermedad; como puede ser una alimentación inadecuada, actividad física escasa, ciclos alterados de sueño-vigilia, consumo excesivo de sustancias y hábitos tóxicos, pobre manejo del estrés, entre otras (Grau Abalo, 2016).

Es importante no confundir los modos y condiciones de vida con los estilos de vida, éstos últimos son siempre personales y se expresan en conductas específicas individuales que pueden interpretarse como factores de riesgo, o producto de conductas compartidas por un grupo de personas en un contexto específico (Rodríguez Marín, 1995). Para Walker y colaboradores, citado por Grau Abalo (2016) los estilos de vida son patrones multidimensionales que ejercen influencia sobre las propias condiciones de vida, relacionándose de manera positiva o negativa 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.

De este modo, se puede decir que la aparición de una enfermedad crónica no transmisible constituye una situación estresante para la persona, debido a la aparición de problemas físicos, la necesidad de tomar decisiones, control de las emociones, conservar la adherencia al tratamiento, problemas vocacionales y laborales que se derivan de la relativa incapacidad funcional o de las secuelas, problemas de interacción social con familiares y profesionales, dificultades en la autoimagen y autoestima, el reajuste de metas y motivaciones, la comunicación y ajuste en nuevos entornos y, no menor, la amenaza potencial a la vida y el miedo a la muerte; por lo tanto, dichas características obligan al paciente a elaborar procesos adaptativos en el curso de la enfermedad (Grau Abalo, 2016).

De esta forma, es de vital importancia entender que las reacciones emocionales pueden tener un poder aplastante tras las crisis personales, donde la angustia es más difícil de soportar que la enfermedad misma (Grau, Chacón, & Reyes, 2012). Es decir que, los componentes psicológicos pueden contribuir tanto a la etiología como a la progresión de las enfermedades crónicas tras el comportamiento del paciente en relación a su cuidado y tratamiento (Diez-Canseco, y otros, 2014). Por lo tanto, al momento de pensar el abordaje



del tratamiento psicológico con dichos pacientes, se debe tomar en consideración un amplio abanico de factores intervinientes que van desde los comportamientos y hábitos cotidianos influyentes de manera directa en el desarrollo de la enfermedad, como también las emociones y pensamientos emergentes en sesión ligadas a la historia del paciente, que inciden de manera indirecta.

#### I.a. Tratamiento: Adherencia y automanejo

Las personas con enfermedades crónicas no transmisibles, deben aprender a convivir con un conjunto de síntomas y situaciones nuevas referidas al cuidado de su salud; dichos cambios abarcan modificaciones en la vida cotidiana, relaciones familiares, entre otros y, para que este proceso pueda llevarse a cabo de manera eficaz el paciente debe conducir sus propias acciones, es decir él mismo decide si genera o no cambios en su estilo de vida: alimentarse saludablemente, realizar actividad física, tomar la medicación, concurrir a los controles, conocer más sobre su enfermedad; por esta razón, resulta fundamental favorecer el automanejo y adherencia al tratamiento (Laspiur & González, 2016).

Con adherencia al tratamiento Martin Alfonso (2007) presenta una definición propuesta por Haynes en 1979 como, “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario” (pág. 2).

Sin embargo, la Reunión en Adherencia Terapéutica de la OMS (2004) plantea que limitarse al nivel en que un paciente acata las indicaciones médicas, es insuficiente para describir las intervenciones en el tratamiento de enfermedades crónicas; en este sentido, la obediencia a seguir instrucciones, colocaría al paciente en una posición pasiva, considerando al enfermo como un sujeto incapaz de tomar una decisión por sí mismo, debiendo responder sumisamente ante el profesional de salud. Es por ello que, la OMS (2004) define la adherencia terapéutica como “el grado en que el comportamiento de una persona – tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida – se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (pág. 3). De esta manera, resulta fundamental la creación de un vínculo que permita intercambiar las capacidades de cada una de las partes (profesionales de salud – paciente), junto a una buena calidad de participación como factores importantes para la adherencia terapéutica (OMS, 2004).

En este sentido DiMatteo y DiNicola, mencionado por Martin Alfonso (2007), consideran a este tipo de respuesta terapéutica como una participación activa y voluntaria del paciente, mediante un acuerdo mutuo con el profesional para alcanzar los resultados deseados. La persona no solo ejercerá una sencilla respuesta, sino que se adhiere a un plan al cual se compromete y responsabiliza, permitiendo un involucramiento que contribuya al tratamiento (2007). De este modo, el automanejo implica la participación de la persona en su propio tratamiento o la educación sobre su enfermedad, incluyendo los aspectos biológicos, emocional, psicológicos y social (Laspiur & González, 2016). Esto, posibilita aumentar las habilidades y confianza en la persona para la gestión de su salud, incluyendo la evaluación periódica de los progresos y problemas, establecimiento de metas y resolución de conflictos (Laspiur & González, 2016).

Es importante aclarar la distinción entre “cumplimiento”, donde se espera que el paciente obedezca pasivamente a las indicaciones, con lo que se llama “adherencia”, relacionada a la conformidad que posee el paciente en cuanto a las recomendaciones propuestas para su padecimiento, alcanzando una correcta comunicación entre éste y el profesional (OMS, 2004). De este modo, una buena calidad de participación es un factor importante para la adherencia terapéutica, ya que un tratamiento efectivo se entabla tras un clima donde prevalecen alternativas de métodos y medios terapéuticos, donde se acuerda el dispositivo a utilizar y se consigna un seguimiento, asegurando una participación de ambos miembros (OMS, 2004).

Existen factores que podrían relacionarse con la adherencia, como cuestiones propias de la personalidad e historia del paciente, otras con la patología ya que las enfermedades crónicas producen menos adherencia que las agudas, así como los pacientes asintomáticos que llegan a no responder ante el tratamiento; también influye la evolución de la enfermedad, como el origen de la mismas, junto a las posibilidades de curación y expectativas de vida, donde asumir la patología es de gran importancia para la adhesión; por otra parte, factores relacionados con el tratamiento, la complejidad en la dosis farmacológica, la cantidad de medicación, la duración o tomas diarias, el temor ante los posibles efectos adversos de las drogas, sumado a la desconfianza en la efectividad de la terapia (Servicio Madrileño de Salud, 2006). A su vez, cuando el tratamiento implica un cambio en su estilo de vida como dieta, ejercicios, bajo consumo de alcohol, entre otros, puede tender al abandono del tratamiento y, por último, otro factor propuesto guarda relación con el equipo asistencial, en lo referido a la confianza recíproca entre médico y

paciente, la posibilidad de continuar con el seguimiento, accesibilidad al centro de atención, adecuada supervisión y garantía de confidencialidad (Servicio Madrileño de Salud, 2006).

Al observar la multiplicidad de factores intervinientes se subraya la importancia de trabajar con flexibilidad, pudiendo amoldar el tratamiento a cada caso en particular, junto al respeto ante el paciente por parte del equipo tratante, sin juzgar al mismo, ni otorgando etiquetas de “cumplidor o incumplidor” (Dominguez, 2012). En este sentido, resulta interesante apreciar las recaídas en los tratamientos como una etapa de aprendizaje, no como un fracaso, para que el paciente pueda descubrir sus propias soluciones y hacerse responsable de su problemática, ya que aprender a vivir con una enfermedad crónica implica un proceso que presenta altibajos (Fachini, 2004).

#### I.b. Algunos aspectos a considerar en el tratamiento

La atención psicológica de personas con enfermedades crónicas no transmisibles deviene un desafío, no solo por el gran número de pacientes que la necesitan sino por su naturaleza diferente, centrada en el alivio de síntomas, en la adaptación a la enfermedad, en la preservación de su calidad de vida y en la rehabilitación integral (Grau Abalo, 2016). A su vez, toda intervención está dada por actores implicados dentro de un contexto, donde se entrecruzan singularidades junto a producciones sociales universales de ambas partes (Dominguez, 2012).

Por lo tanto, los aspectos a tener en cuenta durante la consulta es preparar a la persona para manejar diariamente su propia condición de salud, ayudarlo a practicar un comportamiento específico y que pueda desarrollar habilidades para reducir el impacto físico y emocional tras el cambio de hábitos nocivos y su mantenimiento; todo ello trabajando en conjunto con la historia que atraviesa al paciente y su dinámica vincular (Laspiur & González, 2016).

Morales (Morales Calatayud F. , 1999) señala la importancia de la comunicación, el reconocimiento de la individualidad del paciente, la calificación profesional percibida, las características del lugar en que se produce la atención, además del nivel de expectativas del paciente respecto al servicio que aspira recibir.

En este sentido, las intervenciones psicológicas deben brindar estrategias para el manejo de las condiciones emocionales, cognoscitivas y comportamentales de los pacientes según cada persona. Siguiendo a Kobasa, citado en Grau (2016), propone valorar tres dimensiones que pueden estar atravesando al paciente, por un lado, el grado de

involucramiento con las situaciones de su vida cotidiana y su historia, por otro lado, la medida en que el sujeto percibe las situaciones como una oportunidad de crecimiento y, por último, el control caracterizado por el grado en que la persona se cree capaz de intervenir en el curso de los acontecimientos.

Entre las técnicas de intervención la entrevista motivacional tras el primer encuentro, facilita la adquisición de un compromiso para el cambio comportamental, a través del reconocimiento y empoderamiento frente a los problemas presentes y potenciales; esta entrevista se centra en las verbalizaciones y actitudes del paciente, permite la identificación de ambivalencia, hábitos o conductas poco sanos que son necesarios trabajar para promover cambios hacia estilos de vida más saludables (Pruchno, Wilson-Genderson, & Cartwright, 2009).

Otro de los aspectos a tener en cuenta es considerar el grado de apoyo familiar y los vínculos que se conformen como red social, a la hora de aplicar estrategias que hagan más ameno el régimen terapéutico, ya que dichos vínculos poseen cierta responsabilidad, siendo una parte del entorno del paciente importante para sostener emocionalmente al mismo (Martín, 2007).

## J. Consideraciones metodológicas

### J.a. Población y Muestra

De acuerdo con León y Montero (2003), la población es un conjunto de elementos que comparten características generales, de esta manera en el presente trabajo, se tomó como población a personas que presentan enfermedad crónica no transmisible y que concurren voluntariamente a alguno de los Centros de Atención Primaria de la Salud “Dr. Lovera” y “Evita”, entre los meses de marzo a junio del año 2019.

Mientras que como muestra, de la totalidad de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles que asistieron a los Centros de Atención Primaria de la Salud, se tomó para la realización del presente trabajo los registros de 10 pacientes que tuvieron atención psicológica cuyo rango de edad fue de 19 a 63 años y las consultas al servicio de salud mental, desde el equipo de salud en las reuniones interdisciplinarias.

### J.b. Técnica de recolección de datos

El instrumento de recolección de datos, siguió los lineamientos de la metodología cualitativa, la cual, supone ser de carácter dialéctico, flexible y adaptable a las particularidades del objeto de estudio y del contexto en el que se lo aborda, esto implica, muchas veces, avanzar y retroceder en el proceso constante de aprendizaje abierto y continuo (Yuni & Urbano, 2005).

Siguiendo con los aportes de Yuni y Urbano (2005), los instrumentos de recolección de datos, son dispositivos que permiten al investigador observar y/o medir, los fenómenos empíricos, es decir que, son artefactos diseñados para poder obtener información de la realidad. De esta manera, para dar respuesta a los objetivos del presente Proyecto de Trabajo Final se utilizaron dos técnicas con el fin de recolectar datos:

- Observación participante: en reuniones de equipo interdisciplinarias y en la atención psicológica de personas con enfermedades crónicas no transmisibles para caracterizar las ECNT, describir el rol del psicólogo dentro del primer nivel de atención en salud para el abordaje integral de dichos pacientes e indagar el rol de la interdisciplina.
- Entrevista semi-estructurada: en consultorio psicológico con personas que presentan enfermedades crónicas no transmisibles, para describir el rol del psicólogo e identificar el automanejo y adherencia al tratamiento de dichos pacientes.

La observación participante, supone la participación más o menos intensa del observador en la realidad observada, apelando directamente a los sentidos, como instrumentos para registrar la información (Yuni & Urbano, 2006). De esta forma, la observación participante hace explícitas las prácticas, los modelos de autoridad, las relaciones, etc. permitiendo trabajar, sobre aspectos que se actúan inconscientemente, a la manera de reproducción y repetición, de moldes de transmisión cultural, para poder reflexionarlos, concientizarlos y en lo posible, introducir cambios (Yuni & Urbano, 2005).

Por otro lado la entrevista, siguiendo a Yuni y Urbano (2005), se basa en “las respuestas directas que los actores sociales dan al investigador en una situación de interacción comunicativa” (pág. 227). La entrevista realizada, se caracterizó por ser de tipo semi-estructurada donde el entrevistador, posee un guion con el cual recoge todos los temas que se deben tratar en el desarrollo de la entrevista, teniendo la libertad de decidir el orden de presentación de los diversos temas y el modo de formular las preguntas (Yuni & Urbano, 2005).

#### J.c. Análisis de datos

A partir de las observaciones participantes y entrevistas semi-estructuradas, que se llevaron a cabo durante la atención psicológica, se realizaron registros sobre los relatos narrativos de los pacientes, en formato digital para su posterior archivo y análisis.

Siguiendo a Yuni y Urbano (2006), el análisis de datos de materiales cualitativos, es un proceso continuo y espiralado que “se presenta como un movimiento intelectual permanente del investigador” (pág. 78) con la finalidad de “obtener una comprensión holística, integral y compleja” (pág. 77). El investigador genera textos acerca de los otros, de sí mismo en relación a los otros y sobre todos, situados en un mismo contexto, entonces, a través del análisis de datos, se tiende a encontrar las tramas de sentido, que sostienen esos textos (Yuni & Urbano, 2005).

De este modo, se tomó como unidad de análisis a los pacientes que asistieron al servicio de psicología durante el período de cuatro meses y los registros recabados de las reuniones interdisciplinarias del equipo de salud interviniente.

Por lo tanto, los registros fueron sometidos a dicho análisis cualitativo, junto a un análisis interpretativo fundamentado por la articulación teórica – práctica.

El sentido del análisis de datos, es reducir, clarificar, sintetizar y comparar la información, con el fin de obtener una visión, lo más completa posible, sobre el fenómeno

observado, para ello, la base del proceso de reducción de datos, es la codificación (Yuni & Urbano, 2005). De esta forma, en el presente trabajo se utilizaron, códigos descriptivos, para obtener una visión general acerca de los temas principales que aparecen en el texto y permiten describir los contenidos de las situaciones observadas (Yuni & Urbano, 2005).

#### J.d. Cuestiones éticas implicadas

La elaboración de este trabajo incluye información perteneciente a la vida privada de las personas que asisten al servicio de psicología de los Centros de Atención Primaria de la Salud “Dr. Lovera” y “Evita”, por lo tanto, se modificaron aquellos datos como nombres o lugares, que hagan factibles la identificación de los pacientes. De este modo, se pretende mantener el carácter de privacidad y el resguardo de su identidad.

Así mismo, se informó a todos los pacientes que la información proporcionada y registrada en el consultorio está sometida al mantenimiento del secreto profesional y no se obligó a ninguna persona al desarrollo de relatos que fueran en contra de su voluntad. Dicha información, fue manipulada tomando las precauciones necesarias y manteniendo su carácter de privacidad, acorde a lo planteado en la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657, Ley provincial de Régimen de Protección de Salud Mental de la Provincia de Córdoba n°9.848, el Código de Ética de la Fe.P.R.A. y el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba.

## K. Análisis de resultados

En el presente apartado se dará a conocer el trabajo en terreno, con el fin de ilustrar la complejidad del abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles desde el primer nivel de atención en salud, tomando en cuenta no solo el rol del psicólogo dentro del consultorio, sino también el trabajo con otras disciplinas y el funcionamiento del equipo de salud en su conjunto.

Para ello, en primer lugar, se explicarán las características del Programa con las funciones desempeñadas por los profesionales de salud tratantes; luego, se hace hincapié en el funcionamiento del Servicio de Salud Mental junto al rol del psicólogo en el primer nivel de atención en salud y las características presentes en las personas con enfermedades crónicas no transmisibles de acuerdo al automanejo y adherencia al tratamiento.

A su vez, tomando en cuenta el primer nivel de atención en salud, se explicitarán algunas estrategias de intervención del psicólogo y del equipo de salud dentro del marco de la prevención y promoción de la salud, para el abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles y, por último, se presenta un apartado destinado a la importancia de la interdisciplina en dicho abordaje y características del pedido de interconsulta hacia el Servicio de Salud Mental.

## L. Características del Programa de abordaje integral a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en el primer nivel de atención

El Programa de abordaje integral a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se ofrece en dos Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de Laboulaye, uno ubicado en zona norte de la ciudad más precisamente en calle Saavedra 16 barrio Belgrano, llamado CAPS “*Dr. Eduardo Lovera*”, y otro en zona sur calle Fitipaldi s/n barrio Chacarita, llamado CAPS “*Evita*”.

El funcionamiento del Programa, en primer lugar, consiste en que una parte del equipo de salud interviniente, diagrama un sistema de registro y localización de pacientes en la comunidad; esto es, georreferencia según área programática, en función a la cobertura de cada Centro de Atención Primaria de la Salud – CAPS – con el fin de identificar en cada barrio, las personas que presentan alguna ECNT.



Para ello, los profesionales de enfermería y trabajo social, se dividen en cuadrillas a los fines de realizar las visitas domiciliarias, allí relevan: ECNT del grupo familiar, controlan tensión arterial, frecuencia cardíaca, consultan peso y talla según la percepción de cada miembro y, efectúan la derivación al centro de salud correspondiente, más cercano a su domicilio, en caso de ser necesario, con el objetivo de facilitar su acceso y contacto al sistema de salud (ver anexo 1). De esta forma, personal de enfermería y trabajo social realizan el primer contacto con la persona, siendo su visita un encuentro clave en el que, utilizando el sistema de turnos programados, tienden a favorecer la primera consulta en el centro de salud.

Una vez que la persona acude al CAPS, la primera consulta la efectúa el servicio de medicina y/o nutrición, para realizar el chequeo completo del estado de salud en el que se encuentra el paciente y, a partir de allí, se valora la necesidad de intervención desde el servicio de salud mental con su consiguiente derivación. Durante la primera consulta, junto a la información recabada en las visitas domiciliarias, se completa la *“Historia clínica para adultos de uso ambulatorio”* (ver anexo 2), al mismo tiempo que, se entrega al paciente una *“Libreta de cuidados ambulatorios”* (ver anexo 3) para uso personal, el cual contempla tres años de seguimiento, con el objetivo de facilitar la continuidad en los cuidados, mejorar la comunicación y articulación entre los diferentes actores (profesionales intervinientes y paciente) además de, promover la participación activa de la persona en su autocuidado. Ambos instrumentos – historia clínica para adultos de uso ambulatorio y libreta de cuidados ambulatorios – se extrajeron y han sido diagramados por la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación.

Por lo tanto, el CAPS ofrece atención ambulatoria de los servicios de: medicina, nutrición y psicología, trabajando mediante un sistema de turnos programados, referencia y contra-referencia con registro del próximo control para el seguimiento longitudinal y provisión de medicamentos, los cuales se acuerda con el paciente.

A su vez, todo el equipo de salud que interviene en el Programa, realiza reuniones de carácter interdisciplinarias, con una frecuencia mensual como eje transversal al trabajo en terreno. De este modo, en las reuniones se llevan a cabo interconsultas de acuerdo a los casos que se presentan, seguimiento y elaboración de estrategias de intervención para el logro de objetivos en tratamiento, evaluación y monitoreo de la dinámica relacionada al trabajo realizado en el campo y valoración de posibles derivaciones, según el agravamiento de la patología de base que, para dichos casos, se tiene contacto y comunicación con el Hospital Regional “Ramón J. Cárcamo”, el cual brinda un segundo nivel de atención.

De este modo, las derivaciones al servicio de salud mental se llevan a cabo en función a la historia y características de la enfermedad de los pacientes, con su consiguiente predisposición a adherirse al tratamiento otorgado; por lo tanto, si bien la derivación proviene del servicio de medicina y nutrición, mediante las reuniones de equipo, pueden recibirse sugerencias de derivación tanto, del personal de enfermería como de trabajo social, si así lo observan al momento de entablar el primer contacto con la persona. En este sentido, se espera del servicio de salud mental, fomentar el automanejo y adherencia al tratamiento integral que, tiende a modificar hábitos nocivos de riesgo y estimular la adquisición, aprendizaje y mantenimiento de conductas saludables para el desarrollo de un estilo de vida saludable.

#### M. Funcionamiento del Servicio de Salud Mental y rol del psicólogo en el primer nivel de atención en salud para pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles

El Servicio de Salud Mental está compuesto por un psicólogo, quien realiza asistencia en los dos Centros de Atención Primaria de la Salud: CAPS “Dr. Lovera” los días martes de 17:00hs. a 20:00hs. y en CAPS “Evita” los días miércoles de 14:00hs. a 17:00hs. La atención de pacientes con enfermedad crónica no transmisible, se organiza por turnos programados, según el orden de llegada, habilitando un cupo de cuatro turnos por cada día.

Las personas son recibidas por derivación desde los servicios de medicina y nutrición, profesionales pertenecientes al equipo de salud que integra el Programa. En la consulta, se presentan con el correspondiente pedido de derivación y, algunas personas, acuden con la “libreta de cuidados ambulatorios” a los fines de explicar con mayor exactitud su situación de salud.

A lo largo de toda la práctica, se han recibido en su mayoría pacientes derivados desde el servicio de nutrición, quienes presentaban diagnóstico por obesidad y diabetes, sin embargo, también se recibieron pacientes con diagnóstico por cáncer. En el transcurso de la práctica, aproximadamente se han realizado 60 admisiones mientras que, con 26 personas se ha logrado llevar a cabo un tratamiento.

En este sentido, resulta importante destacar que no todos los días se ocupaban los cuatro turnos disponibles, en algunas oportunidades los pacientes sacaban turno, pero luego se ausentaban al momento del llamado y en otros casos abandonaban el tratamiento.

## M.a. Criterios de admisión

Para que la persona inicie tratamiento dentro del servicio de salud mental, durante la primera consulta, se realiza una entrevista de admisión, cuyo objetivo principal es determinar si la persona que consulta, puede y debe seguir asistiendo e iniciar tratamiento psicológico en el Centro de Atención Primaria de la Salud, o debe ser derivada a otra institución.

Los criterios que definen si un paciente se admite en tratamiento o no, son los siguientes:

- Que el paciente presente diagnóstico por alguna enfermedad crónica no transmisible. Si el paciente acude al CAPS por otro motivo de consulta, se le informa los días y horarios de atención de los profesionales psicólogos que brindan su servicio.
- Que la persona se presente a consulta con la derivación correspondiente, desde el servicio de medicina o nutrición, realizado por profesionales que integran el Programa. Es una condición excluyente la presentación de la derivación, que indique el diagnóstico o motivo por el cual se sugiere el inicio de un tratamiento psicológico.
- El barrio de residencia de la persona, determina si se encuentra dentro del área programática que abarca la cobertura del centro de salud. Se da prioridad a las personas que se encuentran próximos al CAPS; sin embargo, si la persona no reside en el radio de cobertura y no hay cupos disponibles, se comprueba si existe algún recurso de psicología en el CAPS correspondiente a su zona de residencia para iniciar tratamiento en dicho espacio. En tal caso, se evalúa la urgencia y de ser necesario, el profesional se pone en contacto con el CAPS para gestionar el turno.

## M.b. Atención psicológica de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles

La atención psicológica se plantea como objetivo fortalecer la adherencia al tratamiento mediante los cuidados preventivos, para evitar el agravamiento de la enfermedad, reduciendo la exposición a factores de riesgo, modificando conductas y/o hábitos, con el fin de promover estilos de vida saludable.

Sin embargo, durante el transcurso de la práctica se observó que, el comienzo de la enfermedad junto a su posible agravamiento es de origen multicausal, es decir, los estilos de vida que lleva el paciente en la actualidad, pueden estar influenciados por distintos factores sean estos: individuales (rasgos de personalidad, intereses, educación recibida, etc.) entorno micro social (familia, amigos, ambiente labora y/o educativo, etc.) entorno macro social (cultura, medios de comunicación, modas, etc.) y entorno físico-geográfico (medio urbano, rural, clima, etc.).

Para ello, en la consulta psicológica los puntos que se indagan en la mayoría de los casos para conocer la situación particular del paciente, son:

- Motivo de consulta: Como el paciente llega por derivación, resulta fundamental identificar si existe demanda de tratamiento y focalizar en el discurso del paciente la verdadera causa del pedido de ayuda que, no necesariamente coincide con el motivo por el cual se recibe la derivación.
- Enfermedad Actual: Se conoce sobre la cronología precisa de los procesos implicados en el surgimiento de la enfermedad, percepción subjetiva de la enfermedad; aquí se presta atención a la dinámica familiar, tratamientos efectuados, resultados, si hubo alguna medida exitosa que pueda volverse a poner en práctica. Se puede indagar a paciente y familiares sobre opinión de causas de la enfermedad, además de identificar familiares continentes, puntos de apoyo, amigos, pareja, etc. Creencias familiares acerca de la enfermedad y recursos.
- Explorar Adherencia: Indagar sobre asistencia a las consultas de control y realización de estudios de rutina, administración de la medicación; cuales son las preocupaciones y molestias sobre la enfermedad y tratamiento, qué es lo que más le cuesta y lo que desearía cambiar. Dicho punto es importante para valorar cómo el paciente dimensiona la situación en la que se encuentra, el grado de aceptación de su enfermedad.
- Antecedentes familiares: Se indaga estado de salud de figuras parentales, físicas y/o psíquicas, hechos traumáticos, crisis, privaciones, situaciones de violencia, consumo de sustancias, depresión, suicidio, entre otras.
- Antecedentes personales: Se conoce sobre la historia pasada y presente del paciente, lugar que ocupa en el entorno familiar, crisis, traumas, entre otras.
- Personalidad: Cómo era antes de enfermar, su comportamiento, calidad de vida, responsabilidades, orden, afectos, socialización, agresividad, autonomía, confiabilidad, capacidad laboral, proyección a futuro, etc.

Si bien, las enfermedades que presentaban los pacientes eran variadas, sin embargo, mediante un vínculo de confianza, en el consultorio se intenta una aproximación entendido como un proceso de escucha activa, individualizado y centrado en la persona, que posibilite promover el automanejo y la adherencia al tratamiento, con el fin de que la persona sobrelleve su enfermedad con la mejor calidad de vida posible.

También, se recibieron consultas de pacientes cuyo diagnóstico había sido recibido recientemente, en tales casos, se intenta dar a la persona el tiempo necesario para asimilar la situación y expresar sus sentimientos, con el objetivo de brindar la contención necesaria y guiar al paciente en los pasos a seguir (controles médicos, medicación, medidas de prevención, desarrollo de hábitos saludables).

De este modo, a partir del primer encuentro con la persona, se valora la necesidad de comenzar un tratamiento psicológico, con qué frecuencia y se proponen junto al paciente, los objetivos a ser alcanzados.

Luego, para fomentar el proceso de cambio en el paciente, se utilizó el modelo transteórico de las fases del cambio, propuesto por Prochaska y Diclemente el cual, permite conocer el grado de dimensión que le otorga el paciente a la situación que atraviesa en relación a su enfermedad y, a partir de allí, valorar si es factible pedirle un cambio de comportamiento. Las etapas que propone el modelo son:

- **Pre-contemplación**: La persona no considera que tenga un problema o que necesite introducir un cambio en su vida. Por ende, no suelen acudir por cuenta propia a terapia.
- **Contemplación**: La persona considera y rechaza el cambio a la vez, se siente ambivalente. Aunque es consciente del problema, al momento de evaluar los motivos para cambiar y los motivos para continuar, menciona muchos motivos a favor y en contra.
- **Preparación**: La persona está motivada hacia el cambio, lo que implica el momento para aconsejar el recurso terapéutico más beneficioso. Puede pasar que la persona no consiga avanzar a la etapa de “acción” y retrocede.
- **Acción**: La persona se implica en acciones que le llevarán a un cambio, con el objetivo de cambiar el problema que se desea resolver.
- **Mantenimiento**: Se intenta mantener en el tiempo el cambio conseguido en la etapa de “Acción” y prevenir recaídas.
- **Recaída**: La persona vuelve a realizar el comportamiento que había cambiado o estaba en proceso de cambiar. Tras esto, el sujeto vuelve a una etapa anterior; es

labor del terapeuta motivar y consolar al paciente para que la regresión se dé en una etapa lo más cercana posible a la acción. Las recaídas forman parte del proceso de cambio.

Dichas fases se las considera dinámicas, es decir, el paciente puede avanzar, retroceder o saltar etapas durante el proceso antes de conseguir un cambio estable, tal como se observó en los pacientes.

M.c. Automanejo y adherencia al tratamiento presente en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles desde el servicio de Salud Mental

A continuación, se analizará condiciones y características referidas al automanejo y adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles que acudieron al servicio de Salud Mental. Como se mencionó anteriormente, algunos pacientes toman contacto con el centro de salud a raíz de ser visitados al domicilio por enfermería y trabajo social, lo cual se considera que la primera iniciativa la toma el equipo de salud para que la persona que presenta este tipo de enfermedades, tome conocimiento de los servicios disponibles y acceda a los tratamientos; por lo tanto, en primera instancia la demanda de tratamiento parte del llamado de los profesionales de la salud lo que significa un arduo trabajo de construcción, en cuanto al vínculo del paciente con los profesionales tratantes y junto a ello, el automanejo y adherencia.

De acuerdo a las personas que acudieron al Servicio de Salud Mental se observó que, frente a un determinado diagnóstico, el paciente interpreta su enfermedad en función a un grupo de factores que destacan su singularidad, es decir, cada uno lo vive, significa y dimensiona a su manera, por más que la enfermedad esté en mayor o menor nivel de desarrollo. De este modo, en la atención psicológica se transmite información que es procesada y reelaborada por el paciente y así, se le adjudica a su malestar un significado propio. Algunas de las variables que influyen en esta construcción son, la capacidad de comprensión que implica el nivel de instrucción, el lenguaje, los trastornos afectivos, la distorsión de las representaciones, las perspectivas tanto culturales como personales; le sigue la conciencia de la enfermedad, su historia individual-familiar, el momento vital en el que se encuentra y, por último, las características de su enfermedad.

Otro de los aspectos que hacen al automanejo y adherencia al tratamiento tiene que ver con la posibilidad de entendimiento, resulta fundamental ubicarse al nivel que poseen los pacientes, es por ello que se debe tener presente el nivel de escolaridad utilizando lenguaje

claro, donde el contenido a informar mantenga términos y analogías propias de la cultura tanto, del paciente como de su familia. A veces, las personas con poca formación tienden a desconocer su diagnóstico debido a que, además de no entender, no preguntan sus dudas ya sea por vergüenza, les lleva tiempo formular los interrogantes que poseen o se les dificulta expresarlos.

Resulta fundamental valorar las concepciones culturales y personales acerca de la enfermedad, junto a la conciencia de la misma ya que, muchos pacientes “no se sienten enfermos” en casos donde el diagnóstico de la enfermedad estuvo dado sin la presencia de síntomas o consideran su enfermedad como un diagnóstico sin salida, dejando de lado las posibilidades que la construcción de hábitos saludables y los tratamientos pueden ofrecer.

Tras el inicio del tratamiento psicológico en algunos casos los pacientes vienen “mandados” sin llegar a comprender el motivo, no obstante, la aceptación del tratamiento se asienta cuando el paciente comienza a sentirse bien, es decir, a percibir los cambios tanto físicos como emocionales. Sin embargo, es arduo el camino que lleva a su consolidación ya que, son muchas las razones por las que el paciente crónico puede renunciar al tratamiento, una de ellas es el tiempo que implica la espera de un turno, a su vez, tras un tiempo de tratamiento cuando el paciente se siente bien y desaparecen los síntomas que lo afligían, esto puede convertirse en un motivo de abandono.

El automanejo y adherencia al tratamiento no solo implica la toma de pastillas según la enfermedad que tenga la persona, sino también la construcción de hábitos y estilos de vida saludables, donde la modificación en la alimentación, ejercicios físicos, poco consumo de alcohol, entre otros, son circunstancias que se convierten en mayor riesgo de no adherencia.

Por otro lado, a veces la falta de compromiso ante el diagnóstico no depende de la falta de interés sino de la falta de apoyo y contención por parte del entorno familiar o la presencia de determinados hábitos en la dinámica familiar que se convierten en factores contraproducentes ante el automanejo. Es usual, que los pacientes posean una distorsión de la representación que le adjudican a su enfermedad, generando cierto mecanismo de defensa, debido a la situación traumática que la situación les provoca. La negación es uno de las reacciones más frecuentes, llegando a reducir la angustia, pero sin posibilidad de solucionar el problema.

De este modo, se puede decir que, durante la fase inicial de una enfermedad el paciente experimenta una conmoción inicial, es allí donde el profesional tratante constituye usualmente un apoyo y se da en el paciente una actitud de dependencia, obteniendo, la

relación entre ellos, una importancia particular, ya que el enfermo y el trabajador de salud se convierten en compañeros de camino (Entralgo, 1964).

## N. Atención primaria de la salud: Estrategias de prevención y promoción de la salud de enfermedades crónicas no transmisibles

Todos los profesionales del equipo de salud abocado al abordaje integral, realizan intervenciones en el marco de la prevención y promoción de la salud sobre enfermedades crónicas no transmisibles.

De este modo, los profesionales en enfermería y trabajo social, al momento de realizar las visitas domiciliarias, entregan folletería relacionada a los cuidados preventivos, informan a la familia sobre hábitos saludables, esto es, recomendaciones en cuanto a programar una rutina de actividad física y alimentación saludable, además de sugerir evitar el consumo de alcohol y tabaco. A su vez, en casos donde se encuentre un grupo familiar con enfermedades crónicas no transmisibles ya adquiridas, los profesionales resaltan la importancia de los controles médicos y seguir la medicación correspondiente, al mismo tiempo de vincularlos con el centro de salud más cercano a su domicilio, en caso de que la persona no esté realizando los controles correspondientes.

Una vez llenada la planilla, dichos profesionales sistematizan los datos a los fines de tener un conocimiento global de la población que presenta enfermedades crónicas no transmisibles y, de esta manera, con los resultados se trabaja en crear nuevas estrategias de intervención, dentro del marco de la prevención y promoción de la salud, a los fines de reducir el porcentaje de personas con dichas enfermedades.

También, en los Centros de Atención Primaria de la Salud, se encuentra disponible en la sala de espera y consultorios, folletería y cartelería sobre medidas de prevención y hábitos saludables. A su vez, dichos materiales están a disposición de todo el personal de salud para su uso, en caso de creer conveniente entregarlo a los pacientes.

Por último, otra estrategia llevada a cabo, fue la utilización de los medios de comunicación, donde se realizaron campañas mediáticas en redes sociales del municipio, canales radiales y televisivos, los cuales informaban a la comunidad sobre la disponibilidad del Programa, además de difundir medidas de prevención e importancia de adquirir hábitos saludables.



#### N.a. El rol del psicólogo en la prevención y promoción de la salud para pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles

El psicólogo en el marco de la prevención y promoción de la salud para pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, además de tener a disposición la folletería correspondiente en los centros de salud, participa en el diseño de las campañas de sensibilización establecidas por los medios de comunicación, para la transmisión de mensajes claros y efectivos a la comunidad.

De acuerdo al trabajo de prevención, en el centro de salud se tiene por finalidad evitar el agravamiento de la enfermedad de base y favorecer el desarrollo de hábitos saludables junto a los factores de protección. De este modo, los pacientes con los que se llevó a cabo un tratamiento, se trabajó en promover la adherencia al tratamiento y el automanejo para el cuidado de su propia salud, estimulando el desarrollo de habilidades junto al fomento de la motivación intrínseca, para que la persona cobre protagonismo como agente de cambio.

Para ello, como estrategia se utilizó la entrevista motivacional la cual, consiste en un estilo de relación entre el psicólogo y el paciente que busca promover la motivación intrínseca de éste último, animándolo a explorar las razones y valores propios que justifiquen el motivo del encuentro; todo ello, en un clima de empatía y cordialidad, de manera que los cambios en el transcurso del tratamiento no sean impuestos “desde afuera”.

Resulta fundamental dicha técnica ya que, los pacientes venían por derivación, por lo tanto, en su mayoría se presentaban como “mandados” por el servicio de medicina o nutrición, sin comprender el motivo de su asistencia, a pesar de las explicaciones que los profesionales daban al paciente. Por ende, resultaba primordial estimular la motivación del paciente para que vuelva a acudir al servicio en un próximo encuentro.

#### Ñ. El rol de la interdisciplina como eje transversal del trabajo en equipo para el abordaje integral de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles

A los fines de efectuar un abordaje integral de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, es fundamental en las intervenciones de los profesionales de la salud el trabajo interdisciplinario para el diseño de dispositivos relacionados con el proceso salud-enfermedad en el marco de la atención primaria de la salud.

En este sentido se realizaron reuniones con frecuencia mensual y duración aproximada de dos horas, conformadas por todo el equipo de salud interviniente en el Programa, estos son medicina, nutrición, enfermería, trabajo social y psicólogo. Durante el transcurso de toda la práctica, llegaron a realizarse cinco reuniones.

Dichos encuentros, forman uno de los ejes principales del programa como práctica sanitaria, donde se interviene en los distintos ámbitos de acción social, planificando, evaluando y elaborando estrategias, tendientes a la promoción de la salud junto a la prevención e intervención de los padecimientos.

Entre las actividades desarrolladas en las reuniones durante el transcurso de la práctica, se pueden mencionar:

- Diseño de campañas mediáticas para prevención y promoción de la salud.
- Compartir información sistematizada producto de las visitas domiciliarias (datos estadísticos poblacionales).
- Elaboración de estrategias de intervención, para el trabajo conjunto de acuerdo a casos puntuales (interconsultas).
- Valoración de caso, según requerimiento de derivación a niveles de atención en salud de mayor complejidad, (derivación a Hospital Regional Ramón J. Cárcamo), al momento que se presentan agravantes en los cuadros clínicos y requieran cuidados intensivos por parte del equipo de salud.
- Consultas por seguimiento de caso (evaluación y monitoreo).
- Solicitud de visitas domiciliarias o llamada telefónica en caso de pacientes que se ausentan a consulta o abandonan tratamiento.

De este modo, las reuniones del equipo de salud, permiten establecer un estudio complejo, por la diversidad de disciplinas y rompe con las limitaciones del modelo unidireccional, es decir que, disuelve el monopolio del saber médico en los profesionales médicos y se ramifica al resto de las disciplinas, trabajando desde una dinámica vincular, de procesos y redes.

En este sentido, se lleva a cabo un seguimiento y apoyo proactivo que como objetivo tiende a anticiparse a las necesidades, es decir, no se basa en una interacción reactiva sino en un proceso continuo de monitorización.

Por otro lado, el modelo de atención cuenta con la estructura para derivar a niveles de atención más complejos, al momento que se presentan agravantes en los cuadros clínicos y requieran cuidados intensivos por parte del equipo de salud.

## Ñ.a. Pedido de interconsulta a Salud Mental: evaluación e investigación

Ante las enfermedades crónicas, los profesionales de la salud médicos y nutricionistas plantean tratamientos basados a partir de protocolos ya establecidos, con los cuales analizan la sintomatología para llegar a un diagnóstico que determine el estadio en el que se encuentra la enfermedad del paciente y, a partir de allí, administrar la terapéutica según su indicación. En algunos casos, el pedido de interconsulta al servicio de Salud Mental, se solicita cuando dicho procedimiento estandarizado se encuentra obstaculizado, debido a los determinantes subjetivos que aporte el paciente por diversos motivos: la no aceptación del tratamiento y/o enfermedad, factores de riesgo en su contexto, entre otros.

Otra de las demandas que se presentaron como más frecuentes, es la intervención por parte del profesional de salud mental para que el paciente actúe como colaborador, debido a que se pone en cuestionamiento el deber del profesional médico.

También, otra de los pedidos, se da en torno a la necesidad en transmitir una noticia de aquello que es angustiante para el médico, como la contención y acompañamiento de un diagnóstico reciente; a esto, se agrega las interconsultas ante episodios tardíos, ya sea por la no respuesta de tratamiento y demás situaciones que podrían haberse evitado previamente, dirigiendo intervenciones que permitiesen dar pie a una posición activa por parte del enfermo, transformándose en participante y colaborador para su propia mejoría.

La interconsulta a Salud Mental, también toma como objeto de análisis lo que circunda entre el paciente y el médico, del cual se hicieron observaciones, tales como poco énfasis en detenerse hacia las cuestiones personales del paciente; al momento de solicitar apoyo, pretende acciones concretas y rápidas, tomando distancia con el paciente, principalmente con su sufrimiento. Cuando se produce una grieta en la interrelación dialéctica con el paciente, es decir el médico ya no se identifica con su paciente, ni este con aquel, el profesional de salud mental, es de gran ayuda para reconstruir su relación intersubjetiva.

De esta manera, la interconsulta queda ubicada en un punto paralelo a las demandas, en las que figura un paciente real en situación, dentro de una trama familiar, económica y social que lo define, junto al pedido de un profesional, también concreto, real en situación, atravesado por una formación específica, con un grado de capacitación particular.

## O. Conclusión

A partir del análisis del abordaje integral de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en el primer nivel de atención en salud, se puede pensar que se presentan nuevos retos a las modalidades de atención que desarrollan los equipos de salud, implican desafíos en la naturaleza de la relación profesional - paciente, en los principios por los que se debe guiar la toma de decisiones para el cuidado, las expectativas convencionales sobre el deber que tiene cada familia de cuidar, al mismo tiempo que las obligaciones de bienestar social del Estado y retos a nuestra comprensión de justicia social y comunidad.

Debido a las características que presenta una enfermedad crónica no transmisible, la cual es parte de la vida de un sujeto de manera “silenciosa” estando en tratamiento o sin él, con la diferencia de que cuando la persona desconoce su estado de salud o no responde al tratamiento, llega el momento en que la enfermedad comienza a “hacer ruido”; en este sentido es fundamental en el primer nivel de atención en salud, la detección temprana y adherencia al tratamiento desde un abordaje integral, que contemple las diversas aristas atravesadas en el sujeto, con el objetivo de favorecer una mayor comprensión o aptitud de parte del paciente. Para ello, resulta importante considerar un enfoque proactivo, otorgándole a la persona el protagonismo en la toma de decisiones, para la modificación de conductas y/o hábitos nocivos en su estilo de vida, para lograr convivir con la enfermedad.

A su vez, debido a que dichas enfermedades perduran durante toda la vida, el abandono al tratamiento es una posibilidad no muy alejada de la realidad, son muchas las razones/ factores por las cuales un paciente no adhiere, esto a su vez, genera en el equipo de salud un sentimiento de frustración y confronta ante un dilema donde por un lado, se busca trabajar bajo un modelo que fomente la promoción de la salud, enfocado en el desarrollo de estilos de vida saludables para prevenir el agravamiento de la patología de base, pero al mismo tiempo, se debe respetar la decisión del paciente ante el rechazo al tratamiento.

Ante este panorama, un abordaje integral desde la interdisciplina e interconsulta resulta elemental para poder detenerse en todas las variables que se encuentran incidiendo y de este modo, beneficiar el automanejo y adherencia al tratamiento como objetivo central que tienda a un pronóstico favorable; sin embargo, ello no implica que todos los intentos por alcanzar la adhesión lleguen a los resultados esperados. En este sentido, resulta complejo el seguimiento de un paciente siendo importante reconocer que, aunque algunos elementos puedan escaparse de las intenciones del profesional, sería igualmente el abordaje integral

la vertiente que más permitiría pensar y abordar los distintos casos que se presentan, donde cada parte que compone el sistema / equipo de salud, participa y orienta en las decisiones del paciente y su entorno. Se debe resaltar en dicho equipo el manejo de la frustración, la tolerancia a la incertidumbre y el ejercicio de la flexibilidad que permita vislumbrar las alternativas posibles ante cada caso que se presenta.

Por último, el rol del psicólogo está presente en las enfermedades crónicas no transmisibles tanto, en el agravamiento de la enfermedad como en la protección y acciones de prevención, con el objetivo de retardar la progresión de la enfermedad y propiciar un mejor ajusta a la misma en el paciente, la familia y cuidadores profesionales. De este modo, la interacción del profesional psicólogo junto a la acción de otros profesionales de la salud puede hacer más fácil, humano y digno el curso de una enfermedad crónica, que tienda a un mejor desempeño del rol social y laboral de los pacientes y sus familiares, al tiempo de ahorrar costos para los servicios y sistemas de salud en materia de prevención.

## P. Bibliografía

- Almeida Filho, N., & Paim, J. S. (1999). *La crisis de la Salud Pública y el Movimiento de la Salud Colectiva en Latinoamérica*. Brasil: Cuadernos Médicos Sociales.
- Capello, Z., & Pellegrino, N. (2014). *Proyecto de Consejería para Adolescentes en la Escuela de Nivel Medio*. Córdoba: Registro de propiedad intelectual N°290413.
- Carpinacci, J. A. (1979). *Fundamentos Metodológicos para el estudio del Padecimiento Humano*. Buenos Aires: Galerna.
- Czeresnia, D. (2006). El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. En D. Czeresnia, *Promoción de la salud: Conceptos, reflexiones, tendencias* (págs. 47 - 63). Buenos Aires: Lugar.
- Dabas, E., & Perrone, N. (1999). *Redes en Salud*. Buenos Aires: Academia BA aprende.
- Diez-Canseco, F., Ipince, A., Toyama, M. B.-G., Galán-Rodas, E., Medina-Verástegui, J., Sánchez-Moreno, D., . . . Miranda, J. (2014). Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: Retos y oportunidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, vol.31 n.1.
- Dominguez, C. (2012). Construcción de la Adherencia. Estrategias de intervención desde de Trabajo Social con Personas en Tratamiento para Tuberculosis. *Margen*, n° 67, 1-12.
- Entralgo, P. L. (1964). *La Relación Médico-Enfermo. Historia y Teoría*. Madrid. España: Castilla S. A.
- Fachini, M. (2004). Obtenido de Fundación Revista Medicina.: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802004000600013&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802004000600013&lng=es&nrm=iso)
- Ferrari, H., Luchina, I. L., & Luchina, N. (1979). *Asistencia Institucional. Nuevos desarrollos de la Interconsulta médico-psicológica*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Grau Abalo, J. A. (2016). Enfermedades crónicas no transmisibles: Un abordaje desde los factores psicosociales. *Salud & Sociedad Vol. 7*, 138 - 166.

- Grau, J., Chacón, M., & Reyes, M. (2012). *Guía de cuidados para familiares de enfermos crónicos avanzados*. La Habana: ECIMED.
- Instituto Nacional Del Cancer, E. (marzo de 2014). *Instituto Nacional Del Cancer, E.* Obtenido de Instituto Nacional de Salud EEUU: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es>
- Kornblint, A., & Mendes Díaz, A. (2000). *La Salud y La Enfermedad: Aspectos Biológicos y Sociales*. Buenos Aires: Aique.
- Laham, M. (2 de Octubre de 2009). *Cardiología Transdisciplinaria* . Obtenido de VI Congreso virtual de cardiología: <http://www.fac.org.ar/6cvc/llave/c283/lahamm.pdf>
- Laspiur, S. (2013). *Tercera encuesta nacional de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Laspiur, S., & González, G. (2016). *Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles: modelo MAPEC*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Laurell, A. C. (1981). *La salud – enfermedad como proceso social*. México: Era.
- Lemus, J. (2017). *Manual para el cuidado de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles: Manejo integral en primer nivel de atención*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles.
- León, O., & Montero, I. (2003). *Métodos de investigación en psicología y educación*. Madrid: McGrawHill.
- Marchiori Buss, P. (2006). Una introducción al concepto de promoción de la salud. En D. Czeresnia, *Promoción de la Salud: Conceptos, reflexiones, tendencias* (págs. 19 - 46). Buenos Aires: Lugar.
- Martín, A. L. (Diciembre de 2007). *Revista Cubana de Salud Pública*. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662004000400008&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662004000400008&script=sci_arttext)
- Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación*. (septiembre de 2013). Obtenido de Dirección de Promoción de Salud y Control de enfermedades crónicas no transmisibles:

<http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/enfermedad-cardiovascular>

- Moise, C. (1998). *Prevención y Psicoanálisis: Propuesta en salud comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Morales Calatayud, F. (1997). *Introducción al Estudio de la Psicología de la Salud*. México: Unison y Secretaria General Administrativa de la Universidad de Sonora.
- Morales Calatayud, F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Ochnio, L., & Wolff, I. (2006). *Interdisciplina... ¿trabajo de inserción?* Buenos Aires: Hospital General de Niños Ricardo Gutiérrez.
- OMS, O. M. (2004). *Adherencia al Tratamiento a Largo Plazo*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- OMS, O. M. (2004). *Adherencia al Tratamiento a Largo Plazo. Pruebas para la acción*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Pennebaker, J. (1995). *Emotion, disclosure and health*. Washington, DC: APA.
- Pruchno, R., Wilson-Genderson, M., & Cartwright, F. (2009). Depressive Symptoms and Marital Satisfaction in the Context of Chronic Disease. *Family Psychology*, 573-584.
- Rodríguez Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Saforcada, E. (2006). *Psicología Sanitaria. Análisis Crítico de los Sistemas de Atención de la Salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Sánchez, M., & Guerrero, A. (2017). *Actualización del trastorno psicossomático en la infancia y adolescencia*. Obtenido de Pediatría Integral: [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi01/04/n1-032-038\\_PetraSanchez.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi01/04/n1-032-038_PetraSanchez.pdf)
- Servicio Madrileño de Salud, S. (2006). Adherencia Terapéutica: Estrategias Prácticas de Mejora. *Salud Madrid*, 31-38.
- Testa, M. (1993). *Pensar en Salud*. Buenos Aires: Lugar.
- Vázquez, I. (2012). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.



- Videla, M. (1993). *Prevención: Intervención psicológica en salud comunitaria*. Buenos Aires: Cinco.
- Yuni, J. A., & Urbano, C. A. (2005). *Mapas y Herramientas para Conocer la Escuela: Investigación etnográfica e investigación acción* (Tercera edición ed.). Córdoba: Brujas.
- Yuni, J., & Urbano, C. (2006). *Técnicas para investigar 2: Recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación*. Córdoba: Brujas.
- Yuni, J., & Urbano, C. (2006). *Técnicas para investigar 3: Análisis de datos y redacción científica*. Córdoba: Brujas.

