



Escritos de Psicología

2000, 4: 8-33

PSICOLOGÍA Y SALUD PSYCHOLOGY AND HEALTH

REVISIÓN

8

Alicia E. López Martínez
*Facultad de Psicología
Universidad de Málaga*

Resumen. El presente escrito trata de ofrecer una cierta panorámica en torno a aquellos contenidos que configuran el ámbito de la psicología de la salud. Con este propósito, se revisan tres tópicos centrales para esta especialidad: el papel desempeñado por los factores psicológicos en el proceso de salud-enfermedad, el fenómeno del estrés y su incidencia sobre la salud, y las principales cuestiones que conforman la intervención efectuada desde la psicología en este ámbito.

Palabras clave: salud, enfermedad, estrés, comportamiento saludable

Abstract. This paper reviews the main topics in the field of Health Psychology. For this purpose, three outstanding areas in this arena are revised: the role of psychological factors on health and illness, stress and health-related problems, and the challenges of psychological intervention on health.
Key words: health, illness, stress, health-related behavior

CONTENIDO:

1. Factores psicológicos y proceso de salud-enfermedad.
 - 1.1. Conductas saludables.
 - 1.2. Conductas de enfermedad.
 - 1.3. Estrés, salud y enfermedad.
 - 1.3.1. Afrontamiento, salud y enfermedad.
 - 1.3.2. Personalidad, salud y enfermedad.
 2. Ámbitos de intervención de la psicología en problemas de salud.
 - 2.1. Prevención y promoción.
 - 2.2. Intervención en el proceso de rehabilitación de la enfermedad.
 - 2.3. Mejora de la relación profesional-usuario.
- Referencias bibliográficas.

La corta –pero productiva y no exenta de cierta polémica– trayectoria de la psicología de la salud la ha ido perfilando como un ámbito eminentemente aplicado, si bien no por ello alejado de una visión de la psicología como disciplina objetiva. Y es que la psicología siempre tuvo entre sus principales intereses el bienestar y la salud humanas. No obstante, los propios avatares históricos de esta ciencia, amén de su juventud si se la compara con otros ámbitos de conocimiento de mayor tradición, la mantuvieron alejada durante mucho tiempo de materias que no fuesen aquéllas que siempre se constituyeron en el objeto de sus miradas: el mundo de la salud mental y del comportamiento. Afortunadamente, superadas ciertas posturas filosóficas de las que se nutrió, la aparición de planteamientos más cercanos a las posiciones clásicas, que concebían al hombre como un ente unitario, holístico y global, permitieron que la psicología se orientase a cualquier manifestación de la salud del ser humano, sin estar necesariamente mediatizada por el dualismo mente-cuerpo. Y son tan sólo razones de demarcación programática las que pueden justificar que la psicología haya acabado por diseminar su objeto de estudio en distintas especialidades, de entre las que la psicología de la salud es una de ellas.

Así pues, la psicología de la salud ha orientado su objeto de estudio, investigación e intervención, principalmente, hacia los procesos de salud-enfermedad orgánicos, sin detrimento de aquellos aspectos que siempre configuraron el ámbito de lo que se conoce como psicología clínica, pero con un particular interés por aportar algo de luz en cuestiones tan básicas, y tan complejas a un mismo tiempo, como las referidas a los vínculos entre lo psicológico y lo físico.

Desde que Matarazzo (1982) realizase el primer esfuerzo por delimitar conceptualmente este ámbito de estudio y acción, son muchas las definiciones que se han venido aportando sobre la psicología de la salud. No obstante, el objetivo en estos momentos no es tanto el intentar definirla, sino el tratar de ofrecer una cierta panorámica en torno a aquellos aspectos que la ocupan como ámbito aplicado que es, en tanto que se considera que hecho y concepto acaban por ser difícilmente separables. De ahí que, en las páginas que siguen, el propósito sea el realizar un recorrido sobre los principales contenidos que configuran el ámbito de la investigación e intervención psicológicas en cuestio-

nes relativas a la salud física, con la intención de que la descripción del hecho ayude a entender el concepto.

1. FACTORES PSICOLÓGICOS Y PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD

Algo actualmente incuestionable es el hecho de que las variables psicológicas juegan un importante papel en el continuo salud-enfermedad. Lo cierto es que resulta abrumador el número de publicaciones que actualmente incide en este fenómeno. No obstante, posiblemente sean tres los aspectos que mayor interés han venido acaparando en los investigadores: las conductas saludables y las conductas de enfermedad, el estrés y las variables emocionales y de personalidad presentes en diversas alteraciones.

1.1. Conductas saludables

De lo que no cabe duda es que el comportamiento es una variable primordial y presente en ciertos tipos de enfermedades, particularmente aquéllas que acaban por constituirse en la primera causa de muerte en las sociedades occidentales –trastornos cardiovasculares y cáncer, en ese orden– (Buil y Mira, 1996; Kaplan, 1990; Singer y Krantz, 1982; Roberts, Banspach y Peacock, 1997, Taylor, 1990). De ahí el enorme interés que desde las políticas sanitarias y la ciencia psicológica ha despertado el análisis de aquellos comportamientos promotores de la salud.

El término “conductas saludables” fue introducido por primera vez por Kasl y Cobb (1966) para hacer alusión a aquellas actividades puestas en práctica por un individuo que se considera a sí mismo sano, con el objetivo de prevenir la enfermedad. Posteriormente, autores como Matarazzo (1984) utilizarían el término de inmunógenos conductuales, en tanto que este tipo de conductas tiene como efecto un mantenimiento de la salud y, por ende, una disminución del riesgo de padecer determinados trastornos, por cuanto que incide en la modulación de la vulnerabilidad biológica del individuo (Ribes, 1990), ampliando la concepción de dichas conductas como propias, igualmente, de personas que padecen alguna enfermedad cuyos efectos intentan minimizarse (así, por ejemplo, el seguimiento de una dieta alimenticia apropiada en el caso de un diabético).

Autores como Taylor (1986) han señalado la existencia de tres tipos posibles de conductas saludables:

- a) Aquéllas que requieren la intervención del profesional y que son, por ello, dependientes del acceso al sistema sanitario (v.g. las revisiones periódicas en servicios de medicina preventiva).
- b) Conductas recomendadas por el sistema sanitario pero que no dependen del mismo (v.g. el seguimiento de una dieta alimentaria adecuada).
- c) Comportamientos independientes del sistema sanitario (v.g. medidas de seguridad laboral).

Asimismo, las conductas saludables se caracterizan por tres elementos principalmente (Gatchel, Baum y Krantz, 1989; Taylor, 1986):

- a) Su inestabilidad, en tanto que están sujetas a una elevada especificidad situacional. De este modo, diversas conductas saludables pueden quedar bajo el control de diferentes factores en un mismo individuo.
- b) Además, existen marcadas diferencias individuales y culturales, y los factores que las controlan pueden ser cambiantes en función del grupo de referencia al que se pertenezca.
- c) Su autonomía, por cuanto que las conductas saludables pueden ser independientes entre sí en un mismo individuo, de modo tal que los factores que ejercitan control sobre las mismas podrían variar a lo largo del ciclo vital. Por tanto, el lograr instaurar un comportamiento de salud concreto no implica la puesta en práctica de otro tipo de conductas igualmente saludables.

No es de extrañar, consiguientemente, el interés que se ha venido desarrollando en torno a la determinación de aquellas variables que pueden incidir en que se adopten o no determinadas conductas saludables, máxime si se toma en cuenta que se trata de factores que deberán ser tenidos en consideración cuando se pretenda realizar intervenciones dirigidas a la promoción de la salud. Así, entre dichos factores, cabe señalar los siguientes:

- a) Las actitudes y los valores socioculturales. Las formas de vida sociales, con un fuerte carácter cultural, pueden dificultar enormemente la puesta en práctica de ciertas conductas saludables y/o la disminución de conductas de riesgo (v.g. Mechanic, 1986; Roberts, Banspach y Peacock, 1997; Steptoe y Wardle, 1992).

- b) Factores socioeconómicos. La escasez de recursos limita a muchos grupos sociales la posibilidad de poner en práctica ciertos hábitos saludables y/o de reducir los de riesgo. Además, no debe olvidarse que existen grupos con fuertes intereses económicos para quienes el mantenimiento de ciertos hábitos perjudiciales es base fundamental para asegurar ganancias sustanciales (v.g. Bloom, 1988; Rodríguez-Marín, 1995; White, 1988)¹.
- c) Variables relativas a la propia naturaleza de las conductas saludables y de riesgo. Una característica fundamental de este tipo de comportamientos es lo que Bayés (1987; 1992) resume del siguiente modo: la demora posee un peso mayor sobre la elección que la magnitud. Lo que quiere decir el autor, en definitiva, es que el papel que el refuerzo juega en estas conductas es primordial, algo que ya Miller mostró en algunas de las investigaciones que llevó a cabo a este respecto (Miller, 1983; 1984). Así, en tanto que las conductas saludables suelen obtener sus ganancias a medio o largo plazo (por ejemplo, realizar ejercicio físico puede reducir el peso de un individuo, pero no de modo inmediato: se requiere tiempo y constancia para ello), las conductas de riesgo suelen verse "premiadas" de modo inmediato y sus efectos adversos aparecen a medio o largo plazo (no usar preservativo, vaya por caso, puede proporcionar sensaciones más placenteras en el mismo momento de realizar el coito; sin embargo, podría tener como consecuencia una infección por VIH o un embarazo no deseado, a largo plazo).
- d) Factores relacionados con el sistema sanitario. Todavía sigue siendo una realidad el hecho de que las instituciones sanitarias centran más esfuerzos

¹ Sirva a modo de ilustración de este hecho un reciente anuncio en prensa de la compañía tabacalera *Philip Morris Europe S.A.* en el que se comparaban los datos relativos a la probabilidad de padecer cáncer por tabaquismo frente a el hecho de ser diagnosticado de una enfermedad neoplásica maligna por otro tipo de comportamientos (entre los que se incluía comer galletas, por sorprendente que parezca). Se trata de una campaña publicitaria ciertamente engañosa que no aporta datos precisos respecto del modo en que se han efectuado las investigaciones a las que alude el anuncio (que cita, incluso, fuentes bibliográficas tan prestigiosas como la revista *Lancet*) pero que tiene un claro efecto sobre el consumidor: la relativización de la conducta de fumar como agente cancerígeno.

en las tareas curativas que en las preventivas (Buil y Mira, 1996; Friedman, Sobel, Myers, Caudill y Benson, 1995; Rodríguez-Marín, 1995; Reig, 1989). Y no es menos cierto que se dedican más partidas económicas a las acciones paliativas cuando, posiblemente, un sistema de salud que estuviese preocupado por educar a los ciudadanos para que pudiesen funcionar autónomamente, en cuestiones relativas a su salud, lograría reducir gastos de modo considerable (San Martín y Pastor, 1988). Sin embargo, aún es mucho el esfuerzo que ha de realizarse en este sentido.

- e) Factores intraindividuales. Son éstos ciertamente relevantes para la psicología, por cuanto que muchos guardan relación directa con aspectos ligados a las cogniciones, a las variables de personalidad, a los aspectos emocionales del comportamiento y/o al estrés (v.g. Adler y Matthews, 1994; Ballester, 1996; Belloch, 1989; Carroll, 1992; Feuerstein, Labbè y Kuczmierczyk, 1986; Leventhal, Prochaska y Hirschman, 1985; Weinstein, 1993). No obstante, también se citan los factores sociodemográficos como otros aspectos que pueden incidir en la puesta en práctica de conductas saludables; entre ellos los ingresos económicos, el nivel educativo o el sexo (Bennett y Murphy, 1997; Leventhal, Prochaska y Hirschman, 1985; Titkow, 1983).

La cuestión de las conductas saludables ha venido ocupando numerosas páginas de la literatura en torno a la psicología de la salud desde la década de los sesenta, cuando comienzan a proponerse modelos teóricos explicativos del modo en que éstas se ponen en marcha y respecto de la interacción de la diversas variables psicosociales presentes en las mismas.

Así, entre las variables que han venido considerándose como centrales para la puesta en práctica de conductas saludables cabe destacar la autoeficacia y el lugar de control con relación a la salud. En lo referido a la autoeficacia, y de acuerdo con la teoría social cognitiva (Bandura, 1977/1982, 1986/1987), numerosas investigaciones vienen mostrando que las expectativas de resultado y de autoeficacia se constituyen en variables moderadoras de primer orden para la puesta en práctica de diversas conductas saludables (v.g., mantenerse abstinentes del consumo de drogas diversas –Gibbons y Gerrard, 1995; Pérez, Robles y Vila,

1996; Stacy, Sussman, Dent, Burton y Flay, 1992–, mantener una dieta alimentaria adecuada –Bagozzi y Warshaw, 1990; Conner, Martin, Silverdale y Grogan, 1996; Robles, Pérez y Vila, 1996; Weisberg, Caplan y Harwood, 1991– o llevar a cabo prácticas sexuales seguras –Bayés, 1990; 1992; Botella, Baños, Perpiñá y Ballester, 1998; McKusick, Coates, Morin, Pollack y Hoff, 1990; O’Leary, Goodhart, Jemmott y Boccher-Lattimore, 1992–).

En lo referente al lugar de control para la salud, concepto derivado de las teorías atribucionales (Rotter, 1966; Weiner, 1986), enfatiza las creencias de internalidad o externalidad respecto a determinadas conductas que acaban por considerarse como protectoras de la salud. En este sentido, las investigaciones efectuadas ponen de manifiesto de modo unánime que aquellos sujetos que se caracterizan por realizar atribuciones internas respecto a su salud acaban por generar creencias de controlabilidad que derivan en la puesta en práctica o mantenimiento de conductas promotoras de aquella con mucha más probabilidad que la de aquellos sujetos cuyo lugar de control es externo (Bradley, 1985; King, 1982; Wallston y Wallston, 1982; Wallston, Wallston y DeVellis, 1978).

Posiblemente pueda afirmarse que la variable lugar de control de salud ha sido una de las más influyentes en el ámbito de la promoción de la salud, y ha generado un importante cuerpo de investigaciones. No obstante, no es menos cierto que el grado de asociación que se ha encontrado entre la variable en cuestión y la ejecución de conductas saludables es más bien modesta (v.g. Bennett, Moore, Smith, Murphy y Smith, 1995; Bennett, Norman, Murphy, Moore y Tudor-Smith, 1997). La razón explicativa que se ha venido argumentando para dar cuenta de este resultado radica en considerar la motivación como la variable que, en definitiva, posee mayor poder predictivo sobre la ejecución de conductas saludables (v.g. Wallston y Smith, 1994). De este modo, parece que el lugar de control de la salud tan sólo tendría una clara influencia sobre las conductas protectoras en el caso de que la salud tenga un alto valor para el individuo. Por consiguiente, las personas que suelen poner en práctica conductas saludables son aquellas que valoran altamente la misma, obteniendo, además, elevadas puntuaciones en la dimensión de internalidad del lugar de control de la salud (Odgen, 1996).

La consideración de estos factores específicos ha derivado en la propuesta de diversos modelos que intentan aunar estas y otras variables como elementos explicativos de la puesta en práctica de este tipo de conductas. Así, entre las principales formulaciones, cabría citar el modelo de creencias acerca de la salud (Becker y Rosenstock, 1987), la teoría de la acción razonada (Ajzen y Fishbein, 1980; Fishbein y Ajzen, 1975), la teoría de la motivación protectora (Rogers, 1975; 1983; 1985), la teoría de la acción social (Ewart, 1991) y el modelo del proceso de acción para la salud (Schwarzer, 1992). En conjunto, estas formulaciones dotan de una fundamentación teórica acerca de los procesos subyacentes a las conductas saludables, amén de una descripción parsimoniosa de algunos de los procesos implicados en la toma de decisiones relacionadas con la salud. Desde estos planteamientos la conducta saludable es considerada como la consecuencia de un proceso complejo que incluye la consideración de las normas subjetivas que guían las acciones de los individuos, sus actitudes, la percepción de vulnerabilidad, el riesgo para la salud percibido, el análisis coste beneficio y las expectativas que les guían.

De hecho, estos modelos han sido utilizados por diferentes investigadores para dar cuenta de la puesta en práctica de diferentes conductas saludables. Así, el modelo de creencias acerca de la salud ha sido utilizado para explicar el inicio de ejercicio físico, la vacunación de niños, la adherencia a las prescripciones facultativas o la participación en programas preventivos de detección precoz de tumores (Bennet y Murphy, 1997; Rodríguez-Marín, 1995). La teoría de la acción razonada, de otro lado, ha mostrado su utilidad en la evaluación de diversas conductas relacionadas con la salud (v.g. mantener un nivel de peso determinado –Schifter y Ajzen, 1985–, controlar la dieta alimentaria –Conner, Martín, Silverdale y Grogan, 1996– o evitar la iniciación en el tabaquismo –Sutton, 1989–). Además, algunas de las revisiones que se han realizado en la literatura respecto de esta formulación sugieren que posee una clara utilidad predictiva, en tanto que existen fuertes asociaciones entre las actitudes y las normas sociales percibidas con la intención de ejecutar la conducta (v.g. Sheppard, Hartwick y Warshaw, 1988; van der Putte, 1993, cf. Bennet y Murphy, 1997). Por último, la teoría de la motivación protectora ha sido utilizada para dar cuenta de diversos comportamientos

promotores de salud. Así, Beck y Lund (1981) la tomaron como base de partida para explicar la adopción de medidas de higiene bucodental en poblaciones jóvenes, Rippetoe y Rogers (1987) para examinar la intencionalidad de las mujeres para llevar a cabo autoexploraciones mamarias, como medida protectora del cáncer y, más recientemente, van der Velde y van der Pligt (1991) se han apoyado en este modelo para analizar la puesta en práctica de una sexualidad sin riesgos.

En cualquier caso, no debe olvidarse que el aspecto central en la mayoría de estas propuestas es el referido a la supuesta racionalidad que gobierna el comportamiento con relación a la salud. No obstante, la conducta puede verse guiada por otras “racionalidades” que, en definitiva, acaban atentando contra la propia salud. En esta línea, los resultados de estudios llevados a cabo por algunos autores muestran que, en algunos casos, los sujetos eligen mantener comportamientos insanos, a sabiendas de las consecuencias negativas que los mismos pueden acarrear para la salud, como medio para controlar otros aspectos que acaban por resultar mucho más aversivos a corto y medio plazo (Bennet y Murphy, 1997). El tabaquismo es un claro ejemplo de este hecho: pocos fumadores niegan tener mayor probabilidad de padecer un cáncer frente a los no fumadores; sin embargo, pueden usar el tabaco como un medio para controlar el estrés que padecen y que podría constituirse en un factor mucho más disruptivo que el primero.

1.2. Conductas de enfermedad

El término conductas de enfermedad fue introducido por Mechanic (1962) para hacer alusión al modo en que la gente maneja su cuerpo, responde a los síntomas percibidos y decide remediar el malestar a través de algún curso de acción. El concepto toma en consideración la conjunción de la influencia de factores psicológicos, sociales y culturales sobre la enfermedad, así como el diverso rango de consecuencias que pueden resultar del hecho de estar enfermo.

El concepto de conducta de enfermedad sería entendido, por tanto, de modo distinto a la noción apuntada por Parsons (1951) cuando estableció el término “rol de enfermo” (en inglés, “*sick role*”) para referirse al papel social de la enfermedad. Frente a esto, Mechanic enfatiza los aspectos psicológicos que se derivan del

hecho de padecer una enfermedad, concretamente los comportamientos que se ejecutan para manejar este estado. Asimismo, el concepto de conducta de enfermedad distingue entre *illness* y *disease*. Así, *disease* es un término que alude al daño estructural del organismo tratándose, por tanto, de un fenómeno objetivo, en tanto que *illness* sería la acepción utilizada para expresar la experiencia subjetiva de malestar, que podría no estar necesariamente sustentada en una disfunción fisiológica.

De este modo, lo que se sugiere al hacer referencia al término conductas de enfermedad es a que las interpretaciones subjetivas y la valoración que las personas realizan sobre sus síntomas, así como las contingencias de reforzamiento asociadas a la enfermedad (concretamente, el modo en que las personas significativas para el sujeto responden a su condición de enfermo), acaban por afectar al funcionamiento físico y psicológico del individuo (Turk y Salovey, 1995). Por tanto, Mechanic se interesó en las diferencias individuales respecto al modo en que se vivencia la experiencia de enfermar. En este sentido, posiblemente la principal característica de las conductas de enfermedad radique en que no son respuestas estables, sino que van a variar en función de aspectos transculturales, de la personalidad del sujeto, de su edad, del sexo, de la historia personal de enfermedad, de su historia de aprendizaje y de variables de tipo situacional (Mechanic, 1983a; 1983b; 1986). Para Mechanic, la conducta de enfermedad acaba siendo un proceso caracterizado por un marcado dinamismo en el que el individuo está en continua adaptación a su situación, de modo que el paciente se convierte en un procesador de la información que proviene de su organismo, procesamiento que dependerá de sus propios valores y creencias (Ballester, Botella, Galdón y Gil, 1990). Dicho proceso parece producirse en tres etapas diferentes (Ballester, 1993; 1998):

- a) En la primera, el individuo valora la significación que los síntomas poseen para él, amén de las consecuencias que podrían derivarse de los mismos para su salud.
- b) En un segundo momento, intenta explicar las razones que dan lugar a dicho estado.
- c) Finalmente, se produce un análisis de las habilidades y capacidades para afrontar la situación. Dicho análisis se establece a partir de un proceso de

comparación social, dependiente del aprendizaje por observación, las experiencias previas, el apoyo social con el que cuenta y las repercusiones que su enfermedad podría tener en su interacción social.

Por tanto, el proceso de enfermedad se inicia a partir de la interacción de determinados cambios en el funcionamiento orgánico, los procesos emocionales que acompañan a los mismos y la valoración cognitiva de los síntomas resultantes. Todo esto acaba por derivar en atribuciones específicas con relación al significado concreto de la experiencia de enfermedad que, en ocasiones, termina por provocar un elevado grado de malestar y estrés. Suele ser entonces el momento en que el individuo inicia acciones dirigidas a modificar dicho estado, que podrían variar desde la pasividad, hasta el autocuidado, pasando por la petición de asistencia profesional (Galdón y Andreu, 1991; Llor, Abad, García y Nieto, 1996; McHugh y Vallis, 1986).

De este modo, el proceso de valoración que subyace a la percepción de un problema de salud podría tener como última consecuencia la búsqueda de una solución, lo que va a depender de una diversidad de factores, entre los que cabría citar (Mechanic, 1962; 1977): la perceptibilidad de los síntomas, su intensidad y frecuencia, y la valoración de su gravedad; la interferencia de los mismos en el funcionamiento cotidiano del individuo; la capacidad de adaptación al malestar y/o al dolor; los conocimientos e información disponible respecto de la enfermedad; los valores culturales del sujeto o la accesibilidad a los tratamientos.

Amparado en el fenómeno de la valoración que los individuos realizan de su propio estado de salud, Leventhal desarrolló el concepto de cogniciones de enfermedad (Leventhal, Meyer y Nerenz, 1980; Leventhal y Nerenz, 1985), entendiéndolo por las mismas las creencias implícitas del paciente con relación a su estado. Señala el autor que las cogniciones de enfermedad son las que acaban por provocar que las personas entiendan su situación e intenten afrontarla. A partir de los resultados derivados de entrevistas efectuadas a pacientes con diversas enfermedades, Leventhal, Meyer y Nerenz (1980) llegaron a la conclusión de que las cogniciones de enfermedad se dimensionalizan en función de cinco características:

- a) La identidad, que haría referencia a la "etiqueta" con la que se diagnostica el estado y los síntomas experimentados.

- b) La causa a la que se atribuye la enfermedad, que podría ser biológica, psicológica o una combinación de ambas.
- c) El tiempo estimado de la duración del problema, que podría ser valorado como pasajero o bien como crónico.
- d) Las consecuencias de la enfermedad sobre la vida del sujeto, que podrían ser interpretadas como físicas, como emocionales o como el resultado de diversos factores.
- e) La percepción de controlabilidad del estado de salud, que se refiere a las creencias de los pacientes respecto de que su enfermedad puede ser tratada y curada, así como a su propia capacidad para afrontar la misma.

Debe indicarse que esta dimensionalización de las cogniciones de enfermedad ha recibido apoyo empírico en diversas investigaciones (v.g. Bishop y Converse, 1986; Lau, Bernard y Hartman, 1989), lo que dota al planteamiento de la suficiente validez como para que sea tomado en consideración a la hora de entender el modo en que los individuos afrontan no sólo sus dolencias, sino el grado de cumplimiento y adherencia a las prescripciones facultativas (Leventhal, Diefenbach y Leventhal, 1992).

En línea con esto, Leventhal y Cameron (1987) han propuesto un modelo de autorregulación de la conducta de enfermedad, cuyos antecedentes habría que situar en algunos modelos de solución de problemas. La formulación de los autores apunta a que los individuos manejan los síntomas de la enfermedad del mismo modo en que intentan resolver otro tipo de problemas. Por consiguiente, el modelo asume que dado un cambio en el bienestar del individuo, éste se verá motivado a buscar una solución al objeto de restablecer el estado de normalidad.

El modelo formulado por Leventhal y Cameron (1987) se ampara en los resultados de investigaciones previas que aportan apoyo empírico respecto de algunas de las variables que contempla el mismo. Así, autores como Pennebaker (1983) han argumentado que existen diferencias individuales en la cantidad de atención que los sujetos prestan a sus estados internos, de modo que algunos parecen mostrar una mayor sensibilidad ante la presencia de síntomas, en tanto que otros se centran en mayor medida en elementos externos; el estudio llevado a cabo por este autor arroja da-

tos indicativos de que el primer tipo de individuos tiende a sobreestimar los cambios que se producen en algunas de sus funciones orgánicas (como en el caso del ritmo cardíaco). No obstante, Pennebaker ha sugerido que la percepción de síntomas podría explicarse igualmente en función de factores como el estado de ánimo, las cogniciones o el ambiente externo (Skelton y Pennebaker, 1982). Lo que parece concluirse, consiguientemente, es que el modo en que los individuos perciben los síntomas acabará por influenciar la manera en que interpreten su problema de salud.

De otro lado, autores como Moos y Schaefer (1984) han obtenido resultados empíricos que subrayan las diferencias individuales en la elección de las estrategias de afrontamiento de los sujetos para hacer frente a una situación de enfermedad. En este sentido, las variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo), los factores físicos y sociales del ambiente (accesibilidad a redes de apoyo social, condiciones de los cuidados de salud) o los aspectos relacionados con la propia enfermedad (dolor, incapacidad funcional) acaban por afectar a la valoración cognitiva que las personas realizan en relación a su problema de salud lo que, a su vez, afectará al tipo de estrategias de afrontamiento que acaben por adoptar para solucionar el mismo.

Al hilo de esto, Taylor y colaboradores (Taylor, 1983; Taylor, Lichtman y Wood, 1984) han obtenido resultados que indican que el proceso de afrontamiento a la amenaza que puede suponer una enfermedad viene determinado por tres aspectos: la búsqueda de un significado para la situación, la búsqueda del modo en que la misma puede ser manejada y un proceso constante de autodominio, en el sentido de que el sujeto considere que puede hacer frente a lo que está ocurriendo. La combinación de estos tres elementos, atendiendo a lo señalado por los autores, acaba por desarrollar y mantener unas ciertas ilusiones que contribuyen a facilitar la adaptación cognitiva a la situación, en tanto que se constituyen en interpretaciones positivas de la realidad. De este modo, aquellos individuos que muestran mayor ilusión por salir de su estado de enfermedad, son quienes tienden a afrontar de modo más adaptativo la misma.

Para finalizar, cabe señalar que este cuerpo de investigaciones tan sólo apoya empíricamente algunos de los elementos que contempla el modelo de autorregulación de la conducta de enfermedad. Además, aun

cuando éste pueda poseer cierto valor heurístico, sus postulados se fundamentan en los resultados de entrevistas clínicas. Tratándose de una formulación cuyo aspecto central son las cogniciones relacionadas con la enfermedad, podría ocurrir que éstas acaben por ser, en parte, un artefacto del tipo de preguntas que se formulen. Asimismo, el modelo asume que las cogniciones están claramente definidas y que son consistentes entre las diferentes personas. Sin embargo, tal y como se apuntó al aludir a los modelos teóricos en torno a las conductas saludables, los sujetos no necesariamente procesan la información de modo racional; además, las creencias respecto a una situación determinada podrían venir explicadas por otro tipo de variables que el modelo no contempla, entre las que cabría citar las expectativas de autoeficacia, el lugar de control para la salud o la percepción de vulnerabilidad.

1.3. Estrés, salud y enfermedad

Si hay una cuestión que haya despertado el máximo interés por parte de la disciplina psicológica y, concretamente, dentro del ámbito de la psicología de la salud esta es, sin duda, la referida al estrés.

Existe un amplio cuerpo de resultados que evidencian la presencia de estrés en el curso de numerosas enfermedades crónicas. Asimismo, la percepción subjetiva de estrés correlaciona negativamente con la calidad de vida, entendida ésta como aquel conjunto de sentimientos subjetivos de bienestar hacia la propia vida. De otro lado, la enfermedad crónica se caracteriza por el detrimento de las diversas dimensiones que conforman el constructo de la calidad de vida. Así, salud (como extremo opuesto del continuo en cuyo otro polo se situaría la enfermedad), calidad de vida y estrés se constituyen en variables que, de una manera u otra, guardan relación.

Desde que Selye acuñase el término, la proliferación de publicaciones al respecto es incuestionable. Este largo recorrido de más de cuarenta años de duración muestra cómo ha ido variando el concepto de estrés hasta posicionarse hoy día como un proceso en el que convergen múltiples factores de muy diversa índole.

Así, y partiendo de una perspectiva eminentemente biologicista, interesada por las respuestas de estrés, representada por las formulaciones de Cannon y, posteriormente, de Selye (1950/1954) o, en líneas más ac-

tuales, de Everly (1989) y de Labrador (1992; Labrador y Crespo, 1998), estos planteamientos han centrado su interés, principalmente, en las respuestas fisiológicas implicadas en el estrés, de un lado, y en las consecuencias biológicas que el mismo tiene sobre el funcionamiento del organismo, de otro. Por tanto, desde esta perspectiva el estrés puede ser causante (al menos parcialmente) de ciertos trastornos de la salud.

En este sentido, es la reactividad psicofisiológica la que se erige en el mecanismo explicativo fundamental del estrés como factor de riesgo para la salud, a partir de las tres vías de actuación que aquél puede tener: la psicofisiológica directa, la vía neuroendocrina y la neuroinmunitaria, lo que permite relacionar el estrés con, prácticamente, cualquier enfermedad física (Vila, 1996). Así, existen numerosos estudios que muestran la sensibilidad de las funciones endocrinas e inmunitarias a los efectos del mismo (algunas revisiones recientes sobre esta cuestión son las efectuadas por Aller et al., 1996; Borrás, 1994; Herbert y Cohen, 1993 y O'Leary, 1990). De hecho, ya fue sugerido tiempo atrás por Selye (1976) que la liberación de hormonas comúnmente asociadas al estrés (como la ACTH, la hormona encargada de estimular el córtex adrenal segregando corticoesteroides, o las catecolaminas —en particular la epinefrina—) pueden tener consecuencias negativas sobre el medio endocrino que podrían aumentar la vulnerabilidad a padecer determinados problemas de salud, tales como el cáncer, los trastornos cardiovasculares o los gastrointestinales, entre otros. Recientemente, además, se ha venido aludiendo al concepto de *alostasis* que reflejaría la posibilidad de que se produzcan cambios a nivel fisiológico debido a un incremento constante del nivel de actividad. Así, la acumulación de acontecimientos estresantes (en tanto que aversivos) acabaría por provocar un desgaste de determinados órganos-diana lo que conllevaría, a largo plazo, a enfermar (Ávila y Parcet, 1999; McEwen, 1995; Sterling y Eyer, 1988).

De otro lado, el estrés se ha ido adoptando como tema de crucial interés por la perspectiva psicológica interesada, primero, en la consideración del mismo desde una posición eminentemente estimular como la representada por Holmes y Rahe (1967) en el estudio de los sucesos vitales estresantes, o por Kanner, Coyne, Schaefer y Lazarus (1981) centrados en el análisis de las situaciones de tensión crónica mantenida o "fas-

tidios cotidianos” hasta la formulación comúnmente aceptada que lo define como una transacción particular entre individuo y medio (Folkman y Lazarus, 1985; Lazarus, 1966; Lazarus y Folkman, 1984/1986; 1987), en cuya interacción tienen cabida tanto los elementos estimulares como las características de las respuestas dadas por los individuos, tratándose de un planteamiento cuyo interés se centra en los mecanismos cognitivos y emocionales implicados en el modo en que los individuos afrontan el estrés.

Así, el análisis del estrés desde la perspectiva del ámbito psicológico interesado en el estudio de los fenómenos asociados a la salud se ha ocupado de los factores subjetivos e individuales que tiene la enfermedad sobre las personas. En esta línea se considera que la enfermedad, caracterizada por un estado de cronicidad, se constituye en una situación de tensión crónica mantenida (como condición estimular estresante), de mayor o menor gravedad, a la que el individuo ha de hacer frente. Consiguientemente, la enfermedad sería vista, desde esta posición, como una situación causante de estrés que hay que afrontar.

1.3.1. *Afrontamiento, salud y enfermedad*

Aun cuando no demasiado larga, es densa la línea de investigaciones que se ha ido dibujando en torno a las estrategias de afrontamiento (entendidas como acciones específicas y concretas) que utilizan los sujetos aquejados de trastornos de salud para hacer frente a las diversas implicaciones que se derivan de dicha situación. Los hallazgos empíricos apuntan de forma unánime hacia que un afrontamiento caracterizado por un cierto espíritu de lucha y por la negación de la enfermedad (entendiendo la misma en un sentido adaptativo en tanto que favorece la confianza en la curación y los deseos de trabajar por ello) resultaría ser un factor más protector que un afrontamiento pasivo caracterizado por sentimientos depresivos que llevan a no hacer nada. Asimismo, los resultados arrojados por numerosos estudios llevan a concluir que el afrontamiento centrado en el problema se muestra especialmente útil en el caso de tratarse de problemas de salud que, de algún modo, quedan bajo el control de los sujetos. Sin embargo, ante otro tipo de enfermedades resulta más adaptativo el uso de estrategias de afronta-

miento centradas en el control emocional (Christensen, Benotsch, Wiebe y Lawton, 1995).

En algunos de estos trabajos lo que se sugiere es que las características del contexto estresante considerado propician el uso de uno u otro tipo de estrategias. Concretamente, la controlabilidad de la situación figura como un elemento determinante de la utilidad de una estrategia de afrontamiento particular (Felton y Revenson, 1984). Por tanto, las estrategias centradas en el problema y dirigidas a la modificación de alguna de las condiciones de la situación estresante, están asociadas a resultados más positivos solamente en aquellos casos en que el contexto permita la puesta en práctica de esfuerzos por ejercer algún control. Por el contrario, en caso de tratarse de estresores relativamente incontrolables, las acciones dirigidas a una regulación emocional o a una revaloración de las circunstancias resultarían más adaptativas. Lazarus (1993) va un paso más allá y enfatiza que las características del contexto estresante no sólo propician el uso de estrategias de afrontamiento distintas, sino que éstas han de ser forzosamente diversas dependiendo del contexto estresante de que se trate. Así, en función de las posibilidades de control que ofrezca cada enfermedad concreta será más adaptativo el uso de estrategias de afrontamiento más o menos activas.

Por tanto, desde la perspectiva transaccional del estrés, profusamente argumentada por Lazarus y colaboradores, el afrontamiento no debiera conceptuarse como un estilo estable, del mismo modo que las dimensiones de personalidad no debieran constituirse en determinantes de los diversos modos de afrontamiento. Sin embargo, en la actualidad, otros trabajos tienden a defender que los rasgos de personalidad se constituirían en moduladores del curso del proceso de estrés.

Concretamente, se postula que determinadas variables de personalidad pueden actuar como precursoras o controladoras de los efectos que el estrés tiene sobre el individuo, lo cual ha llevado a algunos autores a considerarlas como recursos personales internos con los que el individuo cuenta para incrementar su potencial en el abordaje efectivo del estrés (Jerusalem y Schwarzer, 1989) o como mediadores que canalizan el estrés, constituyéndose en un sistema funcional independiente, dependiendo del individuo de que se trate y del foco estresor (Pelechano, Matud y de Miguel, 1994). En esta línea, se ha venido analizando el papel

que desempeñan la autoestima, la autoeficacia, la afectividad positiva, el neuroticismo, la extraversión, el lugar de control, la firmeza y el sentido de coherencia, la represión emocional o la alexitimia, entre otras (Fernández Castro, 1999; Sánchez Cánovas y Sánchez López, 1994).

Animados por los resultados obtenidos en torno al uso que hacen los individuos de estrategias de afrontamiento similares en diferentes contextos estresantes, autores como Carver, Scheier y Weintraub (1989) se plantean la posibilidad de que ciertas características de personalidad predispongan a las personas a afrontar de modo distinto. Los autores acaban concluyendo que los rasgos de personalidad y las disposiciones de afrontamiento ocupan un importante papel (complementario más que competitivo) en el afrontamiento situacional. Amparados en la evidencia empírica resultante de su estudio, sostienen que el afrontamiento se relaciona con diversas cualidades de la personalidad, aunque no deban concebirse como aspectos idénticos.

Lo cierto es que cada vez han ido surgiendo posiciones más cercanas a la concepción de la personalidad como mediadora de la relación entre estrés y bienestar personal, o estrés y salud. Desde una posición más contundente, Houtman (1990) defiende que los modos de afrontamiento específicos, que se traducen en conductas específicas, están predispuestos por rasgos de personalidad, lo cual deriva a estilos de afrontamiento relativamente estables, de modo que la distinción que se realiza a esos tres niveles (personalidad, estilos y conductas de afrontamiento) radica en el grado de abstracción del discurso empleado.

1.3.2. *Personalidad, salud y enfermedad*

El análisis de la relación entre personalidad y salud y, particularmente, entre variables de personalidad y enfermedad, viene de antiguo, si se considera que ya Hipócrates y Galeno hicieron referencia a la presencia de ciertas características o, más específicamente, "temperamentos" como propiciadores de algunos tipos de enfermedades, planteamientos que serían recogidos posteriormente por autores representativos de los inicios de la medicina psicosomática (v.g. Alexander).

En los últimos 25 años numerosos estudios han ido engrosando un importante cuerpo investigador cuyo

referente principal es el papel jugado por la personalidad como factor contribuyente a la salud o a la enfermedad. En concreto, el interés sobre esta cuestión se ha centrado en aquellos constructos teóricos dirigidos a explicar la capacidad predictiva que tiene la expresión emocional sobre la salud y sobre la morbilidad de ciertos trastornos (Martínez-Sánchez, 1999). Así, desde el trabajo pionero de Friedman y Rosenman (1959), respecto de lo que acabó por denominarse patrón de conducta Tipo A, hasta los postulados más recientes con relación al cáncer y lo que viene conociéndose como personalidad Tipo C, el número de artículos científicos, monográficos y capítulos de libro con relación a esta cuestión es, ciertamente, ingente. De ahí que, en estos momentos, tan sólo sea posible dibujar una cierta panorámica sobre esta cuestión.

Comenzando por el patrón de conducta tipo A, concebido como un complejo acción-emoción utilizado por ciertos individuos como modo de enfrentarse a los problemas y demandas del medio externo, desde una perspectiva conceptual este patrón o estilo comportamental representa una interacción entre ciertos atributos de personalidad y el medio social, y se caracteriza por un conjunto de conductas manifiestas que se producen en asociación con, y en respuesta a, las situaciones externas que son percibidas como potencialmente estresantes y/o desafiantes (Byrne y Rosenman, 1986; Rosenman, 1996; Rosenman, Swan y Carmelli, 1988). Por tanto, el patrón de conducta tipo A puede categorizarse como un constructo multidimensional, en tanto que se trata de una constelación de conductas que son utilizadas como estrategias para controlar el medio, y bajo el que subyace un fuerte componente de ansiedad, como una reacción emocional biológica útil para afrontar el peligro que tiene implicaciones fisiológicas muy concretas, tales como un aumento de la respuesta cardíaca, que acaba por dirigirse al sistema músculo-esquelético y al corazón, lo que acarrea cambios similares a los que acontecerían al realizar un ejercicio muscular enérgico (Rosenman, 1996; Rosenman y Palmero, 1998).

Por lo que se refiere al patrón de conducta Tipo A como factor de riesgo coronario, en la década de los 80 se planteó una gran controversia en torno a la utilidad de este constructo como fenómeno explicativo de la enfermedad cardiovascular. Esto derivó en dos grandes

estudios basados en la metodología de meta-análisis: el llevado a cabo por Booth-Kewley y Friedman (1987) y el realizado por Matthews (1988). Aunando las conclusiones de ambos estudios cabe afirmar que no puede considerarse el Tipo A, tomado como constructo multidimensional, como un factor fiable para la predicción de la enfermedad cardíaca. Por contra, estudios prospectivos recientes (v.g. Adler y Matthews, 1994) sugieren que los individuos Tipo A no poseen mayor riesgo que otros individuos a sufrir un infarto o a morir a causa de trastornos coronarios.

De hecho, actualmente se ha perdido gran parte del interés por el Tipo A como predictor de enfermedades cardiovasculares, centrándose las líneas de investigación más novedosas en el estudio de los componentes asociados a la ira y la hostilidad, consideradas como componentes del Tipo A (Yuen y Kuiper, 1991). En este sentido, cabe destacar el trabajo de Spielberger (Spielberger, Jacobs, Russell y Crane, 1983; Spielberger, Krasner y Solomon, 1988), quien ha realizado el esfuerzo de formular un modelo más plausible conocido como *síndrome AHA* (*anger-hostility-agresion*: ira-hostilidad-agresión). Los resultados de diversas investigaciones indican que es la reactividad fisiológica el factor que puede sugerirse como posible explicación entre la ira-hostilidad y la salud. En este sentido, la hipótesis que se baraja en la mayoría de los trabajos es la de que los individuos hostiles presentan una exagerada responsividad fisiológica ante el estrés, lo que acarrea un incremento en la presión sanguínea y los niveles neuroendocrinos, un patrón de respuesta fisiológica que, repetido con frecuencia, puede tener como consecuencia el desarrollo de trastornos coronarios (Fernández-Abascal y Martín, 1995).

De otro lado, y en lo referido a lo que ha acabado por denominarse patrón de conducta Tipo C, en el transcurso de los últimos 30 años el análisis de la relación entre las características de personalidad, los estilos de comportamiento y su relación con ciertas enfermedades (como el cáncer) ha derivado en un importante número de publicaciones en el ámbito de la psicología científica. Los objetivos perseguidos en muchas ellas han ido dirigidos a establecer las diferencias individuales en las respuestas a determinados estresores y analizar las variaciones en las respuestas fisiológicas, en función de que las emociones sean o no expresadas.

Así, varios estudios correlacionales apoyan la idea de que cuando los individuos inhiben sus pensamientos y sus emociones incrementan las posibilidades de padecer problemas de salud, si bien los mecanismos causales precisos de tal relación aún no han podido ser claramente identificados. Lo cierto, no obstante, es que algunas investigaciones vienen mostrando que, de hecho, la expresión de sentimientos negativos o referidos a acontecimientos que han resultado ser traumáticos para los sujetos reduce el número de consultas médicas (v.g. Pennebaker, 1995; Pennebaker y Beall, 1986; Pennebaker, Colder y Sharp, 1990; Pennebaker, Kiecolt-Glaser y Glaser, 1988) y mejora la función inmunitaria de los mismos (Harber y Pennebaker, 1991). Frente a esto, la represión emocional ha sido entendida por algunos como un rasgo de personalidad que predispone a la enfermedad y que viene explicada por una hipersensibilidad ante nuevos estímulos, resultante de una alta activación tanto del Sistema Nervioso Central como del Sistema Nervioso Autónomo, lo que predispone al individuo a desarrollar ciertas enfermedades, particularmente las relacionadas con el estrés (Pennebaker, 1993).

Esta parece ser la conclusión que puede extraerse cuando se analiza la exhaustiva revisión realizada por Gross (1989) sobre un total de 18 estudios efectuados desde principios de los 50 (v.g. Blumberg, West, y Ellis, 1954) hasta mediados de los 80 (v.g. Temoshok, 1985). En estos estudios, se ha venido categorizando a los individuos que presentan un patrón comportamental caracterizado por una falta de expresión de emociones como represores, alexitímicos² o representativos de una personalidad Tipo C (tal y como la denominaran Morris y Greer, 1980). Los resultados de

² Lo cierto es que el concepto de alexitimia ha sido tradicionalmente analizado por parte de la comunidad psiquiátrica, si bien, actualmente, desde la disciplina psicológica algunos autores están comenzando a estudiar este fenómeno como relevante para el proceso salud-enfermedad (para una revisión al respecto puede consultarse a Martínez-Sánchez, 1999, y a Páez y Velasco, 1993). En cualquier caso, se trata de un concepto distinto al de la inhibición o represión emocional característica del patrón de comportamiento Tipo C, por cuanto que la alexitimia es entendida como la dificultad para describir sentimientos, lo que viene explicado por un déficit de conciencia emocional, una constricción de los procesos simbólicos y un estilo cognitivo externo, lo que acaba por reflejarse en una dificultad cognitiva para procesar y regular las emociones.

la revisión efectuada llevan a afirmar al mencionado autor que, atendiendo a los datos arrojados en estas investigaciones, la variable "expresión emocional" no sólo parece estar presente en la progresión de una enfermedad como el cáncer sino que, incluso, puede constituirse en un predictor del comienzo de la enfermedad, lo que ha sido defendido con posterioridad por algunos autores (v.g. Eysenck, 1994).

Desde luego existen datos que sugieren que las personas que padecen cáncer muestran un comportamiento emocional característico que las diferencia de sujetos sanos (Amorós, Anarte, Esteve, López y Ramírez, 1998; Eysenck, 1994; Fernández-Ballesteros, Ruiz y Garde, 1998; Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Ruiz, Sebastián y Spielberger, 1997; Greer y Morris, 1975; Grossarth-Maticsek, Bastiaans y Kanazir, 1985; Kneier y Temoshok, 1993; Pettingale, Watson y Greer, 1984; Sebastián, Mateos y Bueno, 1997; Temoshok, Heller, Sagebiel y Blois, 1985; Van der Ploeg, Kleijn, Mook y Van Donge, 1989; Watson et al., 1991). En cualquier caso, aún no ha surgido un cuerpo de investigaciones sistemáticas y coordinadas que permitan llegar a conclusiones irrefutables. Las diversas perspectivas de investigación adoptadas (en lo referido tanto al tipo de diseños utilizados como a los instrumentos confeccionados para la evaluación del supuesto constructo), y los esfuerzos individualistas al respecto, han tendido a oscurecer el panorama.

Y es que uno de los problemas fundamentales en la investigación del llamado patrón de conducta o de personalidad Tipo C se debe a que no existe un claro acuerdo acerca de cuáles son las variables psicológicas definitorias del mismo (López Martínez, Esteve, Ramírez y Anarte, 1998). La escasa veintena de años en los que vienen desarrollándose estos trabajos permite afirmar que el estudio de este patrón de personalidad está aún en sus inicios, y que es necesario continuar realizando investigaciones en esta línea que ayuden a dilucidar de modo más preciso la relación entre este estilo de comportamiento y la propensión a desarrollar una enfermedad neoplásica.

2. ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN DE LA PSICOLOGÍA EN PROBLEMAS DE SALUD

La psicología de la salud, además de interesada en la investigación de los factores psicológicos presentes en

el proceso de la salud-enfermedad, se erige en un ámbito eminentemente aplicado, de entre cuyos cometidos la intervención para la resolución de problemas específicos —en este caso, los relacionados con la salud— ocupa un papel central. No obstante dicha intervención ha de entenderse como una práctica técnica amparada en una metodología científica, de tal suerte que permita extrapolar al ámbito aplicado aquellos fundamentos conceptuales de la psicología, derivados de una investigación sistemática, que posibiliten generar procedimientos eficaces para poder provocar el cambio deseado. No en vano, los procedimientos diseñados con el intento de desarrollar estrategias efectivas de intervención en el ámbito de la psicología de la salud han discurrido de modo paralelo a las investigaciones que se han venido efectuando en torno a los aspectos que han sido mencionados anteriormente.

Desde el ámbito de la psicología de la salud el concepto de intervención amplía el horizonte terapéutico, constituyéndose en modos de quehacer que incluyen objetivos distintos a los tradicionalmente recogidos bajo el término "tratamiento psicológico". Así, intervenciones dirigidas a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, a la colaboración en la rehabilitación de la enfermedad o al incremento de la calidad en las relaciones de los profesionales de la salud y los usuarios a quienes atienden, son algunos —no todos, desde luego— de los campos de intervención en los que viene ocupándose la psicología de la salud en su, todavía, corta pero densa trayectoria. Las últimas páginas de esta contribución se centran sucintamente en estos tres aspectos.

2.1. Prevención y promoción

Muchos de los problemas de salud que en la actualidad aquejan a la humanidad guardan directa relación con los comportamientos que se ejecutan. Asimismo, dichos comportamientos comparten "*características funcionales comunes*", utilizando la terminología de Bayés (1991a), que permiten un análisis de los mismos en términos similares. De ahí que la prevención y la promoción de la salud vayan dirigidas a modificar, instaurar o potenciar ciertas conductas, aquéllas que se constituyen bien en hábitos nocivos, bien en inmunógenos conductuales protectores de la salud.

El objetivo genérico de la prevención es minimizar los hábitos de riesgo, entendidos como aquellos comportamientos que tienen como efecto un incremento de la probabilidad de enfermar. Dichos comportamientos han de ser analizados, si el objetivo implícito es el de garantizar la eficacia de una política preventiva, desde dos perspectivas: los factores que pueden influir en su iniciación y los responsables de que dichas conductas se mantengan, a pesar de su efecto nocivo (Bayés y Ribes, 1989). En esta línea, resultan especialmente atractivas las aportaciones de Diclemente y Prochaska (1985) y de Prochaska, Diclemente y Norcross (1992) con relación a la existencia de diferentes momentos dentro de lo que constituiría un proceso preventivo: a) no haberse planteado nunca la posibilidad de prevenir un determinado trastorno; b) comenzar a plantearse la posibilidad sin que ello lleve necesariamente al inicio de conductas preventivas y c) llevar a cabo los comportamientos preventivos. El que los individuos se hallen en una fase u otra será de especial relevancia a la hora de adoptar modos de intervención preventiva específicos. Será, por tanto, esta suerte de aspectos los que sean considerados en este momento, por cuanto entrar en un detallado análisis respecto de qué constituye la prevención desde una amplia perspectiva psicológica excede a las pretensiones que desde aquí se persiguen (no obstante, se dispone de magníficas revisiones sobre esta cuestión en las publicaciones de Blaxter, 1990; Fernández-Ríos, 1994 o Wallack, Dorfman, Jernigan y Themba, 1993, por citar algunos de los monográficos más recientes).

De otro lado, la promoción de la salud tiene por objetivo facilitar que los individuos ejecuten prácticas saludables que acaben por potenciar sus capacidades funcionales, psicológicas, físicas y sociales. La cuestión implícita en la promoción de la salud es el análisis de quién practica tales comportamientos y por qué (Sarafino, 1994). Lo cierto es que la investigación disponible muestra que los seres humanos son poco consistentes en sus prácticas de salud. Como se ha señalado anteriormente, que un individuo decida llevar a cabo comportamientos protectores de su salud depende de diversos factores, cuyas relaciones son ciertamente complejas. De ahí que el foco primario de atención de la promoción de la salud no sólo vaya dirigido a instaurar ciertos comportamientos, sino también a la consideración de factores intrapersonales, tales

como las actitudes o las creencias que mediatizan la conducta (Bennet y Murphy, 1997; Spacapan y Oskamp, 1988; Winett, 1995).

En la actualidad, la intervención dirigida a prevenir hábitos de riesgo y a promover conductas saludables queda aunada bajo lo que se conoce como educación para la salud, en tanto que lo que subyace a ambos aspectos es la modificación del estilo de vida, objetivo primordial de este particular modo de intervenir.

Es abundante la literatura que ha acabado por generar el concepto de estilo de vida dentro del ámbito de la psicología de la salud. El concepto de estilo de vida sería introducido de lleno dentro de la psicología a partir de los planteamientos de la "psicología individual" que defendiera Adler, quien acaba considerándolo como una estructura integradora del comportamiento individual que le otorga sentido, regulando la vida del individuo (Ibáñez, 1991). Serían, posteriormente, las posiciones más empiristas de la psicología de principios de siglo las que terminarían por subrayar el carácter empírico del concepto en cuestión, considerándolo como un comportamiento que ha adquirido un cierto grado de automatización y que se rige por las leyes generales del aprendizaje.

Y es ésta, precisamente, la concepción bajo la que actualmente se entiende el estilo de vida dentro del ámbito de la psicología de la salud: un conjunto de conductas, dirigidas al mantenimiento adaptativo del individuo, que se rigen bajo los patrones sociales de su comunidad de pertenencia (en el sentido de Sarason, 1974), reguladas por principios de aprendizaje y que intervienen, directa o indirectamente, en el modo en que los individuos acaban por propiciar o deteriorar su estado de salud. De ahí, que el objetivo genérico de la educación para la salud sea la modificación o la instauración de ciertos estilos de vida, poniendo particular énfasis en el componente conductual de la salud, bajo la premisa de que las personas están sanas por lo que hacen y no sólo por lo que conocen.

Desde las primeras definiciones que se aportaron sobre la educación para la salud hasta hoy en día, han transcurrido casi cinco décadas. Sin embargo, no es mucha la variación que ha sufrido la conceptualización de este particular modo de intervención, pudiendo definirse el mismo como un conjunto de estrategias dirigidas a dotar a los individuos de los conocimientos, las actitudes y los comportamientos necesarios para

facilitar la práctica de estilos de vida saludables de forma autónoma y competente, y/o dificultar el mantenimiento de los insalubres, dentro del marco de un determinado contexto social. Obsérvese que no se trata tan sólo de dotar de información, sin duda condición necesaria —e, incluso, representativa de uno de los elementos esenciales de la educación para la salud (Gil, 1997)— pero no suficiente (v.g. Bayés, 1991b; Pérez, Robles y Vila, 1996; Robles, Pérez y Vila, 1996); tampoco se centra exclusivamente en el cambio de comportamientos, requisito igualmente imprescindible. La modificación de las actitudes y las creencias que subyacen a dichos comportamientos es uno de los aspectos clave de la educación para la salud, en tanto que se constituyen en uno de los fenómenos que con mayor garantía pueden inducir al cambio conductual (v.g. Steptoe y Wardle, 1992; van der Pligt, 1998). Este es, justamente, el aspecto al que atienden los diversos modelos formulados en torno a las conductas saludables que fueron previamente descritos.

Así, entre los repertorios de conducta de los que ha venido ocupándose tradicionalmente la educación para la salud cabría citar:

- ✓ Dieta alimentaria (en tanto que una alimentación inadecuada se constituye en factor de riesgo para diversas enfermedades, como las cardiovasculares o el cáncer —v.g. Burke, Ginagliulo, Gillam, Beilin, Houghton y Milligan, 1999; Conner, Martin, Silverdale y Grogan, 1996; Glanz, 1997, 1999; Glanz et al., 1998; Kumanyika et al., 2000—).
- ✓ Consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias tóxicas (v.g. Amunátegui, 1997; Babor, Aguirre, Marlatt y Clayton, 2000; Becoña y Gómez-Durán, 1994; Gutman y Clayton, 1999; Leventhal y Cleary, 1980; Maciá y Méndez, 1991; Norman, Conner y Bell, 1999; Pascual, 1997; Repucci, Woolard y Fried, 1999; Sussman, 1997).
- ✓ Práctica regular de ejercicio físico (v.g. Burke et al., 1999; Costakis, Dunnagan y Haynes, 1999; Dishman, 1991; Marcus et al., 2000; Sallis y Hovell, 1990; Winett, 1998).
- ✓ Sexualidad segura (como medio para evitar el riesgo de embarazos no deseados, de enfermedades de transmisión sexual o del SIDA —v.g. Bayés y Ribes, 1989; Botella, Baños, Perpiñá y Ballester, 1998; Carey, 1999; Fisher, Fisher y Rye, 1995; García-Huete, 1991; Kelly y Murphy, 1992; Lawrence,

1993; Miller et al., 1997; Planes, 1993; 1994; Repucci et al., 1999; Sherr, 1998—).

Asimismo, se han desarrollado programas dirigidos a desarrollar prácticas adecuadas de higiene, de sueño, comportamientos que incrementen la seguridad vial o con el objetivo de prevenir la exposición de los individuos a agentes potencialmente nocivos (Costa y López, 1985; 1986).

Con estos propósitos, son diversos los modos que puede adquirir un programa de educación para la salud, maneras que van a variar en función del objetivo de que se trate, la población a la que vaya dirigido el programa o la constelación de conductas que quiera instaurarse y/o modificarse, amén, qué duda cabe, de los propios recursos con que se cuente. De este modo, tal y como indican San Martín y Pastor (1988), las posibilidades y límites de la educación para la salud se relacionan con la estructura de los comportamientos adquiridos en un determinado contexto social, con su variabilidad individual (dependiente, no obstante, de un cierto “determinismo social”) y con las propias normas y valores socioculturales. En cualquier caso, la educación para la salud es siempre concebida como un proceso de enseñanza-aprendizaje. De ahí que, aun cuando sea entendida como un modo de intervención necesariamente interdisciplinar, la participación de los profesionales de la psicología resulte primordial.

Consiguientemente, las iniciativas dirigidas a establecer programas de educación para la salud emplean, desde la perspectiva de la psicología, una variedad de métodos cuyo propósito es facilitar el cambio conductual y/o el mantenimiento de ciertos comportamientos. Dichos métodos se fundamentan en aquellas normas o reglas de actuación que guían el proceso de la intervención psicológica, cuando ésta es puesta en práctica correctamente. Por tanto, los programas de educación para la salud, vistos desde la disciplina psicológica, sean aplicados en grupo —la mayoría de las ocasiones— o individualmente, se rigen por una serie de fases que no varían respecto de aquellas que tradicionalmente se contemplan en los procesos de tratamiento psicológico (Fernández-Ballesteros, 1994b; Godoy, 1991, 1996): a) evaluación del problema; b) selección de las conductas-clave que requieren de intervención; c) selección de los procedimientos a utilizar para proceder a la intervención; d) aplicación del tratamiento elegido, y e) evaluación y valoración de

los resultados logrados, al finalizar la intervención y en momentos posteriores.

Este proceso, no obstante, ha adquirido modos particulares en educación para la salud, que reciben la denominación genérica de métodos de planificación (Costa y López, 1996). De entre ellos, posiblemente el más conocido sea el modelo *PRECEDE*, siglas que responden a los términos *Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation* (Green, Kreuter y Deeds, 1980)³. El modelo se estructura en una serie de fases secuenciales, que tienen como último eslabón el definir un plan de intervención específico. De este modo, el planteamiento sugiere que es necesario proceder a la identificación de los problemas-clave, a través del análisis de las conductas que preceden a los mismos y las variables con que las mismas se asocian.

Amparados en esta formulación, Costa y López (1996) han propuesto recientemente lo que han designado como modelo de planificación e intervención *PÍDICE*, acrónimo formado por las iniciales de los términos que se constituyen en los procesos más significativos de la planificación: Preparar, Identificar, Diseñar, Cambiar, Evaluar. Como puede verse, estas cinco fases tienen perfecta correspondencia con las que estructuran el proceso de intervención psicológica. De este modo, tal y como argumentan los mencionados autores, el modelo *PÍDICE* ayuda a rediseñar las variables críticas implicadas en los procesos de aprendizaje de determinadas prácticas conductuales, de modo que una modificación —en el supuesto de que fuese necesaria— de aquéllas resultase en nuevos comportamientos fáciles de llevar a cabo por parte de los individuos. Así, la fase de preparación implica identificar y caracterizar básicamente a la población que será objeto del programa, anticipando sus objetivos y necesidades educativas, estableciendo criterios para decidir si llevar a cabo un programa, definiendo el equipo de planificación e identificando los “frentes de entrada” en la comunidad (grupos organizados que desempeñan un papel significativo en el contexto social en el que vaya a ponerse en práctica la intervención). La fase de identificación, implica detectar las necesidades, los recursos y los problemas de salud de la población-diana, así como sus

prácticas de riesgo y los objetivos conductuales del programa. En un tercer momento, el diseño supone el establecimiento de los niveles que serán el objeto de cambio, identificando qué modificaciones son factibles, qué procedimientos y técnicas serán utilizados, qué indicadores se usarán para la valoración de los cambios y cómo han de definirse las condiciones del contexto educativo, todo ello con el propósito de lograr el establecimiento de un programa de intervención específico. La fase de cambio alude a la ejecución, propiamente dicha, de la intervención, en tanto que en la última fase de evaluación se procede al análisis y valoración de los resultados, lo que posibilita la toma de decisiones encaminada a modificar o mejorar aspectos específicos del programa puesto en práctica. Las técnicas psicológicas concretas que pueden conformar el diseño de la intervención no varían de las tradicionalmente utilizadas desde la disciplina psicológica, cuando se pretende producir una modificación en un comportamiento o conjunto de comportamientos concretos. No obstante, en tanto que la educación para la salud se concibe como un proceso de enseñanza-aprendizaje, suele ser frecuente la utilización de técnicas amparadas en la terapia de conducta.

2.2. Intervención en el proceso de rehabilitación de la enfermedad

El proceso salud-enfermedad ha de entenderse como un continuo en el que el estado de salud de un individuo puede hallarse más cercano al segundo de los extremos. En este caso, si bien la psicología de la salud asume la existencia de procesos biológicos como explicativos de la enfermedad, no es menos cierto que postula que el comportamiento de la persona, y de quienes la rodean, puede afectar —positiva o negativamente— al estado en que se encuentre. De ahí el interés de la disciplina psicológica y del ámbito de especialización en cuestión por contribuir a la rehabilitación de la enfermedad.

Resulta del todo imposible en estos momentos describir todas y cada una de las intervenciones que la psicología de la salud viene realizando a este respecto. No cabe sino pensar en la importante cantidad de manuales y monográficos, sin contar con artículos en revistas científicas, que vienen publicándose desde la década de los 70. Esto obliga, consiguientemente, a

³ Este modelo ha sido dado a conocer en nuestro país a través de Bimbela (1995; Bimbela y Gómez, 1994).

moverse bajo una cierta generalidad, en el deseo de que la misma resulte lo más clarificadora posible.

La intervención en el proceso de rehabilitación de la enfermedad podría configurarse como una serie de acciones dirigidas a "...organizar una sistemática para el estudio y conducción de los factores individuales, ambientales y relacionales, que puedan favorecer y/o perturbar la calidad del proceso de adaptación a la enfermedad" (C.O.P., 1998, p. 12). El ejercicio correcto de esta función, siguiendo las directrices del documento del C.O.P., implica atender a diversos objetivos:

- a) La identificación y la evaluación de las variables psicosociales que puedan incidir en la calidad de la atención prestada al paciente.
- b) El análisis de los factores psicosociales que pueden afectar al bienestar del individuo durante su enfermedad.
- c) Todo ello con el propósito de diseñar y poner en práctica programas de intervención dirigidos al control de las disfunciones psicosociales que puedan acompañar al proceso de enfermar y su tratamiento.

Así pues, la intervención psicológica en la rehabilitación de la enfermedad incluye una variedad de actividades que implican el diseño y realización de programas de ajuste a dicha situación, programas de preparación hospitalaria y de afrontamiento del proceso de hospitalización, intervenciones dirigidas a minimizar el estrés causado por el tratamiento biomédico (intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos invasivos, quimioterapia, radioterapia...) o el uso de estrategias de *counselling*, de consejo y asesoramiento, dirigidas a mejorar, en definitiva, la calidad de vida de los pacientes, incluso en caso de tratarse de enfermedades terminales. Asimismo, la intervención podría ir dirigida al paciente, a sus familiares, a los profesionales del sistema de cuidados de salud⁴ o

⁴ A este respecto, la intervención para ayudar a paliar el estrés de las profesiones asistenciales, de entre las que la medicina y la enfermería ocupan un papel protagonista, es otro de los cometidos de la psicología de la salud. Con este propósito, se han desarrollado estrategias de intervención dirigidas a minimizar lo que se conoce por el anglicismo *burnout* o "síndrome de estar quemado", de acuerdo a su traducción al castellano (algunas revisiones y programas de intervención sobre esta cuestión son las aportadas por Álvarez y Fernández, 1991; Gil-Monte y Peiró, 1997; Maslach y Jackson, 1982; Quick, Murphy y Hurrell, 1992, o Ramos, Montalbán y Bravo, 1997).

a todo este conjunto de individuos (Belar y Geisser, 1995). En lo referente al tipo de problemas de salud que suelen abordarse, éstos cubren una amplia gama de trastornos: los relacionados con el sistema inmunológico (cáncer y SIDA, fundamentalmente), con el sistema cardiovascular (hipertensión, cardiopatía isquémica, rehabilitación de pacientes post-infartados), con el sistema endocrino (como en el caso de la diabetes), con el sistema respiratorio (asma, por ejemplo) o con el sistema gastrointestinal (síndrome de intestino irritable, úlceras), amén de otros problemas como los debidos a la enfermedad renal, al padecimiento de dolor crónico, a los trastornos específicos de la mujer (dismenorrea, menopausia), así como el abordaje conductual de otros problemas de salud como el de la miopía, sin olvidar la intervención en cuidados paliativos dirigidos a la atención de los enfermos terminales.

El proceso de intervención psicológica seguido en la colaboración para la rehabilitación de la enfermedad no difiere del contemplado desde el paradigma de la psicología objetiva; por tanto, la intervención es considerada como una práctica técnico-científica. Desde esta perspectiva, sería necesario:

- a) Delimitar aquellas conductas específicas de la condición problemática (así, por ejemplo, la pérdida de memoria y de concentración en un individuo aquejado de SIDA puede ser debida a una posible demencia propia de los estadios avanzados de la enfermedad -v.g. Calvo, 1990-).
- b) Formular modelos teóricos respecto de las posibles funciones que podrían desempeñar ciertas conductas (en el dolor crónico, vaya por caso, las denominadas conductas de dolor -verbalizaciones y gestos de dolor- podrían adquirir un valor funcional en tanto que el paciente acabaría por lograr ciertos "beneficios" contingentemente a sus manifestaciones, tal y como reza el modelo operante formulado por Fordyce, 1976).
- c) Identificar la conducta clave, es decir aquella que en caso de ser alterada o modificada provocará cambios en otras conductas relacionadas, logrando que el problema cambie en la dirección en que se desea. En este sentido, es necesario la formulación de una hipótesis que guíe la intervención, propiciando la selección de las estrategias y técnicas más convenientes al caso (así, ante un

individuo aquejado de cefaleas tensionales podría ocurrir que fuesen determinadas situaciones de estrés las que provocaran el inicio del dolor; por tanto, sería esta variable sobre la que se haría necesario actuar para alterar lo que, siguiendo el ejemplo utilizado, podría parecer la conducta problema: el dolor de cabeza).

- d) Por último, es necesario el establecimiento de aquellas estrategias y técnicas que puedan resultar útiles para alterar las variables y conductas que contribuyen a explicar una determinada problemática. La elección de los procedimientos a utilizar deberá estar amparada, en cualquier caso, en la teoría que guíe el problema particular de que se trate y en los modelos teóricos derivados de la investigación empírica con relación a la eficacia diferencial de las diversas técnicas disponibles.

Así pues, dicho de otro modo, la intervención dirigida a colaborar en la rehabilitación de la enfermedad sigue, en líneas generales⁵, los mismos parámetros que cualquier proceso de intervención amparado en una psicología objetiva: evaluación, delimitación de las conductas que requieren de intervención, selección y aplicación de los procedimientos elegidos, y valoración de los resultados obtenidos (Broome y Llewelyn, 1995).

En lo que a la primera fase se refiere, en ocasiones la evaluación psicológica formará parte integrante del proceso de diagnóstico médico en sí mismo. A modo de ilustración, podría ser el caso en el supuesto de que se tratase de distinguir entre un dolor psicógeno y un dolor crónico benigno intratable. En otros momentos, la evaluación podría estar orientada hacia una toma de decisiones respecto de la elección del tratamiento médico más aconsejable dadas las características del caso (así, por ejemplo, el psicólogo podría valorar las consecuencias que una mastectomía completa podría tener sobre una paciente con un cáncer de

mama). En estos casos, puede acudir al arsenal de técnicas e instrumentos de evaluación de que dispone la psicología, en general, y la psicología de la salud, en particular. De hecho, han ido apareciendo diversas obras y manuales con contenidos específicos respecto de la evaluación en psicología de la salud, de donde puede extraerse una amplia diversidad de cuestionarios, formatos de entrevista y modelos de autorregistro útiles para la evaluación de diversos problemas de salud (v.g. Badía, Salamero, Alonso y Ollé, 1996; Bowling, 1995; 1997; Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996; Fernández-Ballesteros, 1994a; Gómez y Saburido, 1996; Lorig, Stewart, Ritter, González, Laurent y Lynch, 1996; Roa, 1995).

De otro lado, los procedimientos de intervención psicológica aplicados a los problemas de salud no difieren de los propios de la psicología; así pues, las técnicas psicológicas utilizadas en este ámbito provienen de las ya existentes, si bien son las englobadas bajo el rótulo de "modificación y terapia de conducta" las usadas en mayor medida. En líneas generales, la mayor parte del arsenal de los tratamientos psicológicos puede ser utilizado para tres objetivos generales (Parker, 1995): a) manejo de las condiciones ambientales que pueden contribuir a exacerbar determinada sintomatología, empeorando la situación del paciente o, por el contrario, que podrían mitigar el deterioro en los niveles de salud, mejorando la calidad de vida del individuo; b) modificar aquellos condicionantes cognitivos, afectivos y conductuales cuya función puede ejercer los mismos efectos descritos en el caso anterior; y c) reducir, cuando sea posible, la propia respuesta fisiológica inherente al problema de salud de que se trate. Al igual que lo señalado para el caso de la evaluación en psicología de la salud, han aparecido numerosos manuales compilatorios dirigidos a ilustrar las diversas intervenciones psicológicas que podrían efectuarse sobre los distintos problemas de salud. El número de los mismos se acerca a la centena, entre textos en castellano e inglés, por lo que resulta imposible referenciar todos ellos en estos momentos.

Habitualmente, la intervención practicada suele ampararse en una selección idiográfica de las técnicas terapéuticas, resultante de la evaluación conductual previamente realizada. Sin embargo, existen aplicaciones nomotéticas de determinados programas de tratamiento prescritos ante problemas de salud concretos

⁵ El matiz es necesario puesto que la intervención del psicólogo de la salud puede desarrollarse en contextos y circunstancias específicas (v.g. medios hospitalarios). Así, las labores de interconsulta y enlace requieren en ocasiones de una intervención puntual a petición de los profesionales sanitarios responsables del paciente hospitalizado, en cuyo caso el procedimiento a seguir podría variar del anteriormente descrito. No obstante, aun en ese caso, se requieren de directrices específicas alejadas de una praxis meramente intuitiva o sujeta al "ojo clínico".

(tal es el caso de la terapia psicológica adyuvante de Moorey y Greer, 1989, o la ya mencionada terapia comportamental innovadora y creativa, de Eysenck y Grossarth-Maticek, 1991, ambas dirigidas al tratamiento de pacientes aquejados de cáncer; asimismo, cabe referirse al programa de automanejo de la artritis de Standford, descrito por Lorig, Mazonson y Holman, 1993, o al programa de tratamiento del dolor ideado por Philips, 1990, por citar tan sólo algunos ejemplos).

2.3. Mejora de la relación profesional-usuario

Una de las principales razones que puede argumentarse para justificar el interés por parte de la psicología de la salud en la intervención dirigida a mejorar la calidad de la relación profesional-usuario es la de la consideración de la influencia que dicha interacción tiene sobre el cumplimiento y la adherencia a las prescripciones médicas por parte de los pacientes.

El tema del cumplimiento es claramente relevante, por cuanto que puede reducir de modo ciertamente importante el beneficio que resultaría del tratamiento aplicado, incrementando severamente los costes del cuidado de la salud que, de no darse el problema, posiblemente se verían reducidos. Asimismo, podría tener como consecuencia que una intervención, sobradamente eficiente y correcta, acabe por ser considerada como no pertinente debido a la falta de adherencia del paciente. Y en tercer lugar, si bien obviamente no por ello menos importante, la falta de adherencia al régimen terapéutico acaba por afectar al estado de salud del paciente, incrementando la morbilidad. No es de extrañar, consiguientemente, que la cuestión del cumplimiento sea considerada como un problema de primera magnitud en los cuidados de salud, hasta el punto de que ha acabado por acaparar la atención de muchos investigadores, lo que se ve reflejado en la publicación de varios manuales y monográficos al respecto (v.g. Haynes, Taylor y Sackett, 1979; Myers y Midence, 1998; Shelton y Levy, 1981; Stuart, 1982).

Posiblemente sea la definición de Haynes (1979) la más conocida de las diversas que se han aportado en torno al cumplimiento. Siguiendo a este autor, se entiende por adherencia el grado en el que el comportamiento de un individuo —en relación a la toma de medicación, seguir una dieta alimentaria, cambiar de

estilo de vida, etc.— coincide con el consejo y las recomendaciones médicas. Consiguientemente, el término adherencia o cumplimiento alude a la realización de determinadas conductas de autocuidado (que podrán variar en función del problema de que se trate) implicadas en el tratamiento de un problema médico concreto, en función de los resultados de la evaluación de la condición de salud específica, al objeto de optimizar al máximo los recursos ofrecidos por el tratamiento (Beléndez y Méndez, 1995). Por tanto, con este concepto se está haciendo referencia a una diversidad de conductas, en distintos momentos y circunstancias, lo que implica considerarlo como un fenómeno múltiple y complejo.

Han sido diversos los factores psicosociales analizados con relación a sus implicaciones en la adherencia y cumplimiento de las prescripciones de salud (Masur y Anderson, 1988). Entre ellos, cabría destacar las características demográficas del paciente, sus creencias y actitudes respecto a su estado de salud (muy relacionadas con las conductas saludables y enfermedad descritas en el anterior apartado), el apoyo social con el que cuente, la propia complejidad del tratamiento prescrito y, como ya ha sido mencionado, la interacción entre quien prescribe una determinada terapéutica y aquél a quien ésta va dirigida. De hecho, la mejora en la comunicación es uno de los aspectos sobre los que se efectúa la intervención practicada desde la psicología de la salud, a través de entrenamientos específicos para los profesionales sanitarios en el tipo de habilidades que esta particular interacción requiere.

No obstante, se han desarrollado otras estrategias dirigidas específicamente a instruir al paciente respecto del seguimiento de su régimen terapéutico. De entre ellas, posiblemente han sido la educación para la salud y los programas de autocontrol las utilizadas con mayor frecuencia (Dunbar-Jacob, Burke y Puczynski, 1995; Ferrer, 1995; Leventhal, Diefenbach y Leventhal, 1992; Masur y Anderson, 1988). A su vez, estos modos de intervención incluyen técnicas específicas basadas, principalmente, en procedimientos operantes (v.g. control estimular, manejo y contrato de contingencias) y en estrategias cognitivas (v.g. autoinstrucciones, inoculación de estrés, solución de problemas y toma de decisiones). En líneas generales, el uso de estos procedimientos parece incrementar los niveles de cumplimiento de modo considerable.

Sin embargo, no es menos cierto que, a pesar de la abundante literatura respecto del tema en cuestión, es patente la escasez de estudios bien controlados a nivel metodológico en relación a la eficacia diferencial de las diversas intervenciones. Asimismo, son pocas las investigaciones dirigidas a la identificación de factores que podrían predecir, a medio y largo plazo, la adherencia al régimen terapéutico de una determinada población (v.g. personas con diabetes o hipertensas). De hecho, no existe aún un modelo comprensivo y con validez conceptual demostrada dirigido a explicar el complejo fenómeno de la adherencia. Se trata de otro de los muchos retos que la psicología de la salud aún tiene por delante.

Las páginas anteriores no han pretendido sino ofrecer una panorámica respecto de las principales cuestiones que acaparan el interés de la psicología de la salud, sin que con ello se agoten, desde luego, todos los contenidos de esta reciente especialidad de la disciplina psicológica. La descripción de los asuntos a los que atiende un determinado ámbito ayuda a clarificar su marco conceptual; al menos ésta ha sido la intención. Y como puede verse, son muchos los aspectos que delimitan el terreno de investigación e intervención de la psicología de la salud lo cual parece que permite augurar una larga, intensa y saludable vida para este reciente ámbito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adler, N.E. y Matthews, K. (1994). Health psychology: why do some people get sick and some stay well. *Annual Review of Psychology*, 45, 229-259.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Aller, M.A., Lorente, L., Arias, J.L., Rodríguez-Fabián, G., Alonso, M.S., Begega, A., López, L., Rodríguez-Gómez, J. y Arias, J. (1996). La respuesta psico-neuro-inmuno-endocrina en fisiología y patología. *Psicothema*, 8, 375-381.
- Amorós, F.J., Anarte, M.T., Esteve, R., López, A.E. y Ramírez, C. (1998). ¿Es el patrón de conducta Tipo C característico de personas con cáncer? I Congreso Nacional de Psicología. Madrid.
- Amunátegui, L.F. (1997). Prevención del consumo de drogas en adolescentes. En G. Buena-Casal, L. Fernández-Ríos y T.J. Carrasco (Eds.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (pp. 177-190). Madrid: Pirámide.
- Ávila, C. y Parcet, M.A. (1999). Mecanismos cognitivo-conductuales en la ansiedad y el estrés. En E.G. Fernández-Abascal y F. Palmero (Coords.), *Emociones y salud* (pp. 349-364). Barcelona: Ariel.
- Babor, T.F., Aguirre-Molina, M., Marlatt, G.A. y Clayton, R. (2000). Managing alcohol problems and risky drinking. *American Journal of Health Promotion*, 14, 98-103.
- Badía, X., Salamero, M., Alonso, J. y Ollé, A. (1996). *La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español*. Barcelona: PPU.
- Bagozzi, R.P. y Warshaw, P.R. (1990). Trying to consume. *Journal of Consumer Research*, 17, 127-140.
- Ballester, R. (1993). Conducta de enfermedad: la búsqueda de una identidad. *Boletín de Psicología*, 38, 63-88.
- Ballester, R. (1996). Emociones y psicología de la salud. En F. Palmero y V. Codina (Eds.), *Trastornos cardiovasculares. Influencia de los procesos emocionales* (pp. 27-64). Valencia: Promolibro.
- Ballester, R. (1998). Salud y psicología de la salud. En F. Palmero y E.G. Fernández-Abascal (Coords.), *Emociones y adaptación* (pp. 39-65). Barcelona: Ariel.
- Ballester, R., Botella, C., Galdón, M.J. y Gil, M.D. (1990). *Aportaciones decisivas al modelo bio-psicosocial*. Comunicación presentada en el II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Valencia, 15-20 abril.
- Bandura, A. (1977/1982). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa Calpe.
- Bandura, A. (1986/1987). *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bayés, R. (1987). Factores de aprendizaje en la salud y la enfermedad. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 5, 119-135.
- Bayés, R. (1990). Aspectos psicológicos relacionados con el problema de la prevención del SIDA. En R. Nájera (Dir.), *SIDA. De la biomedicina a la sociedad*. Madrid: Eudema.
- Bayés, R. (1991a). Prevención y psicología de la salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 3, 93-108.
- Bayés, R. (1991b). Análisis conductual de los problemas de prevención en los casos de cáncer, SIDA y contaminación radiactiva. *Medicina Conductual*, 435-460.
- Bayés, R. (1992). Aportaciones del análisis funcional de la conducta al problema del SIDA. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24, 35-56.
- Bayés, R. y Ribes, E. (1989). Un modelo psicológico de prevención de enfermedad: su aplicación al caso del SIDA. *Papeles de Psicólogo*, 41/42, 122-125.
- Beck, K.H. y Lund, A.K. (1981). The effects of health threat seriousness and personal efficacy upon intentions and behaviour. *Journal of Applied Social Psychology*, 11, 401-415.
- Becker, M.H. y Rosenstock, I.M. (1987). Comparing social learning theory and the health belief model. En W.B. Ward (Ed.), *Advances in health education and promotion* (pp. 245-249). Greenwich, CT: JAI Press.

- Becoña, E. y Gómez-Durán, B. (1994). *Tabaco y salud*. Madrid: Pirámide.
- Belar, C.D. y Geisser, M.E. (1995). Roles of the clinical health psychologist in the management of chronic illness. En P.M. Nicassio y T.W. Smith (Eds.), *Managing chronic illness. A biopsychosocial perspective* (pp. 33-57). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Beléndez, M. y Méndez, F.X. (1995). Adherencia al tratamiento de la diabetes: características y variables determinantes. *Revista de Psicología de la Salud*, 7, 63-82.
- Bennett, P., Moore, L., Smith, A., Murphy, S. y Smith, C. (1995). Health locus of control and value for health as predictors of dietary behaviour. *Psychology and Health*, 10, 41-54.
- Bennett, P. y Murphy, S. (1997). *Psychology and health promotion*. Buckingham: Oxford University Press.
- Bennett, P., Norman, P., Murphy, S., Moore, L. y Tudor-Smith, C. (1997). Health locus of control and value for health in smokers and non-smokers. *Health Psychology*, 16, 179-182.
- Bimbela, J.L. (1995). *Cuidando al cuidador: counseling para profesionales de la salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Bimbela, J.L. y Gómez, C. (1994). Sida y comportamientos preventivos: el modelo PRECEDE. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47, 151-157.
- Bishop, G.D. y Converse, S.A. (1986). Illness representations: a prototype approach. *Health Psychology*, 5, 95-114.
- Blaxter, M. (1990). *Health and lifestyles*. Londres: Heinemann.
- Bloom, B.L. (1988). *Health psychology. A psychosocial perspective*. Englewood Hills, NJ: Prentice Hall.
- Blumberg, E., West, P. y Ellis, F. (1954). A possible relationship between psychological factors and human cancer. *Psychosomatic Medicine*, 16, 27-86.
- Booth-Kewley, S. y Friedman, H.S. (1987). Psychological predictors of heart disease: a quantitative review. *Psychological Bulletin*, 101, 343-362.
- Borrás, F.X. (1994). Efectos del estrés psicológico en la respuesta linfocitaria a los mitógenos. *Anuario de Psicología*, 61, 33-39.
- Botella, C., Baños, R.M., Perpiñá, C. y Ballester, R. (1998). Sexualidad y salud en jóvenes universitarios/as: actitudes, actividad sexual y percepción de riesgo de la transmisión heterosexual del VIH. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24, 27-64.
- Bowling, A. (1995). *Measuring disease*. Londres: Open University Press.
- Bowling, A. (1997). *Measuring health. A review of quality of life measurement scales*. Londres: Open University Press.
- Bradley, C. (1985). Psychological aspects of diabetes. En D.G.M. Alberty y L.P. Drall (Eds.), *Diabetes Annual* (pp. 35-45). Amsterdam: Elsevier.
- Broome, A.K. y Llewelyn, S. (Eds.) (1995). *Health psychology. Processes and applications*. Londres: Chapman and Hall.
- Buela-Casal, G., Caballo, V.E. y Sierra, J.C. (Dir.) (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Buil, J.A. y Mira, J.J. (1996). Las características del sector sanitario. Tendencias del sistema sanitario español en el marco de la Unión Europea. *Revista de Psicología de la Salud*, 8, 3-21.
- Burke, V., Giangulio, N., Gillam, H.F., Beilin, L.J., Houghton, S. y Milligan, R.A.K. (1999). Health promotion in couples adapting to a shared lifestyle. *Health Education Research*, 14, 269-288.
- Byrne, D.G. y Rosenman, R.H. (1986). The Type A behavior pattern as a precursor of stressful life events: a confluence of coronary risks. *British Journal of Medical Psychology*, 59, 75-82.
- Calvo, F. (1990). Intervención psicológica y SIDA. En J.M. Buceta y A.M. Bueno (Coord.), *Modificación de conducta y salud* (pp. 393-419). Madrid: Eudema.
- Carey, M.P. (1999). Prevention of HIV through changes in sexual behavior. *American Journal of Health Promotion*, 14, 104-111.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. y Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Colegio Oficial de Psicólogos (1998). El perfil del psicólogo clínico y de la salud. *Papeles del Psicólogo*, 69, 4-23.
- Conner, M., Martin, E., Silverdale, N. y Grogan, S. (1996). Dieting in adolescence: an application of the theory of planned behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 1, 315-326.
- Costa, M. y López, E. (1985). Educación para la salud. En J.A. Carroles (Dir.), *Análisis y Modificación de Conducta* (vol. II) (pp. 473-497). Madrid: UNED.
- Costa, M. y López, E. (1986). *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.
- Costa, M. y López, E. (1996). *Educación para la salud*. Madrid: Pirámide.
- Costakis, C.E., Dunnagan, T. y Haynes, G. (1999). The relationship between the stages of exercise adoption and other health behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 14, 22-30.
- Christensen, A.J., Benotsch, E.G., Wiebe, J.S. y Lawton, W.J. (1995). Coping with treatment-related stress: effects of patient adherence in hemodialysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 454-459.
- Diclemente, C.C. y Prochaska, J.O. (1985). Processes and stages of self-change: coping and competence in smoking behavior change. En S. Shiffman y T.A. Wallis (Eds.), *Coping and substance use* (pp. 319-343). Nueva York: Academic Press.
- Dunbar-Jacob, J., Burke, L.E. y Puczynski, S. (1995). Clinical assessment and management of adherence to medical regimens. En P.M. Nicassio y T.W. Smith (Eds.), *Managing chronic illness. A biopsychosocial perspective* (pp. 313-349). Washington, D.C.: American Psychological Association.

- Everly, G.S. (1989). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. Nueva York: Plenum Press.
- Ewart, C.K. (1991). Social Action Theory for a public health psychology. *American Psychologist*, 46, 931-946.
- Eysenck, H.J. (1994). Cancer, personality and stress: prediction and prevention. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 16, 167-215.
- Eysenck, H.J. y Grossarth-Maricek, R. (1991). Creative innovation behaviour therapy as a prophylactic treatment for cancer and coronary heart disease: part II-Effects of treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 17-31.
- Felton, B. y Revenson, T.A. (1984). Coping with chronic illness: a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 343-353.
- Fernández-Abascal, E.G. y Martín, M.D. (1995). Estrés y prevención coronaria. En J.M. Bucera y A.M. Bueno (Eds.), *Psicología y salud: control del estrés y trastornos asociados* (pp. 129-173). Madrid: Dykinson.
- Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) (1994a). *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (1994b). El proceso en evaluación conductual. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud* (pp. 111-158). Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Ruíz, M.A. y Garde, S. (1998). Emotional expression in healthy women and those with breast cancer. *British Journal of Health Psychology*, 3, 41-50.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D., Ruíz, M.A., Sebastián, J. y Spielberger, C.D. (1997). Assessing emotional expression: spanish adaptation for the Rationality / Emotional Defensiveness Scale. *Personality and Individual Differences*, 22, 719-729.
- Fernández Castro, J. (1999). Las estrategias para afrontar el estrés y la competencia percibida: influencias sobre la salud. En E.G. Fernández-Abascal y F. Palmero (Coords.), *Emociones y salud* (pp. 365-385). Barcelona: Ariel.
- Fernández-Ríos, L. (1994). *Manual de psicología preventiva. Teoría y práctica*. Madrid: Siglo XXI.
- Ferrer, V.A. (1995). "Adherencia" o "cumplimiento de" prescripciones terapéuticas y de salud: concepto y factores psicosociales implicados. *Revista de Psicología de la Salud*, 7, 35-61.
- Feuerstein, M., Labbè, E.E. y Kuczmierczyk, A.R. (1986). *Health psychology. A psychobiological perspective*. Nueva York: Plenum Press.
- Fisher, W.A., Fisher, J.D. y Rye, B.M. (1995). Understanding and promoting AIDS-preventive behavior: insights from the Theory of Reasoned Action. *Health Psychology*, 14, 255-264.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: an introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Folkman, S. y Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Fordyce, W.E. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. San Luis, MO.: Mosby.
- Friedman, R. y Rosenman, R.H. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *Journal of the American Medical Association*, 169, 1286-1296.
- Friedman, R., Sobel, R., Myers, P., Caudill, M. y Benson, H. (1995). Behavioral medicine, clinical health psychology, and cost offset. *Health Psychology*, 14, 509-518.
- Galdón, M.J. y Andreu, Y. (1991). El concepto de conducta de enfermedad y sus diferentes campos de aplicación. En E. Ibáñez (Dir.), *Psicología de la salud y estilos de vida* (pp. 247-276). Valencia: Promolibro.
- García-Huete, E. (1991). Prevención del sida. En G. Buela-Casal y V.E. Caballo (Comps.), *Manual de psicología clínica aplicada* (pp. 567-587). Madrid: Siglo XXI.
- Gatchel, R.J., Baum, A. y Krantz, D.S. (1989). *An introduction to health psychology*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Gibbons, F.X. y Gerrard, M. (1995). Predicting young adults' health risk behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 505-517.
- Gil, M.D. (1997). Educación para la salud. En L.M. Pascual y R. Ballester (Dirs.), *La práctica de la psicología de la salud. Programas de intervención* (pp. 3-33). Valencia: Promolibro.
- Glanz, K. (1997). Prevención del cáncer y promoción de la salud mediante cambios en la dieta. En G. Buela-Casal, L. Fernández-Ríos y T.J. Carrasco (Eds.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (pp. 229-254). Madrid: Pirámide.
- Glanz, K. (1999). Progress in dietary behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 14, 112-117.
- Glanz, K., Patterson, R.E., Kristal, A.R., Feng, Z., Linnan, L., Heimendinger, J. y Herbert, J.R. (1998). Impact of work site health promotion on stages of dietary change: the working well trial. *Health Education and Behavior*, 25, 448-463.
- Godoy, A. (1991). El proceso de la evaluación conductual. En V.E. Caballo (Comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 91-108). Madrid: Siglo XXI.
- Godoy, A. (1996). Papel de los diagnosticadores al clasificar, predecir e indicar el tratamiento. En A. Godoy (Dir.), *Toma de decisiones y juicio clínico. Una aproximación psicológica* (pp. 39-71). Madrid: Pirámide.
- Gómez, D.E. y Saburido, X.L. (1996). *Salud y prevención: nuevas aportaciones desde la evaluación psicológica*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.
- Green, L.W., Kreuter, M.W. y Deeds, S.G. (1980). *Health education planning. A diagnostic approach*. Mountain View, CA: Mayfield Publishing.

- Greer, S y Morris, T. (1975). Psychological attributes of women who develop breast cancer: a controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*, 19, 147-153.
- Gross, J. (1989). Emotional expression in cancer onset and progression. *Social Science and Medicine*, 28, 1239-1248.
- Grossarth-Maticek, R., Bastiaans, J. y Kanazir, D.T. (1985). Psychosocial factors as strong predictors of mortality from cancer, ischaemic heart disease and stroke. The Yugoslav prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 167-176.
- Gutman, M. y Clayton, R. (1999). Treatment and prevention of use and abuse of illegal drugs: progress on interventions and future directions. *American Journal of Health Promotion*, 14, 92-97.
- Harber, K.D. y Pennebaker, J.W. (1991). Overcoming traumatic memories. En S.A. Christianson (Ed.), *The handbook of emotion and memory* (pp. 321-335). Nueva York: The Guildford Press.
- Haynes, R.B. (1979). Strategies to improve compliance with referral appointments and prescribed medical regimens. En R.B. Haynes, D.W. Taylor y D.L. Sackett (Eds.), *Compliance in health care* (pp. 121-143). Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Haynes, R.B., Taylor, D.W. y Sackett, D.L. (Eds.) (1979). *Compliance in health care*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Herbert, T.B. y Cohen, S. (1993). Stress and immunity in humans: a meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 55, 364-379.
- Holmes, T.H. y Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychological Research*, 11, 213-218.
- Houtman, I.L.D. (1990). Personal coping resources and sex differences. *Personality and Individual Differences*, 11, 53-63.
- Ibáñez, E. (1991). Estilos de vida y enfermedad. Historia y vicisitudes de un concepto. En E. Ibáñez (Dir.), *Psicología de la salud y estilos de vida* (pp. 11-20). Valencia: Promolibro.
- Jerusalem, M. y Schwarzer, R. (1989). Anxiety and self-concept as antecedents of stress and coping. *Personality and Individual Differences*, 11, 53-63.
- Kanner, A.D., Coyne, J.C., Schaefer, C. y Lazarus, R.S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1-39.
- Kaplan, R.M. (1990). Behavior as the central outcome in health care. *American Psychologist*, 45, 1211-1220.
- Kasl, S.V. y Cobb, S. (1996). Health behavior, illness behavior, and sick role behavior: II. Sick role behavior. *Archives of Environmental Health*, 12, 531-541.
- Kelly, J.A. y Murphy, D.A. (1992). Psychological interventions with AIDS and HIV: prevention and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 576-585.
- King, J.B. (1982). The impact of patient's perceptions of high blood pressure on attendance at screening: an attributional extension to the health belief model. *Social Science and Medicine*, 16, 1079-1092.
- Kneier, A.W. y Temoshok, L. (1993). Repressive coping reaction in patients with malignant melanoma as compared to cardiovascular disease patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 28, 145-155.
- Kumanyika, S.K., Bowen, D., Rolls, B.J., Van Horn, L., Perri, M.G., Czajkowski, S.M. y Schron, E. (2000). Maintenance of dietary behavior change. *Health Psychology*, 19, 42-56.
- Labrador, F.J. (1992). *El estrés. Nuevas técnicas para su control*. Madrid: Temas de Hoy.
- Labrador, F.J. y Crespo, M. (1998). Estrés y trastornos psicofisiológicos. En F. Palmero y E. Fernández-Abascal (Coords.), *Emociones y adaptación* (pp. 163-190). Barcelona: Ariel.
- Lau, R., Bernard, J.M. y Hartman, K.A. (1989). Further explanations of common sense representations of common illnesses. *Health Psychology*, 8, 195-219.
- Lawrence, S.S. (1993). African-American adolescents' knowledge, health-related attitudes, sexual behavior, and contraceptive decisions: implications for the prevention of adolescent HIV infection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 104-111.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984/1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-169.
- Leventhal, H. y Cameron, L. (1987). Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Education and Counseling*, 10, 117-138.
- Leventhal, H. y Cleary, P.D. (1980). The smoking problem: a review of the research and theory in behavioral risk modification. *Psychological Bulletin*, 88, 370-405.
- Leventhal, H., Diefenbach, M. y Leventhal, E.A. (1992). Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 143-164.
- Leventhal, H., Meyer, D. y Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. En S. Rachman (Ed.), *Medical Psychology*, Vol. 2 (pp. 7-30). Nueva York: Pergamon Press.
- Leventhal, H. y Nerenz, D. (1985). The assessment of illness cognition. En P. Karoly (Ed.), *Measurement strategies in health psychology* (pp. 517-554). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Leventhal, H., Prochaska, T.R. y Hirschman, R.S. (1985). Preventive health behavior across the lifespan. En J.C. Rosen y L.J. Solomon (Eds.), *Prevention in health psychology* (pp. 37-52). Hanover, NH: University Press of New England.

- Llor, B., Abad, M.A., García, M. y Nieto, J. (1996). *Ciencias psicosociales aplicadas a la salud*. Madrid: Interamericana McGraw-Hill.
- López, A.E., Esteve, R., Ramírez, C. y Anarte, M.T. (1998). Dimensionalización del constructo de personalidad Tipo C. *Psyche*, 7, 3-12.
- Lorig, K., Mazonson, P.D. y Holman, H.R. (1993). Evidence suggesting that health education for self-management in patients with chronic arthritis has sustained health benefits while reducing health care cost. *Arthritis and Rheumatism*, 4, 439-446.
- Lorig, K., Stewart, A., Ritter, P., González, V., Laurent, D. y Lynch, J. (1996). *Outcome measures for health education and other health care interventions*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Maciá, D. y Méndez, F.X. (1991). Prevención del consumo de drogas. En G. Buela-Casal y V.E. Caballo (Comps.), *Manual de psicología clínica aplicada* (pp. 551-566). Madrid: Siglo XXI.
- Marcus, B.H., Forsyth, L.H., Stone, E.J., Dubbert, P.M., McKenzie, T.L., Dunn, A.L. y Blair, S.N. (2000). Physical activity behavior change: issues in adoption and maintenance. *Health Psychology*, 19, 32-41.
- Masur, F.T. y Anderson, K. (1988). Adhesión del paciente al tratamiento: un reto para la psicología de la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20, 103-126.
- Martínez-Sánchez, F. (1999). La alexitimia, un factor de riesgo para el padecimiento de los efectos patógenos del estrés. En E.G. Fernández-Abascal y F. Palmero (Coords.), *Emociones y salud* (pp. 387-401). Barcelona: Ariel.
- Matarazzo, J.D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1-14.
- Matarazzo, J.D. (1984). Behavioral immunogens and pathogens in health and illness. En B.L. Hammonds y C.J. Scheirer (Eds.), *Psychology and health* (pp. 9-43). Washington, DC.: American Psychological Association.
- Matthews, K.A. (1988). Coronary heart disease and Type A behaviors: update on and alternative to the Booth-Kewley and Friedman (1987) quantitative review. *Psychological Bulletin*, 104, 373-380.
- McEwen, B.S. (1995). Stressful experience, brain, and emotions: developmental, genetic and hormonal influences. En M.S. Gazzaniga (Ed.), *The cognitive neurosciences* (pp. 1117-1136). Cambridge: MIT Press.
- McHugh, S. y Vallis, T.M. (1986). Illness behavior: operationalization of the biopsychosocial model. En S. McHugh y T.M. Vallis (Eds.), *Illness behavior: a multidisciplinary model* (pp. 1-31). Nueva York: Plenum Press.
- McKusick, L., Coates, T.J., Morin, S.F., Pollack, L. y Hoff, C. (1990). Longitudinal predictors of reduction in unprotected anal intercourse among gay men in San Francisco: the AIDS behavioral research project. *American Journal of Public Health*, 80, 978-983.
- Mechanic, D. (1962). The concept of illness behavior. *Journal of Chronic Diseases*, 15, 189-194.
- Mechanic, D. (1978). *Medical sociology*. Nueva York: The Free Press.
- Mechanic, D. (1983a). The experience and expression of distress: the study of illness behavior and medical utilization. En D. Mechanic (Ed.), *Handbook of health, health care and the health professions* (pp. 135-145). Nueva York: Free Press.
- Mechanic, D. (1983b). Adolescent health and illness behavior: review of the literature and a new hypothesis for the study of stress. *Journal of Human Stress*, junio, 4-12.
- Mechanic, D. (1986). Illness behavior. An overview. En S. McHugh y T.M. Vallis (Eds.), *Illness behavior: a multidisciplinary model* (pp. 101-109). Nueva York: Plenum Press.
- Miller, K.S., Clark, L.F., Wendell, D.A., Levin, M.L., Gray-Ray, P., Velez, C.N. y Webber, M.P. (1997). Adolescent heterosexual experience: a new typology. *Journal of Adolescent Health*, 20, 179-186.
- Miller, N.E. (1983). Behavioral medicine: symbiosis between laboratory and clinic. *Annual Review of Psychology*, 34, 1-31.
- Miller, N.E. (1984). Learning: some facts and needed research relevant to maintaining health. En J.D. Matarazzo, S.M. Weiss, J.A. Herd, N.E. Miller y S.M. Weiss (Eds.), *Behavioral health: a handbook of health enhancement and disease prevention* (pp. 199-208). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Moorey, S. y Greer, S. (1989). *Psychological therapy for patients with cancer: a new approach*. Londres: Heineman Medical Books.
- Moos, R.H. y Schaefer, J. (1984). The crisis of physical illness. An overview and conceptual approach. En R.H. Moos (Ed.), *Coping with physical illness: new perspectives* (pp. 3-25). Nueva York: Plenum Press.
- Morris, T. y Greer, S. (1980). A 'Type C' for cancer? Low trait anxiety in the pathogenesis of breast cancer. *Cancer Detection and Prevention*, 3, Abstract No. 102.
- Myers, L. y Midence, K. (Eds.) (1998). *Adherence to treatment in medical conditions*. Londres: Harwood Academic Publishers.
- Norman, P., Conner, M. y Bell, R. (1999). The theory of planned behavior and smoking cessation. *Health Psychology*, 18, 89-94.
- Odgen, J. (1996). *Health Psychology: a textbook*. Buckingham: Open University Press.
- O'Leary, A. (1990). Stress, emotion, and human immune function. *Psychological Bulletin*, 108, 363-382.
- O'Leary, A., Goodhart, F., Jemmott, L.S. y Boccher-Lattimore, D. (1992). Predictors of safer sex on the college campus: a social cognitive theory analysis. *Journal of American College Health*, 40, 254-263.
- Páez, D. y Velasco, C. (1993). Alexitimia: una revisión de los conceptos, de los instrumentos y una comparación con la represión. En D. Páez (Ed.), *Salud, expresión y represión social de las emociones* (pp. 195-235). Valencia: Promolibro.

- Parker, J.C. (1995). Stress management. En P.M. Nicassio y T.W. Smith (Eds.), *Managing chronic illness. A biopsychosocial perspective* (pp. 285-312). Washington, DC.: American Psychological Association.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. Glencoe: The Free Press.
- Pascual, L.M. (1997). Una prevención alternativa del tabaquismo. En L.M. Pascual y R. Ballester (Dir.), *La práctica de la psicología de la salud. Programas de intervención* (pp. 37-59). Valencia: Promolibro.
- Pelechano, V., Matud, P. y de Miguel, A. (1994). *Estrés, personalidad y salud: un modelo no sexista de estrés*. Valencia: Promolibro.
- Pennebaker, J.W. (1983). Accuracy of symptom perception. En A. Baum, S.E. Taylor y J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health*, Vol. 4 (pp. 235-259). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Pennebaker, J.W. (1993). Psicósomática, inhibición y auto-revelación de las experiencias emocionales. En D. Páez (Ed.), *Salud, expresión y represión social de las emociones* (pp. 59-75). Valencia: Promolibro.
- Pennebaker, J.W. (1995). *Emotion, disclosure, & health*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Pennebaker, J.W. y Beall, S.K. (1986). Confronting a traumatic event: toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 274-281.
- Pennebaker, J.W., Colder, M. y Sharp, L.K. (1990). Accelerating the coping process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 528-537.
- Pennebaker, J.W., Kiecolt-Glaser, J.K. y Glaser, R. (1988). Disclosure of traumas and immune function: health implications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 239-245.
- Pérez, M.N., Robles, H. y Vila, J. (1996). Importancia de las creencias frente al conocimiento en la práctica de conductas de salud (II): tabaco, alcohol y otros factores de riesgo. *Revista de Psicología de la Salud*, 8, 113-127.
- Pettingale, K.W., Watson, M. y Greer, S. (1984). The validity of emotional control as a trait in breast cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 2, 21-30.
- Philips, C.H. (1990). *Tratamiento psicológico del dolor crónico: manual de tratamiento y material para el paciente*. Madrid: Pirámide.
- Planes, M. (1993). Percepción del riesgo personal de sufrir el sida en estudiantes universitarios: implicaciones respecto a la adopción de comportamientos preventivos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 845-858.
- Planes, M. (1994). Factores que influyen en los comportamientos sexuales de prevención frente al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en los adictos a las drogas por vía parenteral (ADVP). *Anuario de Psicología*, 61, 57-70.
- Prochaska, J.O., Diclemente, C.C. y Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, 47, 1114-1120.
- Reig, A. (1989). La psicología de la salud en España. *Revista de Psicología de la Salud*, 1, 5-49.
- Repucci, N.D., Woolard, J.L. y Fried, C.S. (1999). Social, community, and preventive interventions. *Annual Review of Psychology*, 50, 387-418.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Rippetoe, P.A. y Rogers, R.W. (1987). Effects on components of protection motivation theory on adaptive and maladaptive copings with health threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 596-604.
- Roa, A. (Comp.) (1995). *Evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: CEPE.
- Roberts, G.W., Banspach, S.W. y Peacock, N. (1997). Behavioral scientists at the Centers for Disease Control and Prevention. Evolving and integrated roles. *American Psychologist*, 52, 143-146.
- Robles, H., Pérez, M.N. y Vila, J. (1996). Importancia de las creencias frente al conocimiento en la práctica de conductas de salud (I): hábitos alimenticios y ejercicio físico. *Revista de Psicología de la Salud*, 8, 23-40.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rogers, R.W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91, 93-114.
- Rogers, R.W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation. En J.R. Cacioppo y R. E. Petty (Eds.), *Social psychology: a source book* (pp. 153-176). Nueva York: Guildford Press.
- Rogers, R.W. (1985). Attitude change and information integration in fear appeals. *Psychological Reports*, 56, 179-182.
- Rosenman, R.H. (1996). Factores motivacionales y emocionales en el patrón de conducta Tipo A (PCTA). En F. Palmero y V. Codina (Eds.), *Trastornos cardiovasculares. Influencia de los procesos emocionales* (pp. 89-111). Valencia: Promolibro.
- Rosenman, R.H. y Palmero, F. (1998). Ira y hostilidad en la enfermedad coronaria. En F. Palmero y E.G. Fernández-Abascal (Coords.), *Emociones y adaptación* (pp. 117-141). Barcelona: Ariel.
- Rosenman, R.H., Swan, G.E. y Carmelli, D. (1988). Definition, assessment, evolution of the Type A behavior pattern. En B.K. Houston y C.R. Snyder (Eds.), *Type A behavior pattern: research theory and intervention* (pp. 8-31). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Rotter, J.B. (1966). Generalised expectancies for internal and external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.
- Sallis, J.F. y Hovell, M.F. (1990). Determinants of exercise behavior. *Exercise and Sports Sciences Review*, 1, 307-330.
- Sánchez Cánovas, J. y Sánchez López, P. (1994). Personalidad, estrés y salud. En J. Sánchez Cánovas y P. Sánchez López

- (Dir.), *Psicología diferencial. Diversidad e individualidad humanas* (pp. 135-156). Madrid: Ramón Areces.
- San Martín, J. y Pastor, V. (1988). *Salud comunitaria. Teoría y práctica*. Madrid: Díaz de Santos.
- Sarafino, E.P. (1994). *Health Psychology: bio-psychosocial interactions* (2ª edición). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Sarason, S.B. (1974). *The psychological sense of the community: prospects for a community psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schifter, D.E. y Ajzen, I. (1985). Intention, perceived control, and weight loss: an application of the theory of planned behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 843-851.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: theoretical approaches and a new model. En R. Schwarzer (Ed.), *Self-Efficacy: thought control of action* (pp. 217-243). Washington, D.C.: Hemisphere.
- Sebastián, J., Mateos, N. y Bueno, M.J. (1997). Expresión emocional y personalidad tipo C: diferencias entre mujeres con patología mamaria maligna, benigna y normales. *Revista de Psicología de la Salud*, 9, 93-126.
- Selye, H. (1950/1954). *Stress*. Barcelona: Científico Médica.
- Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Nueva York: Butterworth.
- Shelton, J.L. y Levy, R.L. (1981). *Behavioral assignments and treatment compliance. A handbook of clinical strategies*. Champaign: Research.
- Sheppard, B.H., Harrwick, J. y Warshaw, P.R. (1988). The theory of reasoned action: a meta-analysis of past research with recommendations for modifications and future research. *Journal of Consumer Research*, 15, 325-339.
- Sherr, L. (Ed.) (1998). *AIDS and adolescents*. Londres: Harwood Academic Publishers.
- Singer, J.E. y Krantz, D.S. (1982). Perspectives on the interface between psychology and public health. *American Psychologist*, 37, 955-960.
- Skelton, J.A. y Pennebaker, J.W. (1982). The psychology of physical symptoms and sensations. En G.S. Sanders y J. Suls (Eds.), *Social psychology of health and illness* (pp. 67-82). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Spacapan, S. y Oskamp, S. (1988). Health promotion programs: an introduction. En S. Spacapan y S. Oskamp (Eds.), *The social psychology of health* (pp. 119-128). Newbury Park, CA: Sage.
- Spielberger, C.D., Jacobs, G., Russell, S. y Crane, R.S. (1983). Assessment of anger: the State-Trait Anger Scale. En J.N. Butcher y C.D. Spielberger (Eds.), *Advances in personality assessment* (Vol. 2) (pp. 234-256). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Spielberger, C.D., Krasner, S.S., y Solomon, E.P. (1988). The experience, expression, and control of anger. En M.P. Janisse (Ed.), *Health psychology: individual differences and stress*. Nueva York: Springer Verlag/Publishers.
- Stacy, A.W., Sussman, S., Dent, C.W., Burton, D. y Flay, B.R. (1992). Moderators of peer social influence in adolescent smoking. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 163-172.
- Stephens, A. y Wardle, J. (1992). Cognitive predictors of health behaviour in contrasting regions of Europe. En C.R. Brewin, A. Stephens y J. Wardle (Eds.), *European perspectives in clinical and health psychology* (pp. 101-122). Leicester: BPS Books.
- Sterling, P. y Eyer, J. (1988). Allostasis: a new paradigm to explain arousal pathology. En J. Fisher y J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health* (pp. 629-649). Londres: Wiley.
- Stuart, R. B. (Ed.) (1982). *Adherence, compliance and generalisation in behavioral medicine*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Sussman, S. (1997). Prevención del consumo de tabaco en niños y adolescentes. En G. Buela-Casal, L. Fernández-Ríos y T.J. Carrasco (Eds.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (pp. 191-216). Madrid: Pirámide.
- Sutton, S. (1989). Smoking attitudes and behaviour: an application of Fishbein and Ajzen's theory of reasoned action to predicting and understanding smoking decisions. En T. Ney y A. Gale (Eds.), *Smoking and human behaviour* (pp. 134-150). Chichester: John Wiley and Sons.
- Taylor, S.E. (1983). Adjustment to threatening events: a theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.
- Taylor, S.E. (1986). *Health psychology*. Nueva York: Random House.
- Taylor, S.E. (1990). Health psychology. The science and the field. *American Psychologist*, 1, 40-50.
- Taylor, S.E., Lichtman, R.R. y Wood, J.V. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 489-502.
- Temoshok, L. (1985). Biopsychosocial studies on cutaneous malignant melanoma: psychosocial factors associated with prognostic indicators, progression, psychophysiology, and tumor-host response. *Social Science Medicine*, 20, 833-840.
- Temoshok, L., Heller, B.W., Sagebiel, R.W. y Blois, M.S. (1985). The relationship of psychosocial factors to prognostic indicators in cutaneous malignant melanoma. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 139-154.
- Titkow, A. (1983). Illness behavior and action: the patient-role. *Social Science and Medicine*, 17, 637-646.
- Turk, D.C. y Salovey, P. (1995). Cognitive-behavioral treatment of illness behavior. En P.M. Nicassio y T.W. Smith (Eds.), *Managing chronic illness. A biopsychosocial perspective* (pp. 245-284). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Van der Pligt, J. (1998). Perceived risk and vulnerability as predictors of precautionary behavior. *British Journal of Health Psychology*, 3, 1-14.

- Van der Ploeg, H.M., Kleijn, K.C., Mook, J. y Van Donge, M. (1989). Rationality and antiemotionality as a risk factor for cancer: concept differentiation. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 217-225.
- Van der Putte, H. (1993). *On the theory of reasoned action*. Unpublished doctoral thesis. University of Amsterdam.
- Van der Velden, F.W. y Van der Pligt, J. (1991). AIDS related health behavior: coping, protection motivation, and previous behavior. *Behavioral Medicine*, 14, 429-452.
- Vila, J. (1996). *Una introducción a la psicofisiología clínica*. Madrid: Pirámide.
- Wallack, L., Dorfman, L., Jernigan, D. y Themba, M. (1993). *Media advocacy and public health. Power of prevention*. Londres: SAGE Publications.
- Wallston, K.A. y Wallston, B.S. (1982). Who is responsible for your health? The construct of health locus of control. En G.S. Sanders y J. Suls (Eds.), *Social psychology of health and illness* (pp. 65-95). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wallston, K.A. y Smith, M.S. (1994). Issues of control and health: the action is in the interaction. En G. Penny, P. Bennet y M. Herbert (Eds.), *Health psychology: a lifespan perspective* (pp. 65-84). Londres: Harwood.
- Wallston, K.A., Wallston, B.S. y DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control. *Health Education Monographs*, 6, 160-170.
- Watson, M., Greer, S., Rowden, L., Gorman, C., Roberston, B., Bliss, J.M. y Tunmore, R. (1991). Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine*, 21, 51-57.
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Weinstein, N.D. (1993). Testing four competing theories of health-protective behavior. *Health Psychology*, 12, 324-333.
- Weisberg, R.P., Caplan, M. y Harwood, R.L. (1991). Promoting competent young people in competence-enhancing environments: a systems-based perspective on primary prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 830-841.
- White, L.C. (1988). *Merchants of death: the American Tobacco Industry*. Nueva York: Beech Tree Books.
- Winett, R.A. (1995). A framework for health promotion and disease prevention programs. *American Psychologist*, 50, 341-350.
- Winett, R.A. (1998). Developing more effective health-behavior programs: analyzing the epidemiological and biological bases for activity and exercise programs. *Applied and Preventive Psychology*, 7, 209-224.
- Yuen, S.A. y Kuiper, N.A. (1991). Cognitive and affective components of the Type A hostility dimension. *Personality and Individual Differences*, 12, 173-182.

REVISIÓN

33