

Definición y delimitación conceptual de la psicología de la salud

José María León Rubio
Silvia Medina Anzano

P04/80040/00347

Índice

Introducción	5
Objetivos	6
1. Definición de psicología de la salud	7
2. Razones y objetivos de la psicología de la salud	10
2.1. Razones que justifican la emergencia de la psicología de la salud	10
2.2. Objetivos de la psicología de la salud	11
3. Relación de la psicología de la salud con otras disciplinas afines	14
3.1. Psicología de la salud, psicología médica y medicina psicosomática	14
3.2. La medicina del comportamiento y la psicología de la salud	16
Resumen	19
Actividades	21
Ejercicios de autoevaluación	21
Solucionario	23
Glosario	25
Bibliografía	26

Introducción

En este módulo nos formulamos las siguientes cuestiones: ¿qué es la psicología de la salud? ¿Por qué emergió esta disciplina? ¿Para qué sirven los conocimientos que nos proporciona esta materia? ¿Y cuál es su relación con otras disciplinas afines?

Para responderlas, procederemos del siguiente modo:

Primero, analizaremos de manera crítica las distintas definiciones que se han formulado al respecto y que giran en torno a la idea de que se trata de un campo de especialización de la psicología que surge como un intento de organizar y sistematizar, bajo una misma denominación, todas las aportaciones de esta disciplina a la problemática de la salud.

Segundo, expondremos las distintas razones que justifican la aparición de esta disciplina por categorías: teóricas, epidemiológicas y prácticas.

Tercero, partiendo de la idea de que la psicología de la salud representa una nueva manera de pensar y hacer acerca de las relaciones entre lo psicosocial y la salud, mostraremos los objetivos que persigue y que delimitan su campo de acción (lo que será analizado con más detalle en el módulo “El campo de acción de la psicología de la salud”).

Por último, en cuarto lugar, especificaremos las relaciones (similitudes y diferencias) de esta disciplina con otras materias afines como la psicología médica, la medicina psicosomática y la medicina del comportamiento. De esta manera, os esperamos definir nuestra materia tanto por lo que es como por lo que no es.

Objetivos

Con el estudio de este módulo, debéis alcanzar los objetivos siguientes:

- 1.** Definir la psicología de la salud.
- 2.** Analizar los hechos y la evidencia empírica que justifican la emergencia de la psicología de la salud.
- 3.** Delimitar para qué es necesario el desarrollo de la psicología de la salud.
- 4.** Diferenciar entre psicología de la salud y otras materias afines.
- 5.** Examinar la idoneidad de estas disciplinas en torno a la resolución de los problemas de salud en la actualidad.

1. Definición de psicología de la salud

Una de las primeras definiciones de psicología de la salud se la debemos a Matarazzo (1980, p. 815), quien considera que con este término se hace referencia a la:

“[...] suma de las aportaciones docentes y de educación, profesionales y científicas específicas de la disciplina de la Psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos y diagnósticos de la salud, enfermedad y disfunciones afines, y para el análisis y mejora del sistema para el cuidado de la salud, así como para la configuración de políticas sanitarias.”

En términos muy similares se pronunciaría ocho años más tarde Stone (1988), quien la define como la aplicación de cualquier concepto, aspecto o técnica psicológica a la problemática de la salud. Las actividades de los psicólogos en este ámbito se pueden agrupar en torno a tres grandes núcleos:

1) **Ámbito de la intervención**, que cubre el amplio espectro que va desde la investigación básica en salud hasta la evaluación de los programas de salud, pasando por el diseño, la selección y la ejecución de los mismos.

2) **Objetivo** de dichas intervenciones, que pueden centrarse en el individuo concreto (paciente o usuario de los servicios de salud), en los sujetos relacionados con él, en las personas que trabajan en el sistema de salud, en los aspectos psicosociales de las propias organizaciones de salud o en la totalidad del sistema de salud, entendido éste como la parte del sistema social que afecta a la consecución de los valores de salud y que está compuesto por todos aquellos elementos del ambiente y del sistema social que afectan a la capacidad del individuo para vivir de manera productiva y creativa y para derivar satisfacción del mundo.

En términos amplios, el sistema de salud puede ser subdividido en los siguientes elementos:

a) Riesgos ambientales, sociales y mentales para la salud.

b) Acciones y entidades que afectan a:

- la existencia y distribución de tales riesgos y de los apoyos para hacerles frente;
- la exposición de los individuos a los mencionados factores de riesgo para la salud; y
- a la restauración de la salud o la eliminación de los problemas de salud.

3) **Tipos de intervenciones desarrolladas**, que pueden ir desde la modificación de procesos psicofisiológicos anómalos por medio de la biorretroalimentación, pasando por la realización de programas de modificación de actitudes y comportamientos no saludables, hasta la realización de campañas de educación y promoción para la salud dirigidas a determinadas comunidades o sectores de población.

En nuestra opinión, éstas y otras muchas definiciones de idénticas características que podrían citarse (véase, por ejemplo, Brannon y Feist, 2001), reflejan el interés por sistematizar bajo una misma denominación todas las aportaciones de la psicología al área de la salud y, en este sentido, han cubierto un objetivo histórico que era en la práctica una exigencia desde que la APA Task Force on Health Research sentenciase, en 1976, que las aportaciones de la psicología al campo de la salud se caracterizaban por su pobreza y por no haber reconocido antes que las predisposiciones de los individuos a la enfermedad no están relacionadas sólo con sus experiencias más tempranas, sino también con sus condiciones de vida; en concreto, con su estatus social y económico.

De esta manera se insinuó la hipótesis de que había sido la psicología clínica, por su actitud acomodaticia y nada crítica al modelo biomédico, la responsable de que la psicología no hubiera tomado antes conciencia de la importancia de las variables psicosociales como determinantes de la salud. Y esto por una razón fácilmente contrastable a lo largo de su devenir; la psicología clínica se ha asentado de manera muy preferente sobre un modelo de hombre hedonista-mecanicista-individualista que ha podido prescindir nada menos que de la realidad exterior al individuo. 

Ahora bien, una vez cubierto el objetivo “histórico” por el que tales definiciones fueron, en cierto modo, formuladas, es necesario considerar que los términos en los que están planteadas son tan genéricos que permiten englobar bajo una misma categoría contribuciones que parten de concepciones de la salud distintas e incluso contrapuestas, lo que por definición no puede dar como resultado un cuerpo teórico y metodológico sistemático, con los consiguientes problemas que esto supone; entre otros, la acumulación de datos empíricos, obtenidos de cualquier manera, sin un plano teórico en el que encuadrarlos. De aquí, tal vez la confusión que algunos expresan a la hora de diferenciar, por ejemplo, entre psicología clínica y psicología de la salud (Blanco Picabia, 1996).

Nosotros entendemos la psicología de la salud como la “integración”, y no la mera “suma”, de contribuciones que, aunque se ocupen de aspectos distintos del comportamiento, comparten idénticas dimensiones del concepto salud.

Entre éstas, hay:

- 1) Poner de manifiesto que la salud es un asunto social; es decir, depende de factores socioculturales y no es algo que cada persona pueda alcanzar al margen de su contexto social.
- 2) Resaltar que la salud tiene una función social (cubre unas necesidades sociales) y supone la creación de unas estructuras orientadas al desempeño de estas funciones (las instituciones sociales).

Lectura recomendada

Podéis ver, por ejemplo, L. Brannon y J. Feist (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo.

El sistema sanitario se concibe...

... como la infraestructura de los recursos que hace posible la política sanitaria. Ésta, al amparo de la filosofía del programa “Salud para todos”, se caracteriza por ser algo más que la mera provisión de servicios médicos y orientarse a la promoción de la salud.

3) Señalar que la salud es un proceso de desarrollo de recursos que potencien la autorrealización de los individuos, grupos y comunidades.

La salud como recurso que posibilita un estilo de vida facilitador:

- a) del control adaptativo de la homeostasis fisiológica de los individuos,
- b) del desarrollo de su capacidad funcional, y
- c) de su competencia comportamental y psicosocial para hacer frente a las demandas del medio.

4) Entender que la salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, según las condiciones históricas, culturales y sociales en las que vive inmerso el individuo y la colectividad. Es decir, la salud como variable influyente y, a su vez, criterio de calidad de vida o juicio subjetivo relacionado con, cuando no causado por, determinados indicadores estándar, más o menos objetivos, referidos a realidades presentes en el hábitat físico y social de la persona y que pueden resumirse en riqueza, amor (entendido como apoyo social), comodidad y estado de salud, tanto física como psicológica (Diener, 1984; Barriga, 1988). De esta manera, podemos afirmar que los ámbitos de la salud y de la calidad de vida son complementarios y se superponen, de ahí que esta asignatura tenga por título *Psicología de la salud y de la calidad de vida*.

La emergencia de este campo de la psicología que tiene por objetivo analizar la influencia de las variables psicosociales sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste, el modo en el que éste contribuye a la calidad de vida de las personas y cómo éstas responden cuando están enfermas, ha sido necesaria por distintas razones que analizamos a continuación, junto al desarrollo del mencionado objetivo en otros más específicos.

2. Razones y objetivos de la psicología de la salud

2.1. Razones que justifican la emergencia de la psicología de la salud

Entre las razones que suelen argüirse para explicar la emergencia de la psicología de la salud, nos fijaremos en tres categorías de las mismas:

1) **Razones teóricas.** En esencia, la evolución de la concepción de la salud hacia un modelo que pretende integrar factores biológicos, psicológicos y sociales, dado que se reconoce su etiología multifactorial y, por tanto, la necesidad de una colaboración intersectorial e interdisciplinar para resolver los problemas de salud.

2) **Razones epidemiológicas.** El cambio radical en las tasas de morbilidad y mortalidad acontecido en el siglo XX en los países desarrollados. En la actualidad, las enfermedades más relevantes por su incidencia y mortalidad asociadas son las de tipo crónico, en contraste con las enfermedades agudas e infecciosas. En el origen de estos trastornos crónicos nos encontramos con factores de carácter social y psicológico; el estrés de la vida cotidiana y los comportamientos que expresan nuestros estilos de vida. Es decir, la salud ya no depende sólo de lo que el sujeto tiene o no tiene (en el sentido de substrato biológico), sino también y fundamentalmente de cómo la persona interpreta, siente y responde a las distintas demandas de su vida, por lo que las personas deben jugar un papel activo y responsable en el control de los factores que afectan a su salud.

3) **Razones prácticas.** El elevado coste que suponen los servicios de salud y su escasa efectividad para resolver las demandas de salud que el mundo desarrollado tiene planteadas hoy día. Las enfermedades crónicas e incurables obligan a orientar los servicios sanitarios del tratamiento a la prevención y la rehabilitación, lo que lleva aparejado un creciente interés por temas tan psicológicos como el cambio de actitudes para la adopción de comportamientos saludables, el análisis de la relación personal de salud-paciente con el objeto de lograr la adherencia de éste a regímenes médicos de larga duración debido a la cronicidad de las enfermedades, el desarrollo de procedimientos eficaces para la modificación del comportamiento de riesgo, etc.

En fin, se da un creciente reconocimiento entre los sanitarios de la potencialidad de las técnicas psicológicas que comenzaban a aplicarse con cierto éxito a distintos problemas de salud, al tiempo que se identificaban algunos mecanismos por los que los factores psicológicos afectan a la salud.

Resumiendo, la psicología de la salud nace como una respuesta al reto que supone una crisis profunda de los servicios de salud, que pone de manifiesto el agotamiento del modelo biomédico y la necesidad de una nueva concepción de la salud, más acorde con los datos epidemiológicos y los avances en las ciencias sociales y del comportamiento, según los cuales el estilo de vida prevalente en un contexto sociocultural determinado juega un papel fundamental en la determinación del continuo salud-enfermedad.

2.2. Objetivos de la psicología de la salud

Entre los principales objetivos que persigue este nuevo enfoque de la psicología aplicada a la salud, podemos señalar los siguientes:

- 1) Elaborar un marco teórico que facilite:
 - a) La evaluación de la conducta como factor determinante de la salud y la enfermedad.
 - b) La predicción de las conductas protectoras y de riesgo para la salud.
 - c) La comprensión del papel de los factores psicosociales en la experiencia de la enfermedad, y en el tratamiento y rehabilitación de la misma.
- 2) Poner en práctica este marco teórico para:
 - a) La promoción de estilos de vida saludables y prevenir la enfermedad.
 - b) El tratamiento de la enfermedad y la rehabilitación del paciente.
 - c) La mejora de los servicios de salud.

Para la elaboración de dicho marco teórico, ha sido muy útil clasificar la conducta en función de sus efectos sobre la salud; de esta manera, es posible distinguir conductas que contribuyen a que enfermemos y comportamientos que pueden protegernos de la enfermedad, ya que pueden reducir los riesgos.

Las primeras reciben el nombre de *conductas patógenas o de riesgo para la salud*; entre éstas, siguiendo a Bishop (1994), podemos incluir todas las expresadas en la siguiente tabla:

Tabla 1

Listado de conductas patógenas o de riesgo para la salud	
Actividad <ul style="list-style-type: none"> • No hacer ejercicio físico. • Realizar esfuerzos físicos bruscos. • Agotarse físicamente. 	Alimentarias <ul style="list-style-type: none"> • Abusar de alimentos dulces, salados o grasos. • Comer en exceso. • Picar entre comidas. • No seguir una dieta equilibrada. • Comer demasiado rápido. • No vigilar el peso. • Saltarse comidas arbitrariamente.
Amigos y entorno social <ul style="list-style-type: none"> • No disponer de tiempo para relacionarse. • Acabar la comunicación con vecinos y conocidos. • Desinterés por actividades recreativas. 	Descanso <ul style="list-style-type: none"> • Trasnchar. • Dormir pocas horas. • Dormir en exceso.
Drogas <ul style="list-style-type: none"> • Fumar. • Beber alcohol. • Consumir cocaína, heroína, etc. 	Pareja y familia <ul style="list-style-type: none"> • Falta de comunicación. • Discusiones frecuentes. • Aficiones de tiempo libre incompatibles. • No afrontar los problemas cotidianos.
Higiene personal <ul style="list-style-type: none"> • No cepillarse los dientes después de las comidas. • No ducharse o lavarse diariamente. • Descuidar higiene de cabello, pies, ojos... • No lavarse las manos antes de comer. • Descuidar la limpieza de la ropa. 	Relaciones sexuales <ul style="list-style-type: none"> • Insatisfacción sexual. • Mala planificación de las relaciones sexuales. • Inestabilidad: falta de seguridad o higiene. • Promiscuidad sexual.

Listado de conductas patógenas o de riesgo para la salud

Trabajo	Otras conductas de riesgo
<ul style="list-style-type: none"> • Malas relaciones con compañeros, jefes, etc. • Insatisfacción con el tipo de trabajo. • Participar en conflictos laborales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conducción temeraria. • Falta de medidas de seguridad en el trabajo. • Comportamientos de riesgo domestico.

Las segundas son las denominadas *conductas inmunógenas* (Matarazzo, 1980) o *comportamientos protectores de la salud*, y entre éstos, podemos citar los siguientes:

- 1) Dormir siete u ocho horas cada noche.
- 2) Desayunar todos los días.
- 3) Hacer tres comidas al día sin picar entre comidas
- 4) Mantener el peso corporal dentro de los límites normales.
- 5) Practicar de manera metódica y sistemática ejercicio físico.
- 6) No beber alcohol y, si se bebe, hacerlo moderadamente.
- 7) No fumar.
- 8) Búsqueda de atención sanitaria.
- 9) Adherencia a los regímenes y tratamientos médicos.
- 10) Comportamientos de seguridad y de mejora del medio ambiente.

Sobre la base de esta clasificación, la conducta de salud podría definirse como los esfuerzos por reducir las conductas patógenas y fomentar la práctica de las conductas protectoras de la salud.

Según esto, cabría esperar que la persona preocupada por su salud rechazara o evitara las conductas que la ponen en riesgo y llevara a cabo comportamientos beneficiosos para la salud y los practicara durante toda su vida. Sin embargo, esto no es así. La mayoría de los estudios sobre el tema ponen de manifiesto que las conductas de salud se caracterizan por ser inestables; esto es, su permanencia en el repertorio de conducta de la persona a lo largo del tiempo es breve. Además, en cierta medida, son autónomas; es decir, la relación entre distintas conductas de salud en una misma persona es escasa o nula.

Inestabilidad e independencia de las conductas de salud

Esta inestabilidad y relativa independencia de las conductas de salud tienen su razón de ser, según la profesora Shelley E. Taylor (p. 54-56), en lo siguiente:

- 1) Diferentes conductas de salud caen bajo el control de diferentes factores en una misma persona (**especificidad situacional**); por ejemplo, una persona durante la semana laboral puede vivir en un contexto libre de tabaco y, sin embargo, los fines de semana llevar una vida social en la que las presiones para fumar son irresistibles para ella.
- 2) Distintos factores pueden estar controlando la misma conducta en diferentes personas (**diferencias individuales**); por ejemplo, imaginemos una pareja en la que ella bebe alcohol para evitar su ansiedad social y él para buscar los efectos euforizantes que éste provoca (para romper el hielo).
- 3) Los factores que controlan una conducta de salud pueden cambiar a lo largo de la historia del comportamiento (**evolución de la conducta**). Por ejemplo, la presión del grupo

de iguales juega un papel fundamental al comienzo del hábito de fumar, y con el tiempo el hábito se mantiene con el objetivo de evitar el ansia de fumar (*craving*).

4) Los factores que controlan una conducta pueden cambiar a lo largo del ciclo vital de una persona (**evolución de la persona**). Por ejemplo, es el caso de muchos de los comportamientos de higiene personal, que de pequeños los llevamos a cabo para evitar la reprimenda de los mayores, pero de adultos los practicamos de manera automática o casi inconsciente, incluso por el placer asociado a los mismos (por ejemplo, tomar un baño o cepillarse los dientes).

5) Los patrones de conducta saludable, su desarrollo y los factores que los controlan a lo largo del tiempo también pueden variar de forma sustancial entre diferentes personas (**diferencias interindividuales en la evolución de la conducta y de la persona**). Un buen ejemplo es el proporcionado por León Rubio y Pina Domínguez (1988); una persona puede comenzar a realizar ejercicio físico como parte de la rehabilitación de una lesión en la espalda y, con el tiempo, mantener dicha conducta para tener una buena figura, mientras que en otra el proceso es a la inversa.

Por tanto, no es fácil predecir las conductas de salud, ni tampoco es sencillo modificarlas de un modo estable, pese a la importancia de sus consecuencias para la vida de las personas. De ahí que los investigadores en esta área hayan concedido un especial interés al desarrollo de teorías o modelos explicativos acerca de las motivaciones y determinantes de las conductas de salud y en la aplicación de éstas para:

- 1) La promoción de conductas que contribuyan a la salud y a la calidad de vida de las personas.
- 2) La prevención y disminución de las conductas perjudiciales para la salud.
- 3) El análisis y modificación, en su caso, de los factores psicosociales asociados al padecimiento de una enfermedad en cada una de sus fases (etiología, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación).
- 4) El diseño y puesta en práctica de programas para la mejora de las relaciones entre el profesional de la salud y el enfermo.
- 5) El desarrollo de sistemas de apoyo social y ambientes saludables.
- 6) La mejora de la calidad de los servicios de salud.

Estas metas no son exclusivas de la psicología de la salud, por lo que se impone delimitar la relación de esta disciplina con otras afines, punto del que nos ocuparemos ahora, antes de volver sobre los temas que acabamos de plantear, lo que haremos en los tres módulos siguientes.

3. Relación de la psicología de la salud con otras disciplinas afines

3.1. Psicología de la salud, psicología médica y medicina psicosomática

Como vimos en el módulo anterior, el modelo biomédico plantea que la mente y el cuerpo tienen funciones independientes, y la mente es incapaz de actuar sobre la materia física.

Según esto, la enfermedad entendida en términos biológicos puede tener consecuencias psicológicas, pero lo psicológico no puede derivar en un problema de salud física.

Se establecía de este modo una distinción entre salud mental y salud física, y esta última era competencia exclusiva de la medicina. El papel de la psicología quedaba relegado al estudio de las secuelas psicológicas de algunas enfermedades físicas o intervenciones médicas, la denominada *psicología médica*.

Las únicas enfermedades biológicas, entre comillas, que podían ser objeto de análisis psicológico eran las alteraciones funcionales de tipo esencial; es decir, aquellos trastornos que no podían ser explicados por lesiones de los tejidos. En estos casos, era aceptable el análisis de la enfermedad en términos psicológicos o psicosomáticos.

Un caso paradigmático...

... era el de algunos tipos de parálisis límbica, descritos por Charcot, Bleuler y Freud, que seguían un patrón que no reflejaba la organización del sistema nervioso, por lo que era imposible determinar su causa física.

Para describir y explicar tal condición, Freud acuñaría el término **parálisis histérica** y establecería la hipótesis de que ésta indicaba que el estado mental del sujeto y sus experiencias eran reprimidos y expresados después en forma de problemas físicos.

Por lo tanto, Freud fue el primer teórico moderno en establecer una conexión entre la emoción y la salud, al subrayar que los trastornos físicos pueden ocurrir cuando un individuo no puede descargar sus impulsos emocionales de alguna manera aceptable.

La extensión más conocida y más influyente del pensamiento freudiano a los problemas psicosomáticos es la **teoría del conflicto nuclear** de Alexander (1952), según la cual los sentimientos inconscientes de hostilidad son considerados como los causantes de trastornos cardiovasculares (migraña e hipertensión), mientras que los sentimientos inconscientes de dependencia o los deseos de ser querido se consideran como causantes de trastornos respiratorios y gastrointestinales (asma, síndrome de colon irritable y úlcera).

Como ejemplo de psicología médica..

... son bastante ilustrativas las obras de Tizón García (1986), *Componentes psicológicos de la práctica médica*, y de Roca Bennasar (1996), *Trastornos depresivos en patologías médicas*, y también en el estudio de las enfermedades mentales la tradicional *Psicología Clínica* (podéis ver Pelechano, 1996).

En el primer caso, el conflicto central está relacionado con la inhibición de los impulsos hostiles de autoafirmación, la correspondiente conducta agresiva nunca llega a consumarse, aunque los procesos fisiológicos han sido activados y, por consiguiente, el individuo permanece en un estado de alerta fisiológica que acaba originando el trastorno. Alexander (1952, p. 150), describía el estilo emocional de los hipertensos del siguiente modo:

“La contención de sus impulsos hostiles continuará y consiguientemente aumentará en intensidad. Esto inducirá al desarrollo de medidas defensivas más fuertes para mantener controladas las agresiones acumuladas [...] A consecuencia del grado de las inhibiciones, estos pacientes son menos efectivos en sus actividades ocupacionales y por esta razón tienden a fracasar en las competiciones con otros, de tal forma que se estimula la envidia y se intensifican sus sentimientos hostiles hacia los competidores que han logrado mejores resultados que ellos.”

En el segundo caso, los sujetos casi nunca son capaces de reconocer y expresar de manera consciente sus sentimientos de dependencia, y los sistemas fisiológicos que le subyacen permanecen de esta manera en un estado de activación perpetua que, al igual que en el caso anterior, acaba provocando el trastorno psicosomático.

Es decir, Alexander explica lo psicosomático como la simbolización de un determinado conflicto o regresión libidinal, y supera de esta manera la especificidad neurótica del mecanismo de conversión histérica freudiano, lo que posibilitó la extensión de su teoría a una amplia lista de problemas de salud. Con posterioridad, del nivel de regresión se pasaría al tipo de personalidad para explicar el hecho psicosomático. En este sentido, cabe destacar el concepto de **alexitimia**, con el que se describe la personalidad de ciertos enfermos psicosomáticos caracterizados por una gran dificultad para verbalizar sus sentimientos y sus emociones, por una vida imaginaria muy pobre y por una actividad cognitiva y verbal orientada, en esencia, hacia preocupaciones concretas. Aspectos estos últimos que, con anterioridad, Marty et al. (1980) habían vinculado a la expresión mórbida psicosomática.

Los resultados obtenidos desde estas perspectivas han sido desalentadores, dado que:

- 1) No se han hallado correlaciones entre conflictos psicológicos específicos y cambios corporales también específicos.
- 2) Las emociones y los rasgos de personalidad correlacionan algunas veces con la enfermedad, con independencia del trastorno.
- 3) Ciertos tipos de personalidad se han asociado con diferentes trastornos mediante una influencia no específica, como por ejemplo una dieta desequilibrada que predispone a distintos tipos de enfermedades.
- 4) Además, los tratamientos psicoterapéuticos postulados desde estas perspectivas no producían cambios útiles desde el punto de vista clínico. Lo que por otro lado es comprensible, si tenemos en cuenta que no siempre es posible intervenir sobre lo psicosomático, ya que el paciente rara vez expresa el deseo de

este tipo de tratamiento, no puede expresar con facilidad sus emociones, y el restablecimiento de la “función imaginaria” es bastante aleatorio.

Por todo esto, la investigación se ha alejado de estos planteamientos y, sin embargo, es deudora de los mismos en cuanto suponen una primera aproximación a la interacción entre la mente y el cuerpo y sugieren que los factores psicológicos quizá no sean sólo consecuencia de la enfermedad, sino que también podrían contribuir a la aparición de ésta.

La **medicina psicosomática**, al sugerir que las lesiones viscerales, orgánicas o funcionales podían ser provocadas de manera total o parcial por factores psicoafectivos, representó una primera ruptura con el dualismo mente-cuerpo del modelo biomédico y, en este sentido, puede ser considerada una precursora de la actual **medicina del comportamiento**, con la que no comparte ni supuestos teóricos ni metodológicos.

3.2. La medicina del comportamiento y la psicología de la salud

Aunque la medicina psicosomática era ya una disciplina consolidada en los años treinta del recién expirado siglo, las relaciones entre medicina y psicología seguirían respondiendo hasta los años setenta al dualismo mente-cuerpo establecido por la ciencia biomédica; es decir, la medicina se ocupaba de la salud física y la psicología, entre otras disciplinas, de la salud mental.

La consideración de la psicología como una disciplina y una profesión que debía insertarse en el sector sanitario no cristalizaría hasta mediados de los años setenta con la aparición de la **medicina del comportamiento** y la psicología de la salud. Estos términos han sido utilizados en algunos casos de manera indistinta para designar las aplicaciones de la teoría y la metodología psicológica al ámbito de la salud física, y no sólo al campo de la salud mental.

Ahora bien, hoy en día la delimitación disciplinaria y conceptual entre medicina del comportamiento y psicología de la salud es un hecho.

En 1974 se desarrollan dos programas pioneros en medicina del comportamiento, uno orientado a la clínica y otro a la investigación básica.

- El primero está vinculado a la creación, en la Universidad de Pennsylvania, del Center for Behavioral Medicine, por John Paul Brady y Ovide F. Pomerleau (Pomerleau, 1982).
- El segundo se desarrollaría en el recién creado Laboratory for the Study of Behavioral Medicine, en la Universidad de Stanford, por Agras (1982).

En sus inicios, la concepción de la medicina del comportamiento era muy restrictiva. Enfatizaba su origen en el moderno conductismo y argumentaba que si bien otras disciplinas contribuyeron a su desarrollo, éstas fueron

El término *medicina del comportamiento*...

... fue utilizado por primera vez por Lee Birk, en 1973, como sinónimo y complemento de las técnicas de biorretroalimentación (*biofeedback*).

condiciones necesarias pero no suficientes. La condición suficiente, a juicio de Pomerleau (1982), vino dada por el descubrimiento de procedimientos eficaces para cambiar la conducta de forma útil, desde un punto de vista clínico, lo que sólo fue posible al aplicar el **análisis experimental del comportamiento** a problemas clínicos.

De esta manera, por medicina del comportamiento entendemos (Pomerleau y Brady, 1979, XII):

“(a) el uso clínico de las técnicas derivadas del análisis experimental del comportamiento, terapia del comportamiento y modificación de la conducta, para la evaluación, prevención, manejo o tratamiento de las enfermedades físicas o disfunciones fisiológicas; y”

“(b) la investigación comportamental dirigida al análisis funcional y comprensión de la conducta asociada (ya no se trata de rasgos o estructuras de personalidad) con los trastornos médicos y problemas de salud.”

No dudamos de la importancia del análisis experimental del comportamiento como fundamento de la medicina del comportamiento. Sin embargo, opinamos que ésta lo supera en dos puntos básicos que, por lo demás, constituyen dos de los ejes centrales del desarrollo de la psicología contemporánea:

- 1) el énfasis puesto por la medicina del comportamiento, no sólo en la manera en la que el sujeto responde a su medio, sino también en cómo lo percibe; y
- 2) la importancia concedida en este ámbito de estudio a los aspectos interactivos y sociales del binomio salud-enfermedad, de manera que la forma y la magnitud de los problemas de salud son considerados producto de la experiencia y definiciones sociales.

Como ha indicado Roth (1990), la medicina del comportamiento tiene una dimensión social en cuanto que no es posible desconocer, ni menos aún negar, las vinculaciones de la salud con los factores socioeconómicos, culturales y políticos y, por lo tanto, tampoco es posible desdeñar las influencias que pueden ejercer sobre el proceso de aplicación de una tecnología como la conductual o sobre los resultados de su implementación.

Además, es un hecho aceptado que las formas de trabajo con las que se compromete un grupo humano dado determinan el grado de su desgaste físico y la susceptibilidad al accidente (León Rubio y Avargues Navarro, 2001). Asimismo, el riesgo de enfermar y morir depende en gran medida del tipo y calidad de los bienes de consumo a los que se tiene acceso, lo que está muy vinculado al proceso de trabajo y a las pautas culturales propias del grupo. Por otro lado, resulta también evidente que el grado de participación política de los grupos sociales organizados incide, a su vez, sobre el proceso salud-enfermedad. Los logros políticos y sociales que determinan mejores condiciones de vida afectan a la salud en términos favorables.

No se agota en lo expresado la dimensión social de la medicina del comportamiento. A todo esto hay que añadir que la efectividad de una tecnología depende

de las características del grupo destinatario; no podemos esperar que cualquier procedimiento tecnológico resulte viable para cualquier grupo social, con independencia de sus valores, creencias, actitudes y vivencias propias.

Por último, es obligado señalar que pese a que al principio la medicina del comportamiento tenía un carácter clínico basado en las interacciones entre individuos considerados de manera aislada, con el paso del tiempo se han ido enfatizando, cada vez más, sus aplicaciones a la prevención de distintas enfermedades y a la promoción de la salud, y ha emergido una subespecialidad de la medicina del comportamiento denominada por Matarazzo (1984) *salud del comportamiento (behavioral health)*, en la que el énfasis se pone en la influencia de los grupos sobre el comportamiento de salud.

Por todo esto, abogamos más por las definiciones comprensivas de medicina del comportamiento, entre las que cabe citar la formulada en la Conferencia de Yale, celebrada entre el 4 y el 6 de febrero de 1977 en New Haven, Connecticut (Schwartz y Weiss, 1978a, p. 4):

“La medicina del comportamiento es el campo referido al desarrollo de los conocimientos y técnicas de las ciencias de la conducta relevantes para la comprensión de la salud y las enfermedades físicas y a la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. La psicosis, la neurosis y el abuso de sustancias se incluyen sólo en la medida en que contribuyen a la salud física como punto de referencia.”

En este mismo año, el 12 de octubre, en la Rockefeller University de Nueva York, se establece un grupo de trabajo, dirigido por Neal E. Miller, con el objetivo de organizar una sociedad de medicina del comportamiento, al tiempo que se fundan también la Academy of Behavioral Medicine Research, la publicación periódica *Journal of Behavioral Medicine* y la rama de la medicina del comportamiento del National Heart Lung, and Blood Institute, hechos que, considerados en su conjunto, vienen a resaltar que este campo es de carácter interdisciplinario y se refiere al desarrollo e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias biomédicas y de la conducta, como pusieron de manifiesto Schwartz y Weiss (1978b) al revisar la anterior definición de medicina del comportamiento.

El término *medicina del comportamiento* amalgama elementos provenientes de distintas disciplinas, entre las mismas la psicología, que pueden colaborar en la promoción y el cuidado de la salud, y en la prevención y el tratamiento de la enfermedad. La medicina del comportamiento es considerada como un campo interdisciplinar que integra los conocimientos relevantes para la salud y la enfermedad aportados por distintas disciplinas sociales y biomédicas; y la **psicología de la salud** se refiere al papel de la psicología en este dominio, tal y como ha sido definida antes.

Resumen

En primer lugar, hemos definido la psicología de la salud como la integración de aquellas aplicaciones de la psicología al campo de la salud que comparten la idea de que la salud es una variable influyente, a la vez que parámetro criterio, de la calidad de vida o juicio subjetivo relacionado con, cuando no causado por, determinados indicadores estándar, más o menos objetivos, referidos a realidades presentes en el hábitat físico y social de la persona y que pueden resumirse en riqueza, amor (entendido como apoyo social), comodidad y estado de salud, tanto físico como psicológico.

En segundo lugar, hemos revisado las distintas razones que justifican la emergencia de este campo de la psicología. Entre éstas: teóricas (evolución de la concepción de la salud), epidemiológicas (cambio radical de las tasas de morbilidad y mortalidad experimentado en el siglo xx en los países desarrollados) y prácticas (elevado coste de los servicios de salud y escasa efectividad para resolver las demandas de salud que el mundo desarrollado tiene planteadas hoy día).

En tercer lugar, hemos insistido en que no es fácil predecir las conductas de salud, ni tampoco es sencillo modificarlas de un modo estable, pese a la importancia de sus consecuencias para la vida de las personas. Esto justifica el interés mostrado por los investigadores de esta área al desarrollo de teorías o modelos explicativos acerca de las motivaciones y determinantes de las conductas de salud y en la aplicación de éstas para:

- 1) La promoción de conductas que contribuyan a la salud y a la calidad de vida de las personas.
- 2) La prevención y disminución de las conductas perjudiciales para la salud.
- 3) El análisis y modificación, en su caso, de los factores psicosociales asociados al padecimiento de una enfermedad en cada una de sus fases (etiología, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación).
- 4) El diseño y puesta en práctica de programas para la mejora de las relaciones entre el profesional de la salud y el enfermo.
- 5) El desarrollo de sistemas de apoyo social y ambientes saludables.
- 6) La mejora de la calidad de los servicios de salud.

Dado que estas metas no son exclusivas de la psicología de la salud, en último lugar hemos tratado de delimitar la relación de esta disciplina con otras afines: psicología médica, medicina psicosomática y medicina del comportamiento.

Actividades

1. Enumerad las características definitorias de la psicología de la salud.
2. Aportad datos que justifiquen la consideración del comportamiento como un determinante esencial de la salud.
3. Dado un problema de salud determinado, ejemplificad el abordaje que se haría del mismo desde cada una de estas perspectivas disciplinares.

Ejercicios de autoevaluación

De elección múltiple

1. La psicología de la salud es...
 - a) la integración de aquellas contribuciones de la psicología a la salud que comparten idénticas dimensiones que ésta.
 - b) la mera suma de las aplicaciones de la psicología a la solución de los problemas de salud.
 - c) un campo interdisciplinario en el que se integran conocimientos de distintas ciencias para dar respuesta a los problemas de salud de los países desarrollados.
 - d) Todas las anteriores son correctas.
 - e) Todas la anteriores son falsas.
2. La emergencia de la psicología de la salud ha sido necesaria...
 - a) para la evolución de la concepción de la salud hacia un modelo que pretende integrar factores biológicos, psicológicos y sociales.
 - b) para el cambio radical en las tasas de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados.
 - c) para lo caros y poco efectivos que son los servicios de salud.
 - d) Todas las anteriores son correctas.
 - e) Todas las anteriores son falsas.
3. La psicología de la salud tiene por objetivos...
 - a) elaborar un marco teórico y aplicarlo para, fundamentalmente, promocionar comportamientos saludables y prevenir o reducir aquellos que suponen un riesgo para la salud.
 - b) desarrollar una metodología propia, ajena a los conocimientos biomédicos.
 - c) describir la relación profesional de la salud-paciente.
 - d) Todas las anteriores son correctas.
 - e) Todas las anteriores son falsas.
4. Como comportamientos promotores o protectores de la salud podemos citar...
 - a) hacer tres comidas al día sin picar entre comidas.
 - b) cumplir la adherencia a los regímenes médicos.
 - c) llevar a cabo comportamientos de seguridad y de mejora del medio ambiente.
 - d) Todas las anteriores son correctas.
 - e) Todas las anteriores son falsas.
5. Como comportamientos de riesgo para la salud encontramos...
 - a) la promiscuidad sexual.
 - b) el hecho de conducir temerariamente.
 - c) el hecho de saltarse comidas arbitrariamente.
 - d) Todas las anteriores son correctas.
 - e) Todas las anteriores son falsas.
6. El concepto de calidad de vida...
 - a) atiende a dimensiones físicas, psicológicas, sociales y de capacidad funcional.
 - b) supone un juicio objetivo de bienestar, satisfacción y estado de ánimo positivo.
 - c) implica una serie de indicadores subjetivos que suelen centrarse en riqueza, amor (apoyo social), comodidad y salud.
 - d) Todas las anteriores son correctas.
 - e) Todas las anteriores son falsas.
7. El concepto de especificidad situacional hace referencia al hecho de que...
 - a) distintos factores pueden estar controlando la misma conducta en diferentes personas.
 - b) los factores que controlan una conducta pueden cambiar a lo largo del ciclo vital.
 - c) diferentes conductas de salud caen bajo el control del diferentes factores en una misma persona.
 - d) Todas las anteriores son correctas.
 - e) Todas las anteriores son falsas.

8. La psicología médica...
- a) se fundamenta en el modelo biopsicosocial.
 - b) se ocupa del estudio de las secuelas psicológicas de las enfermedades físicas.
 - c) es la versión latina de la medicina del comportamiento.
 - d) Todas las anteriores son correctas.
 - e) Todas las anteriores son falsas.
9. La medicina psicosomática...
- a) considera que los factores psicológicos son sólo consecuencia de la enfermedad.
 - b) considera que la enfermedad ha podido estar provocada, parcialmente o totalmente, por factores psicoafectivos.
 - c) pone fin al dualismo mente-cuerpo de la ciencia biomédica.
 - d) Todas las anteriores son correctas.
 - e) Todas las anteriores son falsas.
10. La medicina del comportamiento...
- a) hace uso de la terapia del comportamiento, pero no de las técnicas de modificación de conducta.
 - b) tiene muy en cuenta cómo la persona percibe su enfermedad y los tratamientos y cómo responde a los mismos.
 - c) pese a ser considerada un enfoque comprensivo de la salud no tiene en cuenta la influencia que sobre ésta pueden ejercer los factores psicosociales.
 - d) Todas las anteriores son correctas.
 - e) Todas las anteriores son falsas.

Cuestiones breves

1. ¿Qué es la psicología de la salud?
2. ¿Por qué surge la psicología de la salud?
3. ¿Cuáles son los objetivos de la psicología de la salud?
4. ¿Qué relación mantiene la psicología de la salud con la medicina del comportamiento?

Desarrollo del tema

Describid los tres grandes núcleos en los que según Stone (1988) se pueden agrupar las actividades de los psicólogos de la salud.

Solucionario

Actividades

Las soluciones que proponemos a continuación son orientativas.

Actividad 1

Las características definitorias de la psicología de la salud son las siguientes:

1. Es una rama de la psicología que presta especial atención a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud mediante el cambio de conducta.
2. Es un campo de aplicación de la psicología al de la salud; más en concreto, se centra en el papel que juega la psicología dentro de un campo interdisciplinar (medicina del comportamiento) que reúne los conocimientos comportamentales y biomédicos relevantes para la salud y la enfermedad.
3. Supone una aplicación científica/profesional de los conceptos y métodos psicológicos al campo de la salud, no sólo con relación al sistema de cuidado de salud, sino también al sistema de salud pública, educación para la salud, planificación de la salud, financiación, legislación, etc.
4. Estudia también a todas aquellas personas, contextos, políticas y organizaciones implicados en el sistema sanitario o que pueden influir en el mismo (médicos, enfermeros, políticos, etc.).
5. Se apoya en los recursos comunitarios para la prevención y tratamiento de la enfermedad y la promoción y el mantenimiento de la salud.
6. Consigue integrar una amplia gama de teorías y métodos de muchas disciplinas psicológicas básicas (evolutiva, aprendizaje, fisiología, cognitiva, organizaciones, social, de la personalidad, etc.).
7. Implica una aproximación positiva de la salud, que estudia la conducta de las personas tanto sanas como enfermas, y presta atención tanto a la promoción de la salud como a la prevención y tratamiento de la enfermedad.
8. Supone una aproximación integral a la salud, considerando que los factores biológicos, psicológicos y sociales están presentes en todas las fases de la salud, del cuidado de la salud y de la enfermedad.
9. Se centra en la salud/enfermedad física más que en la mental.

Actividad 2

Nuestra manera de vivir, nuestro estilo de vida, tiene una relación directa con muchos aspectos de nuestra salud.

Comportamientos como:

- fumar cigarrillos,
- consumir alcohol en exceso,
- comer en exceso o consumir dietas inadecuadas,
- hacer poco ejercicio físico, y
- conducir imprudentemente

se encuentran estrechamente relacionados con las tres causas de muerte más importantes en la actualidad: corazón, cáncer y carretera.

Asimismo, también podemos citar una serie de comportamientos promotores o protectores de la salud:

- Dormir siete u ocho horas cada noche.
- Desayunar todos los días.
- Hacer tres comidas al día sin picar entre comidas.
- Mantener el peso corporal dentro de los límites normales.
- Practicar regularmente ejercicio físico.
- No beber alcohol o hacerlo con moderación.
- No fumar.
- Buscar atención sanitaria cuando sea necesario.
- Cumplir el seguimiento de los regímenes médicos.
- Llevar a cabo comportamientos de seguridad y de mejora del medio ambiente.

Actividad 3

Problema de salud: persona que ha sufrido un infarto de miocardio.

Abordaje desde distintas perspectivas:

- **Psicología médica.** Esta perspectiva, basada en el modelo biomédico tradicional, se ocuparía fundamentalmente del estudio de las secuelas psicológicas que el infarto de miocardio ha producido en la persona. De esta manera, por ejemplo, un profesional centrado en este enfoque evaluaría si el paciente sufre el denominado *síndrome de depresión coronaria* que se vincula a las restricciones de la actividad productiva postinfarto y que suele caracterizarse por alteración del apetito y del sueño, niveles cambiantes de cansancio y/o energía, irritabilidad, apatía y pérdida de interés por la realización de ciertas actividades, dificultades de concentración, pensamientos de inutilidad y centrados en la muerte o el suicidio. A su vez, la persona ha tenido una experiencia muy cercana a la muerte y se encuentra amenazada por el hecho de que el infarto pueda repetirse, por lo que suele experimentar elevados niveles de ansiedad. También suele ser frecuente que tras el infarto se establezca un ambiente general de vigilancia alrededor del paciente por parte de los familiares y las personas que los rodean, que en lugar de ayudarlo lo único que consiguen es provocar en él elevados niveles de irritabilidad y nerviosismo.
- **Medicina psicosomática.** Desde esta perspectiva, se consideraría que el infarto de miocardio ha podido estar provocado, de manera parcial o total, por factores psicoafectivos. Por ejemplo, puede derivarse de la inhibición de impulsos hostiles de autoafirmación, de manera que la correspondiente conducta agresiva nunca llega a consumarse, aunque los procesos fisiológicos han sido activados y, por consiguiente, el individuo permanece en un estado de alerta fisiológica que acaba ocasionando el trastorno. En este caso, los médicos se ocuparían del tratamiento de la enfermedad física y los psicólogos estudiarían los factores psicoafectivos que han podido estar en el origen de dicho trastorno.
- **Medicina del comportamiento.** En este caso se haría uso de la terapia del comportamiento y de diferentes técnicas de modificación de conducta para llevar a cabo la evaluación del paciente postinfartado para prevenir una posible recaída, y en el manejo y tratamiento tanto de la enfermedad cardiovascular como de las disfunciones psicológicas que de la misma puedan derivarse. Por ejemplo, sería conveniente la modificación de ciertos estilos de vida y patrones de comportamiento, en caso de que estos fuesen patogénicos (fumar, beber y/o comer en exceso, no hacer ejercicio, vivir de forma apresurada e impaciente, implicarse en exceso en el trabajo, comportarse de manera dura y competitiva). Asimismo, desde esta perspectiva se tendría muy en cuenta cómo la persona percibe lo que le ha pasado (si lo percibe como una amenaza a su vida), y cómo responde a esto (si muestra signos de ansiedad y/o depresión). Se prestaría especial atención a cómo pueden estar influyendo los aspectos interactivos y sociales (por ejemplo, tratando de reforzar la red de apoyo social del paciente).
- **Psicología de la salud.** Desde esta perspectiva se garantiza el abordaje terapéutico más integral, ya que se va a tener en cuenta la influencia de factores biológicos (sexo, predisposición genética, niveles de colesterol y presión arterial, actividad física y tipo de alimentación, consumo de tabaco o alcohol), psicológicos (estilo de vida, niveles de ansiedad, irritabilidad o depresión) y sociales (red de amigos, compañeros de trabajo y familiares), tanto en el origen y desarrollo del infarto de miocardio como en su recuperación. Además, se adopta un enfoque positivo haciendo hincapié no sólo en prevenir un posible reinfarcto, sino en promover estilos de comportamiento saludables. Por ejemplo, llevar una dieta sana, baja en colesterol y sal, y rica en pescado y verduras, controlar el peso corporal, realizar ejercicio físico de manera regular y adaptado a sus posibilidades, dejar de fumar y reducir la ingesta de bebidas alcohólicas, fomentar la adherencia a los tratamientos farmacológicos complementarios y procurar conservar una vida laboral y social activa, aunque adoptando patrones de comportamiento más relajados, evitando exponerse a situaciones estresantes y practicando ejercicios de relajación.

Ejercicios de autoevaluación

De elección múltiple

1. a; 2. d; 3. a; 4. d; 5. d; 6. a; 7. d; 8. b; 9. b; 10. b.

Cuestiones breves

1. Valdría alguna de las siguientes respuestas:

a) La psicología de la salud es la "integración", y no la mera "suma" de contribuciones que aunque se ocupen de aspectos distintos del comportamiento comparten idénticas dimensiones del concepto salud.

b) Campo de la psicología que tiene por objetivo analizar la influencia de las variables psicosociales sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste, el modo en el que éste contribuye a la calidad de vida de las personas y cómo responden éstas cuando están enfermas.

2. Entre otros motivos, la psicología de la salud surge por:

- a) La evolución de la concepción de la salud hacia un modelo biopsicosocial.
- b) El cambio radical en las tasas de morbilidad y mortalidad de los países desarrollados.
- c) El precio elevado y la falta de efectividad de los servicios de salud para responder a las demandas de salud planteadas hoy día en los países desarrollados.

3. Cualquiera de las respuestas siguientes:

- a) Campo de la psicología que tiene por *objetivo* analizar la influencia de las variables psicosociales sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste, el modo en el que éste contribuye a la calidad de vida de las personas y cómo éstas responden cuando están enfermas.
- b) Entre los principales objetivos que persigue este nuevo enfoque de la psicología aplicada a la salud podemos señalar los siguientes:

- Elaborar un marco teórico que facilite:
 - La evaluación de la conducta como factor determinante de la salud y la enfermedad.
 - La predicción de las conductas protectoras y de riesgo para la salud.
 - La comprensión del papel de los factores psicosociales en la experiencia de la enfermedad, y en el tratamiento y rehabilitación de la misma.
- Poner en práctica este marco teórico para:
 - La promoción de estilos de vida saludables y prevenir la enfermedad.
 - El tratamiento de la enfermedad y la rehabilitación del paciente.
 - La mejora de los servicios de salud.

c) Las metas de la psicología de la salud son:

- La promoción de conductas que contribuyan a la salud y a la calidad de vida de las personas.
- La prevención y disminución de las conductas perjudiciales para la salud.
- El análisis y modificación, en su caso, de los factores psicosociales asociados al padecimiento de una enfermedad en cada una de sus fases (etiología, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación).
- El diseño y puesta en práctica de programas para la mejora de las relaciones entre el profesional de la salud y el enfermo.
- El desarrollo de sistemas de apoyo social y ambientes saludables.
- La mejora de la calidad de los servicios de salud.

4. La medicina del comportamiento es un campo amplio de carácter interdisciplinario que integra conocimientos biomédicos y psicosociales, entre éstos los provenientes de la psicología de la salud. Ésta podría ser considerada la aportación de la psicología al campo, más inclusivo, de la medicina del comportamiento.

Desarrollo del tema

1) **Ámbito de la intervención**, que cubre el amplio espectro que va desde la investigación básica en salud hasta la evaluación de los programas de salud, pasando por el diseño, la selección y la ejecución de los mismos.

2) **Objetivo de estas intervenciones**, que pueden centrarse en el individuo concreto (paciente o usuario de los servicios de salud), en los sujetos relacionados con él, en las personas que directa o indirectamente trabajan en el sistema de salud, en los aspectos psicosociales de las propias organizaciones de salud o en la totalidad del sistema de salud. Y éste entendido como la parte del sistema social que afecta a la consecución de los valores de salud y que está compuesta por todos aquellos elementos de ambiente y del sistema social que afectan a la capacidad del individuo para vivir productiva y creativamente y para derivar satisfacción del mundo. En términos amplios, el sistema de salud puede ser subdividido en los siguientes elementos:

- a) Riesgos ambientales, sociales y mentales para la salud.
- b) Acciones y entidades que afectan a la existencia y distribución de tales riesgos y de los apoyos para hacerles frente.
- c) Acciones y entidades que afectan a la exposición de los individuos a los mencionados riesgos para la salud.
- d) Acciones y entidades que afectan a la restauración de la salud o la eliminación de los problemas de salud.

3. **Tipos de intervenciones desarrolladas**, que pueden ir desde la modificación de procesos psicofisiológicos anómalos por medio de la biorretroalimentación, pasando por la realización de programas de modificación de actitudes y comportamientos no saludables, hasta la realización de campañas de educación y promoción para la salud dirigidas a determinadas comunidades o sectores de población.

Glosario

actitud *f* Predisposición relativamente estable de conducta.

biofeedback *m* Véase biorretroalimentación.

biorretroalimentación *f* Método mediante el cual se provee al sujeto de información acerca de sus funciones biológicas y respuestas fisiológicas con el fin de que las controle.
en biofeedback

estilo de vida *m* Forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.

factor de riesgo *m* Condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociadas con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones.

incidencia *f* Frecuencia o número de nuevos casos (por ejemplo, de la infección por el VIH) dentro de una población determinada durante un periodo de tiempo.

morbilidad *f* Estado de una enfermedad, es decir, es la proporción de personas enfermas dentro de un grupo de población dado.

política sanitaria *f* Declaración o directriz oficial dentro de las instituciones (especialmente del Gobierno) que define las prioridades y los parámetros de actuación como respuesta a las necesidades de salud, a los recursos disponibles y a otras presiones políticas.

prevención de la enfermedad *f* Abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

promoción de la salud *f* Constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.

salud *f* Capacidad para realizar el propio potencial personal y responder positivamente a los retos del ambiente.

Bibliografía

Bibliografía citada en el texto

Agras, W. S. (1982). Behavioral Medicine in the 1980s: Nonrandom Connections. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (6), 795-796.

Alexander, F. (1952). *La medicina psicosomática*. París: Payot.

Barriga, S. (1988). Los indicadores del bienestar. En J. Rodríguez Marín (Comp.), *Aspectos Psicosociales de la Salud y la Comunidad*, 175-190. Barcelona: PPU.

Birk, L. (1973). *Biofeedback: Behavioral medicine*. New York, NY, US: Grune & Stratton.

Bishop, G. D. (1994). *Health Psychology*. Boston: Ally & Bacon.

Blanco Picabia, A. (1996). Psicología clínica, Psicología de la salud... ¿En qué quedamos? *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 82-83, 219-234.

Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95 (3), 542-575.

León Rubio, J. M. y Pina Domínguez, C. (1988). Motivos para hacer ejercicio. *II Jornadas Andaluzas de Psicología del Deporte (Resumen de Comunicaciones)*. Sevilla: Asociación de Psicología del Deporte Andaluza.

- León Rubio, J. M. y Avargues Navarro, M. L. (2001). *Carga mental y estrés laboral*. Sevilla: Cátedra Multimedia.
- Marty, P. et. al. (1980). *L'Ordre psychosomatique, les mouvements individuels de vie et de mort*. Paris: Payot.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new Health Psychology. *American Psychologist*, 35, 805-817.
- Matarazzo, J. D. (1984). Behavioral immunogens and pathogens in health an illness. En B. L. Hammonds y C. I. Schairer (Eds.), *Psychology and health*, 9-43. Washington: American Psychological Association.
- Pelechano Barberá, V. (1996). Salud, enfermedad, clínica y psicología: un laberinto con una salida sensata y muchos caminos ciegos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 365-382.
- Pomerleau, O. F. (1982). A Discourse on Behavioral Medicine: Current Status and Future Trends. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (6), 1030-1039.
- Pomerleau, O. F. y Brady, J. P. (1979). *Behavioral Medicine*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Roca Bennasar, M. (1996). *Trastornos depresivos en patologías médicas*. Barcelona: Masson.
- Roth, E. (1990). Aplicaciones comunitarias de la medicina conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 22 (1), 27-50.
- Schwartz, G. E. y Weiss, S. M. (1978a). Yale Conference on Behavioral Medicine: A Proposed Definition and Statement of Goals. *Journal of Behavioral Medicine*, 1 (1), 3-12.
- Schwartz, G. E. y Weiss, S. M. (1978b). Behavioral Medicine revisited: An amended Definition. *Journal of Behavioral Medicine* 1 (3), 249-251.
- Stone, G. C. (1988). Psicología de la salud: una definición amplia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20 (1), 15-26.
- Taylor, S. E. (1999). *Health Psychology* (4a ed.). New York, NY, US: McGraw-Hill.
- Tizón García, J. L. (1996). *Componentes psicológicos de la práctica médica: una perspectiva desde la atención primaria*. Barcelona: Biblária.

