

# /capítulo 28/

## Psicología social de la salud

---

J. Seoane Rey

A. Garzón Pérez

---

### La psicología de la salud en el siglo XXI

---

Quando un área de conocimiento ha recorrido el proceso formal de su institucionalización (definiciones, fechas y hechos fundacionales, áreas de trabajo y líneas de investigación) siempre llega un punto de su historia en el que surgen los replanteamientos. La psicología de la salud, como disciplina, no es una excepción. Sus orígenes se sitúan en la década de 1970, y pasados 30 años aparece ya la necesidad de valorar el camino recorrido. El trabajo de Crossley, Nicolson y Owens de 2001 (1), «Do we need to rethink health psychology»; el de Leventhal y cols. de 2008 (2), «Health psychology: the search for pathways between behavior and health», y el de Suls y Rothman de 2004 (3), «Evolution of the biopsychosocial model: prospects and challenges for health psychology», son tres ejemplos representativos, entre otros muchos, de tales replanteamientos. El primero (1) aboga por un posicionamiento más moderado de los psicólogos de la salud que, en su necesidad de ratificar el modelo biopsicosocial, se han visto obligados a exagerar la medida y cuantificación de la experiencia de la enfermedad y percepción de la salud. Los autores critican la aceptación de la orientación dominante de la psicología de la salud por la familiaridad de los profesionales de la medicina con la investigación, la orientación técnica y los protocolos estandarizados. Defienden la necesidad de repensar el camino que está tomando la psicología de la salud en cuanto se aleja precisamente de su aportación más específica: la orientación subjetiva y social de las personas hacia los temas de salud y enfermedad. El trabajo de Leventhal y cols. (2) señala las limitaciones de los psicólogos de la salud para admitir las presiones derivadas del éxito de la práctica médica basada en la evidencia. Aunque sea aceptable su eficacia, no desvela los mecanismos reales que subyacen en los procesos de salud y enfermedad; destaca la necesidad de planificar intervenciones basadas en modelos teóricos, que integren la

práctica basada en la evidencia con el desarrollo de modelos más completos; son éstos los que ayudan a comprender mejor los factores que contribuyen a la salud. Intenta combinar una práctica basada en datos estandarizados con otra basada en modelos teóricos para poder ayudar a los individuos a mantener conductas de salud. Por último, Suls y Rothman (3) realizan una valoración del modelo biopsicosocial adoptado y señalan líneas futuras de actuación para que se pueda establecer una relación más clara entre aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales: la investigación, la formación, la práctica y la implementación de modelos deben estar actualizados. Abogan por una mayor colaboración entre disciplinas, el desarrollo de modelos teóricos y de investigación integradores y el desarrollo de políticas de formación para los futuros profesionales.

Existen más datos reveladores del momento actual de la psicología de la salud. La metodología de investigación también avanza y, junto a los modelos tradicionales, se plantean otras estrategias y métodos. Suls y Swain (4) señalan las ventajas de utilizar el metaanálisis para los investigadores, teóricos y profesionales: un intento de integrar los datos cuantitativos derivados de diferentes estudios empíricos para superar las limitaciones de la investigación más convencional.

Más contundente es el hecho de que en el siglo XXI están proliferando trabajos planteando el futuro de la psicología de la salud en distintos aspectos concretos, pero destaca sobre todo el problema de la formación de los futuros psicólogos de la salud. Por ejemplo, Sheridan, en 1999 (5), escribe "Psychology's future in medical schools and academic health care centers" en 2004, Keefe y Blumenthal (6) plantean el posible futuro del campo en su artículo "Health psychology: what will the future bring?". Estos autores describen e integran una serie de artículos publicados en una sección especial de *Health Psychology* para conmemorar los 25 años de la aparición de la División 38 de la American Psychiatric Association (APA). Hacen una valoración de lo conseguido y resumen los cambios necesarios para conseguir un mayor éxito: cambios en la educación, investigación y práctica; intensificar la evidencia empírica que muestre la eficacia de la intervención de los psicólogos de la salud; la importancia de que este campo se incorpore a la atención primaria de los servicios sanitarios; la necesidad de valorar detenidamente aspectos éticos y legales de la atención telemática en los servicios de salud, abogando por el desarrollo de unas directrices desde la APA, y la necesidad de que los psicólogos de la salud, "desarrollen y utilicen nuevas habilidades".

Por último, las revisiones de este campo son otro tema cada vez más recurrente que pone de manifiesto el proceso autorreflexivo en el que se encuentra esta disciplina. Mencionamos algunas más destacadas en el ámbito estricto de Estados Unidos, como las realizadas por Rodin y Salovey (7) en *Annual Review of Psychology*; el artículo de Taylor (8) en *American Psychologist*, o el de Wallston (9), que ya en 1993 reconocía la dificultad de integrar toda la literatura existente en el campo de la psicología de la salud.

Lo que pretendemos señalar con estos ejemplos es que el campo de la psicología de la salud ha superado ya esa época inicial en la que una nueva área de trabajo académico y profesional

empieza su andadura y trata de encontrar el sentido y alcance que puede llegar a tener. Más aún, se puede decir que ha superado su etapa de crecimiento, está ampliamente consolidado, ha logrado incorporarse a la práctica profesional y, en la actualidad, tiene historia y distancia suficiente como para comenzar a realizar autorreflexiones y replanteamientos.

Cabe pensar que el modelo biopsicosocial de Engels de 1977 (10), que significó tanto la superación del modelo tradicional de medicina del siglo XIX como la incorporación formal en cuestiones de salud de otros profesionales (psicólogos clínicos, experimentales, de la educación, del trabajo, psicólogos sociales, antropólogos y sociólogos, entre otros), pueda ser replanteado en el siglo XXI. La cuestión está en saber bajo qué orientación y sentido puede ser superado. De momento ya se perfila una corriente bajo el título de *psicología de la salud crítica*; un exponente es el libro de Radley, *Making sense of illness*, de 1994 (11). Además, hay una incipiente crítica precisamente a los conceptos claves -salud y enfermedad- como una dimensión continua. Por último, coincidiendo con la declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 2000, en la actualidad la tendencia predominante es la formulación de planes estratégicos de actuación que hacen hincapié en aspectos de la salud y la enfermedad, característicos de sociedades de servicios, cada vez más globalizadas y más interdependientes y que tratan de homologar la práctica de todos los profesionales de la salud.

Recordaremos algunos aspectos relevantes del origen de este campo, su crecimiento y su consolidación, que nos permitirán esbozar algunas claves de la idea anticipada de una nueva etapa en la psicología de la salud del siglo xx!

## Contexto de la psicología de la salud

### el punto de partida: la superación del modelo biomédico

Aunque existe el acuerdo generalizado de que el fundamento de este campo tiene que ver con la superación del modelo biológico de medicina del XIX y el planteamiento de un marco integrador de aspectos biológicos, psicológicos y sociales (10), da la impresión de ser más un lema didáctico, académico o propagandístico, que con el tiempo se ha convertido en una creencia generalizada entre los psicólogos de la salud. De hecho, nadie duda de que los aspectos psicológicos y sociales ya estaban planteados a comienzos del siglo xx en otros campos de la salud, como ocurre en el caso de la salud mental o el de la propia medicina, que siempre fue sensible a los aspectos psicológicos de la salud y la enfermedad; en las facultades de medicina no faltaba una disciplina que recogía esa sensibilidad: *psicología médica*. En cualquier caso, los psicólogos de la salud han tomado como punto de partida la formulación que Engels (10) hizo de un modelo que superara el

enfoque biológico. También existe un acuerdo generalizado en atribuir a Matarazzo no solamente el uso original del término *psicología de la salud*, sino las directrices de lo que este campo debe ser y hacer: un «conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, y el análisis y mejora del sistema sanitario y formación de políticas sanitarias» (12).

### circunstancias de la propia psicología

Sin embargo, las circunstancias que rodean la aparición de una nueva disciplina, sea la que sea, siempre se sitúan en distintos planos. Indudablemente, existen factores internos que empujan al nuevo desarrollo, pero éstos suelen ser coherentes con factores ajenos a la ciencia, relacionados con el desarrollo y las necesidades de las sociedades en un momento determinado. Más aún, es difícil pensar en la aparición de un nuevo campo de la ciencia si sus fundadores no han abandonado las creencias del pensamiento anterior (Khun hablaba de *período normal de una ciencia*) y sienten la necesidad de adoptar una nueva sensibilidad que les permita establecer un sistema distinto de creencias sobre el objeto de su disciplina (Khun lo resumió en un *cambio de paradigma*).

Como ya comentamos, los psicólogos de la salud tienen ya un recorrido suficiente como para construir su propia historia. No es la intención de este capítulo describirla una vez más, puesto que existe una amplia literatura sobre este tema, pero queremos destacar algunos aspectos llamativos que añaden quizás algún elemento a las valoraciones y replanteamientos ya comentados.

Es curioso que se haga especial hincapié en la superación del modelo biomédico como hecho central para la formación de la psicología de la salud, y no se analice lo que sucedió en el propio campo de la psicología a finales de la década de 1960. La psicología de la salud surge por razones internas del propio desarrollo de las ciencias, pero no es menos cierto que por esa época la psicología como ciencia estaba siendo forzada a demostrar la utilidad de sus conocimientos básicos para el bienestar y desarrollo de las sociedades. En la década de 1970 la psicología está fuertemente marcada por su expansión en esferas concretas de la vida social. Aparece inicialmente como una psicología aplicada, y poco después florecen distintas psicologías aplicadas en ámbitos tan diversos como la justicia, la política, la educación y, con mucha fuerza, una psicología aplicada a la salud. Es decir, que junto al cambio de concepción de la enfermedad dentro de la medicina tradicional, había algo más que no suele comentarse excesivamente. Es una razón interna de la propia psicología: la necesidad de estar reconocida y justificada socialmente, y esta motivación la encaminó hacia distintas esferas sociales: la salud fue precisamente uno de los campos iniciales en los que la psicología intentaba validar y justificar su existencia (13, 14).

En definitiva, junto a la crítica hacia el modelo médico y hacia la excesiva preocupación etiológica que predominaban hasta la década de 1970, no es menos importante la crítica a una psicología que hasta entonces había demostrado y aportado poco a la solución práctica de los problemas de urgencia social. La psicología de finales de 1960 se vio acorralada (15) desde distintos ángulos por su endogamia y falta de atención a los problemas reales de las personas y las sociedades; se le criticó su inutilidad, su falta de relevancia, su mecanicismo, su confianza ciega en la metodología de la experimentación, el laboratorio, los sesgos estadísticos y hasta se incluyó entre las críticas su marcado carácter acomodaticio al *status quo*, es decir, una crítica ideológica del trabajo realizado. Esto llevó a una reacción para superar esta situación y produjo un sinnúmero de aplicaciones intentando demostrar su utilidad indiscutible. Se recurrió indiscriminadamente a todo tipo de teorías, modelos, viejos resultados experimentales, hipótesis clásicas y resultados de última hora, con tal de que mostrara algún tipo de aplicación a cualquier tipo de problema que tuviera urgencia social, y la sociedad se encontró invadida por un amplio repertorio de técnicas psicológicas para la resolución de problemas vitales, aplicaciones que fueron muy bien acogidas por la sociedad en general y por las distintas administraciones e instituciones sociales correspondientes.

Dentro del abanico de estas variadas aplicaciones y centrándonos en el campo específico de la salud, se pueden destacar las siguientes (15): en primer lugar, los estudios sobre el impacto del estilo de vida en la salud y las formas de enfermar, especialmente en las enfermedades crónicas (16), algo que condujo a la proliferación de estudios sociales sobre los modos saludables de vida y recomendaciones para una psicología preventiva de la enfermedad. En segundo lugar, tuvieron mucho éxito social los análisis de las reacciones que las personas tienen ante la enfermedad o cualquier tipo de crisis de salud, así como el estudio de las suposiciones que hacen sobre las causas de su enfermedad (reacciones y atribuciones causales). Estos estudios incluían también la percepción, interpretación y elaboración de los síntomas y de los cambios producidos a lo largo de la crisis. En tercer lugar, se emplearon conceptos psicosociales para explicar la relación entre la persona y el médico o el sistema de salud, por ejemplo, el mecanismo de la obediencia o la sumisión ante diversos tratamientos, los efectos de la satisfacción o los procesos de afrontamiento ante la enfermedad.

Sin embargo, estos factores internos del propio campo de la salud, ya sea por las limitaciones del modelo biomédico, o por las necesidades de la propia psicología, no son suficientes para explicar la expansión, el éxito y la consolidación de la psicología de la salud en la última década del siglo XX. Es necesario acudir a razones externas, relacionadas no con lo académico, sino con factores sociales, económicos y, por supuesto, políticos, en especial las políticas sanitarias de las sociedades desarrolladas. Estos factores externos han sido objeto de análisis y existen descripciones pormenorizadas, tanto en el contexto académico (p. ej., sociología de la medicina) como en las organizaciones nacionales e internacionales de salud (17). De dichos factores externos, en el contexto y objetivo de este trabajo nos interesa destacar aquellos relaciona-

dos con los cambios culturales, con las nuevas formas de entender y afrontar los problemas derivados de la salud y la enfermedad, que van a configurar lo que se entiende como *construcción social de la salud*. Antes de analizar estos cambios culturales debemos mencionar algunos aspectos de los factores sociales que facilitaron la aparición de la psicología social de la salud.

## factores sociales

En las sociedades occidentales desarrolladas o de servicios, las razones externas de la incorporación de la psicología a los servicios de salud son ampliamente conocidas. Por un lado, los avances teóricos, técnicos y de investigación médica permiten el control de las enfermedades infecciosas que, junto con otros factores, alargan la vida de las personas y envejecen a las sociedades. Se asiste, en el plano individual, a una nueva forma de estar enfermo: un desplazamiento hacia las enfermedades crónicas (articulares, respiratorias, cardiovasculares, algunos tipos de cáncer e incluso, en la actualidad, la misma epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], que se cataloga ya como enfermedad crónica). A finales del siglo XIX y primeras décadas del XX, el desarrollo científico de la medicina y su apoyo en otros campos científicos (la inmunología, la epidemiología, la biología o la química, entre otras) permitieron desarrollar sistemas de control de enfermedades predominantes hasta entonces. A finales del siglo XX aparecen otras enfermedades y nos enfrentamos a un nuevo desafío: la longevidad de las personas y las sociedades, que hace necesario formular sistemas de afrontamiento de una situación prolongada de enfermedad en las personas (cognitivo, emocional y conductual) y una reordenación de los sistemas sanitarios (de las organizaciones nacionales a instancias y directrices internacionales).

Como consecuencia, las administraciones nacionales se ven forzadas a aumentar las partidas presupuestarias para la sanidad pública y a desarrollar planes sanitarios que atiendan las necesidades de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, así como la promoción de la salud y prevención de la enfermedad (12,18). En este contexto, la atención primaria pasa a un primer plano y proliferan las directrices de distintas organizaciones, representadas en la OMS y los distintos Institutos Nacionales de Salud, en materia no sólo de definición de la salud y clasificación de las enfermedades, sino también en el desarrollo de planes estratégicos que permitan desarrollar modelos eficaces de atención sanitaria. Además, no podemos olvidar que antes de la década de 1970, factores posbélicos habían provocado la colaboración de los servicios (clínicos, de formación e investigación) entre la psicología clínica y la psiquiatría. Esta colaboración fue ampliándose, inicialmente a través de campos como la medicina conductual y la conducta de salud, y décadas después se establece una colaboración más general entre psicología y medicina, algo que ya Guze, Matarazzo y Saslow señalaban en 1953 (19), pero que no se formaliza hasta la década de 1980. Con todo, es la década de 1990 la que va a presenciar un cambio más fuerte en estas alianzas

sucesivas entre psicología y medicina, en tanto que nuevos factores sociales favorecen y refuerzan un cambio en la manera de pensar e interpretar los temas de salud; son los cambios culturales que convierten «salud y enfermedad» en algo más que condiciones biológicas: se convierten también en concepciones sociales.

## Construcción social de la salud

Durante la década de 1970 se fraguaron acontecimientos sociales que significaron un giro importante en las perspectivas y en los conceptos tanto de la salud mental como de la salud en general. Al margen de las múltiples y variadas interpretaciones de esta época, fue un momento crítico, al ponerse en duda una serie de logros sociales, científicos y de la justificación de estos últimos: el método científico, los datos objetivos, la cuantificación y la elaboración estadística. La crítica no atañe solamente a la psicología: impactó en todos los ámbitos del conocimiento. En nuestro ámbito se inició quizá más claramente en el mundo de las bases psicosociales de la psiquiatría y de la mayor parte de orientaciones sobre salud mental, y más tarde alcanzó el ámbito de la salud (20). En definitiva, desde la década de 1970 se va extendiendo la idea de que todo el conocimiento teórico y aplicado es más una construcción social que una serie acumulativa de descubrimientos científicos.

Las fuentes de esta desconfianza generalizada son lo bastante complejas y variadas como para permitir que resalten unas u otras según la sensibilidad del analista. Sin embargo, en términos generales, entre los factores importantes destacan la comprobación del carácter limitado de los recursos energéticos, que da al traste con la idea de progreso ilimitado; el fracaso del proyecto racional e ilustrado ante los grandes conflictos bélicos del siglo XX, y las exageraciones de las grandes ideologías. Si éstas dejan de cumplir el papel social que venían teniendo, también es verdad que algo parecido le sucede a las grandes teorías científicas y a la ideología del conocimiento científico. En el ámbito de la salud, la antipsiquiatría es el ejemplo al que más se recurre para aludir a esta crítica y pérdida de credibilidad de los relatos y las grandes narrativas científicas. Junto a estos posibles desencadenantes, las nuevas generaciones se alejan tanto de las concepciones ideológicas como sociales y científicas, e intentan poner en marcha una sociedad nueva.

En el campo de la salud y la medicina tradicional existía como antecedente crítico la desplazada medicina alternativa, que adquiere cada vez más relevancia, llegando a ser incorporada en algunas de sus prácticas dentro de la medicina institucional. En el caso de la salud mental había antecedentes de esta postura, representados, por ejemplo, en la obra de Michel Foucault, *Locura y civilización*, de 1960 o, en el mismo año, en el artículo «El mito de la enfermedad mental» de Thomas S. Szasz, o en el movimiento mencionado de la antipsiquiatría. Sin embargo, la divulgación

sistemática de esta nueva sensibilidad no se produce hasta una década después. La visión de que la salud, la enfermedad y hasta el propio conocimiento de las mismas es una construcción de la sociedad donde se desarrollan se convierte durante estas dos décadas en el principal fundamento teórico y de investigación de todo lo relacionado con la salud.

Otra cuestión es la existencia de distintas versiones sobre el contenido y desarrollo de dicha construcción social de la salud. Unas versiones son moderadas y otras mucho más rupturistas y radicales frente al concepto tradicional de salud y enfermedad. En el campo de la psicología de la salud, muchos autores sensibilizados con la nueva postura señalan factores sociales que, al menos, acompañan o incluso determinan la enfermedad y la salud (la pobreza, la marginación, la posición social y económica, entre otros muchos factores, son analizados y puestos en relación con la enfermedad); son las corrientes moderadas que, en parte, coinciden o acompañan el final del modelo biomédico y el inicial desarrollo del modelo biopsicosocial. Los radicales plantean abiertamente la idea de la salud como una construcción social (21), no sólo en el sentido de que el concepto de salud y enfermedad está arraigado en los sistemas de creencias de una sociedad y, por tanto, tienen una evolución espaciotemporal e histórica (la interpretación religiosa de la epilepsia es uno de los ejemplos más socorridos), sino más importante aún, porque la salud trasciende el ámbito individual y privado; la salud es una cuestión social y cada individuo influye en la salud de los demás (el ejemplo más actual es el «fumador pasivo»), al tiempo que se responsabiliza a cada individuo, por su forma de pensar y comportarse, de la promoción de un estado saludable y la prevención de posibles enfermedades. Una revisión detallada del recorrido histórico de los conceptos de salud y enfermedad se encuentra, por ejemplo, en la obra de Albrecht y cols. (22).

Por esta época, la salud deja de ser una cuestión exclusiva de los profesionales de la medicina y otras disciplinas afines, y las personas toman conciencia de la responsabilidad y también del control que tienen sobre su salud: una concepción coherente con las sociedades de servicios. La salud es un aspecto más de la vida que debemos atender y de la que hay que responsabilizarse, junto a los profesionales y los servicios sanitarios; además, es necesario poner los medios necesarios para no enfermar y, en el caso de que ocurra, hay que utilizar los recursos psicológicos y conductuales para facilitar la recuperación; más aún, es necesario llevar una vida saludable, cuidar el cuerpo de forma que esté en plenas facultades: de la preocupación por la enfermedad se pasa a la preocupación por la salud. El trabajo «Personality and risk of physical illness», de Timothy W. Smith y Justin MacKenzie (23), menciona trabajos pioneros que destacan la importancia de factores psicológicos y de personalidad en los procesos de enfermar.

Aunque en la literatura actual se destacan más los factores externos relacionados con los avances técnicos, organizativos y sociales que facilitaron el desarrollo de la psicología de la salud en comparación con los cambios culturales relacionados con el concepto de salud, existen textos representativos que recogen este desplazamiento de la concepción biológica, centrada en la

etiología, el tratamiento y los profesionales de la salud, hacia una construcción social de la salud más orientada al cuidado y la prevención, donde profesionales y legos comparten responsabilidades. Entre ellos y a modo de ejemplo, mencionamos los siguientes.

Aland Radley escribe en 1993 *Words of illness: biographical and cultural perspectives on health and disease* (24). El estudio biográfico y la vivencia de la enfermedad es compatible con la necesidad de estudiar la enfermedad en sus contextos culturales; las personas responden a la enfermedad en función de sus creencias y prácticas diarias aprendidas dentro de sus grupos sociales, configuradas por las ideologías de enfermedad producidas en la sociedad por los esfuerzos de los profesionales de la salud en su intento de evitar las enfermedades.

Deborah Lupton publica en 1994 *Medicine as culture: illness, disease and the body in Western societies* (25). Lupton repasa, de las distintas perspectivas desarrolladas en la sociología médica, el funcionalismo, el enfoque económico-político y el construccionismo social, señalando que las dos primeras que aceptan el modelo tradicional biomédico están siendo abandonadas, e incluso la perspectiva económica y política plantea abiertamente la crisis cultural de la medicina moderna por su ineficacia, alto coste, poca regulación y amplia injusticia. La perspectiva del construccionismo, más coherente con las versiones biopsicosociales de la salud y enfermedad, se encuentra en pleno auge.

En 1998, David B. Morris publica *Illness and culture in the postmodern age* (26). El autor define la enfermedad como un indicador existencial de los seres humanos. Plantea la necesidad de comprender las relaciones entre la biología y la cultura para comprender y estudiar la salud.

Cheryl Mattingly y Linda C. Garra publican en el 2000 *Narrative and the cultural construction of illness and healing* (27). Los autores presentan la narrativa como método y concepto que permite, a través del análisis, de las experiencias de los profesionales de la medicina y de las vivencias de los enfermos, poner en relación el plano cultural y el del conocimiento de realidades observables, permitiendo así una visión integral de la salud. Como los mismos autores señalan, el texto nace a raíz de una reunión de la American Anthropological Association (publicada en *Social Science and Medicine*, con el título *Narrative representations of illness and healing*, por Garra y "mattingly en 1994). El texto es representativo de una de las perspectivas actuales de la antropología médica. En esta misma dirección de las posibilidades de la narrativa, como método y concepto, habría que mencionar el libro de 2004 dirigido por Brian Hurwitz, Trisha Greenhalgh y Vieda Skultans, *Narrative research in health and illness* (28).

Judith Allsop, Kaisa Kauppinen-Toropainen, Rob Baggott y Rudy C. M. Chau publican en 2004 *Constructions of health and illness: European perspectives* (29), un trabajo donde se presenta una revisión desde la perspectiva de la construcción social de temas relacionados con la salud y la enfermedad. Destaca sobre todo el análisis de distintos aspectos de la salud desde la perspectiva legal y del consumidor de salud, como por ejemplo, la salud,

la depresión, acciones del consumidor de salud y la resistencia legal a tratamientos.

Por último, es obligado mencionar el texto de Jens Lachmund y Gunnar Stollberg de 1992 *The social construction of illness: historical, sociological and anthropological perspectives* (30), porque, aunque podría verse como un texto de historia de la medicina, en realidad se trata de un conjunto de ensayos sobre la historia social de la medicina desde la perspectiva del construccionismo social y las relaciones entre el médico y el enfermo.

A pesar de sus diferencias, todos estos planteamientos representan y comparten algunas características que definen la perspectiva de la construcción social de la salud:

1. Entienden ésta como un valor que trasciende las medidas biológicas de funcionamiento normal de un organismo.
2. La salud es un «valor» una realidad deseable, más allá del conocimiento formal.
3. La enfermedad y la salud son experiencias que los individuos adquieren durante sus vidas y que afrontan e interpretan en función de esquemas socialmente compartidos y en los que han sido socializados.
4. Salud y enfermedad son realidades biológicas, pero también culturales y, en consecuencia, no sólo están inmersas en un sistema general de creencias que les proporciona un sentido, un significado personal y colectivo, sino que además tienen un carácter histórico y espacial. Son realidades cambiantes por la interpretación social a la que están sometidas, al margen de los cambios producidos por los avances en el conocimiento o la industria médica.
5. En las construcciones sociales de la salud, junto al profesional, la etiología, los tratamientos y la curación, adquiere relevancia el usuario, el conocimiento legal y la autorregulación a través de hábitos y costumbres.

Como puede verse existe una amplia gama de posturas existentes desde la perspectiva de *la construcción social de la salud*; unas son más moderadas y otras más arriesgadas, las primeras se apuntan a la concepción unidimensional y continua de la salud, frente a la concepción dicotómica del modelo biomédico, tal como señala la definición de la OMS, pero otras formulan, con más o menos acierto, que salud y enfermedad son dos realidades y mundos distintos, cada una con aspectos diferentes y realidades múltiples, pero sobre todo son realidades por las que el individuo pasa una y otra vez a lo largo de su vida. Este último enfoque más actual es relevante no sólo para los profesionales de las ciencias de la salud (médicos, enfermeras, psicólogos en sus distintas especialidades), sino también para la formación de los futuros profesionales. En cualquier caso, es un avance frente a los planteamientos iniciales que surgieron con la aceptación del modelo biopsicosocial de Engel y, desde luego, hace más compleja la historia oficial contada por los psicólogos de la salud, tal como señalamos al comienzo de este trabajo (20).

nimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además de la mejora del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud» (18). Se trata de un campo fronterizo de las distintas especialidades de la psicología donde se integra todo el conocimiento psicológico que ayuda a resolver las cuestiones de promoción de la salud y tratamiento de la enfermedad.

En segundo lugar, el término lo acuña para integrar, desde una perspectiva nueva, campos profesionales que ya estaban en marcha, que han demostrado y tenido éxito en el tratamiento y la prevención de determinadas enfermedades y necesitan un marco teórico que fundamente y oriente dichas prácticas. Como ya comentamos, Matarazzo entiende la psicología de la salud como un término preferentemente académico e integrador de distintas prácticas profesionales (psicología médica, psicología clínica, medicina comportamental) y muy familiar entre los psicólogos. Más aún, anticipa que en un futuro próximo, parte de lo que en ese momento se entiende como campos autónomos y claramente diferenciados acabará integrándose en una psicología de la salud: «Sin embargo, si mi lectura de la historia de la sociología de profesiones es correcta, lo que se llama hoy la psicología clínica y médica se etiquetará pronto como la psicología de salud por algunos de los líderes de estos campos, muchos de los cuales afortunadamente dirigen hoy este nuevo enfoque de psicología de salud dentro de la psicología americana».

En tercer lugar, la definición se formula como un punto de partida que propicie el debate entre los psicólogos de distintas especialidades. Se trata de un intento de integrar las distintas perspectivas psicológicas aplicadas a la salud para desarrollar una fundamentación científica que justifique el apoyo institucional a la investigación, formación y práctica, demostrando lo que la psicología puede aportar «a las necesidades sociales de nuestra sociedad y a su propio crecimiento de conocimiento científico» (18).

Siguiendo su definición, las líneas fundamentales de actuación del psicólogo de la salud son las siguientes.

1. En primer lugar, *la promoción y el mantenimiento de la salud*: lógicamente incorpora a los psicólogos sociales al ámbito de la salud, tanto para la aplicación de sus teorías sociales como en el estudio de estilos de vida saludables (ejercicio físico, dieta, etc.) y el diseño de campañas que modifique hábitos y conductas de salud inadecuadas.
2. En segundo lugar, *la prevención y el tratamiento de la enfermedad*. La psicología de la salud debe desarrollar modelos de investigación y teorías, avaladas científicamente, que expliquen las relaciones entre conductas preventivas (desde las clásicas vacunaciones a las revisiones médicas, estudios genéticos, usos de sustancias nocivas como tabaco, alcohol o drogas, etc.) y el desarrollo de enfermedades. Además, durante el proceso de tratamiento de la enfermedad, existen factores cognitivos (modelos mentales de la salud), reacciones emocionales (estrés y afrontamiento), características de personalidad

y aspectos de la conducta del enfermo que pueden facilitar o entorpecer la labor de los responsables del tratamiento, como por ejemplo, en el caso del cumplimiento del tratamiento.

3. Por último, junto a estas líneas de actuación, el psicólogo de la salud está integrado o debe estarlo en los sistemas sanitarios y, por tanto, debe prestar atención a la formulación y mejora de las políticas de salud.

En todo este programa, la cuestión de fondo y la problemática que preocupa a los actuales psicólogos de la salud es determinar claramente la interacción de aspectos biológicos, ambientales y sociales en las formas de enfermedad. No es una mera cuestión de relacionar el consumo de alcohol o tabaco y la aparición de determinadas enfermedades, sino de establecer el patrón interactivo preciso por el que se pueda confirmar una relación de causa y efecto, algo que unos buscan afanosamente y otros no ven viable. En cualquier caso, esta preocupación es consecuencia, quizá, de haber tomado al pie de la letra la formulación de Engel en vez de entenderla como filosofía implícita para tratar el tema de la salud y la enfermedad desde una perspectiva global e integradora. Como contraejemplo, Lalonde (42), en 1974, se arriesga a indicar en porcentajes el papel que los factores biológicos (27 %), los estilos de vida (43 %), el medio ambiente (19 %) y los sistemas sanitarios (11 %) desempeñan en la situación canadiense de la salud.

Para cerrar este aspecto, podemos decir que esta definición, trascurridos casi tres décadas desde su formulación, ha sido ampliamente aceptada, más por las atribuciones y áreas de trabajo descritas que por su intento de clarificar e integrar la diversidad de enfoques psicológicos y médicos que, después de la I Guerra Mundial, proliferan en el ámbito académico y en el de la práctica profesional. De hecho, más que integrar parece haber facilitado la aparición de nuevas subespecialidades de *psicologías* de la salud, tal como se deduce de la existencia actual de campos como la psicología social de la salud, la psicología social de la salud mental, la psicología clínica de la salud, la psicología ocupacional de la salud, la psicología comunitaria, etc., de la diversificación de revistas especializadas del campo, así como de la amplia gama de cuestiones que recoge la psicología de la salud, algo que se resume y refleja claramente, por ejemplo, en el *Handbook of diversity issues in health psychology* publicado por Kato y Mann en 1996 (43).

El plan iniciado por Matarazzo y los fundadores de la división 38 de la APA tuvo sentido para la época del último cuarto del siglo xx. Supo clarificar y ordenar un campo disperso e integrar necesidades académicas y sociales con las características de la creciente sociedad de servicios, pero también veremos que ha sido transformado desde el 2000 por planes de acción menos académicos, más profesionales y públicos, menos locales y más integrados en términos tanto geográficos como de disciplinas y de políticas públicas de salud y, sobre todo, por guías de actuación que van homologando poco a poco las intervenciones específicas de los psicólogos de la salud en los centros sanitarios, las llamadas *guías de práctica clínica* de los organismos nacionales de salud de los países.

Stone en 1987 bajo el título *Health psychology. A discipline and profession* (33). Esta preocupación, como ya comentamos antes, llevó a psicólogos y médicos a formular la necesidad de regular la formación académica y profesional de los psicólogos que trabajaban en los servicios de salud. Un primer intento de regulación se consiguió en 1978 con el reconocimiento dentro de la APA de una nueva división, *Health psychology* (número 38). Precisamente, Stone junto a Cohen y Adler y otros pioneros publican un año más tarde, en 1979, uno de los textos básicos de referencia y el primero que aparece con el título *Health psychology* (33). Tres años después se funda la revista de la división 38 de la APA, bajo el nombre de *Health Psychology*. A partir de aquí proliferan los cursos de especialización en psicología de la salud, reuniones y seminarios sobre la formación de los futuros psicólogos de la salud (como las reuniones nacionales de 1983 y 1988). Matarazzo, en su artículo de 1980 (18), recoge algunos de los apoyos institucionales y de organismos públicos norteamericanos que recibieron los nuevos programas predoctorales y doctorales en la investigación psicológica de la salud. En definitiva, la cuestión de la investigación, entrenamiento y práctica de los psicólogos de la salud es un tema recurrente porque se mantiene desde los primeros intentos de institucionalizar el campo. ¡liaes, Leventhal y Johnston (39) y Wallston (9) describen los acontecimientos más característicos que desembocaron en el reconocimiento de una psicología de la salud, como disciplina autónoma.

Pero hay que recordar que pasaron más de 10 años desde que William Schofield señalara en 1969 (40), antes que Engel, la necesidad de que los psicólogos prestaran más atención tanto a la investigación como a la práctica psicológica en los contextos sanitarios hasta los primeros indicadores de la formalización de dicha necesidad. Durante ese espacio de tiempo, los acontecimientos se precipitan y la sensibilidad psicológica hacia la salud es cada vez más visible. Lo más relevante es que esta actitud hacia la psicología y sus posibilidades en el ámbito de la salud no era nueva; simplemente coincidió con un momento social, al menos en el ámbito estadounidense y de las sociedades más desarrolladas, en el que las creencias colectivas sobre la salud podían interiorizar las nuevas dimensiones del concepto de salud y bienestar; con una creciente industrialización de la medicina no sólo por los avances y descubrimientos o la proliferación de laboratorios, sino también por su masificación en el campo de la formación e investigación académica y, por último, con el desarrollo de un estado de bienestar y de los servicios públicos sanitarios.

Los factores que facilitaron la aparición de una psicología de la salud, como ya mencionamos al principio de este capítulo, van más allá de los avatares internos de un campo académico o profesional. Además, habría que señalar que el consenso generalizado sobre cómo surge esta disciplina se basa en una visión de escasa perspectiva histórica, dando por sentado que la psicología de la salud es, y surge, de Norteamérica. Como en tantas otras ciencias aplicadas, se acepta fácilmente su reciente historia, olvidando un trasfondo histórico y geográfico mucho más complejo y amplio. Por eso, en ámbitos de América del Sur se reivindica muchas veces planteamientos de una psicología de la salud muy anteriores a

su institucionalización en Estados Unidos de América, algo coherente con países que, no disponiendo de recursos técnicos y avances médicos de las sociedades desarrolladas, se vieron obligados a echar mano de recursos psicológicos, avanzando de forma más natural en el papel que los factores psicológicos y culturales desempeñan en las cuestiones de la salud y la enfermedad.

En definitiva, esta historia reciente de la psicología de la salud, que forma parte de lo que muchos denominan orientación dominante, no recoge su historia más lejana, que implica incorporar las tradiciones culturales de pensamiento y nos remonta a visiones tradicionales de la salud y la enfermedad, cargadas de creencias y supuestos religiosos, a la progresiva secularización de las sociedades, la consiguiente aceptación de una medicina científica y profesional, y su divulgación en el sistema de creencias colectivas. Desde esta perspectiva histórica habría que hablar de la diversidad de modelos o concepciones de la salud y la enfermedad, así como de la existencia en todos los momentos de concepciones alternativas a las visiones dominantes, como ocurre en el caso de la medicina alternativa o no convencional de la época actual, un enfoque obviado por la reciente psicología de la salud que comparte con el modelo biomédico del siglo XIX su visión científica y positiva de la salud y la enfermedad. Es necesario destacar aquí el texto de Albrecht, Fitzpatrick y Scrimshaw de 2000, *The handbook of social studies in health and medicine* (22) y, especialmente, al capítulo primero realizado por Bryan S. Turner centrado en el análisis histórico *The history of the changing concepts of health and illness: outline of a general model of illness categories* (41). Turner plantea abiertamente en este capítulo la conveniencia de hablar no de *historia*, sino de *historias* de las principales conceptualizaciones del bienestar y el sufrimiento humano. En este sentido realiza una tipología de concepciones históricas de la salud según dos dimensiones o categorías: individual frente a colectiva, y sacralizada frente a profana, de la misma forma que otros mencionan la dimensión «natural frente a deliberada».

## una definición como agenda de actuación

En esta reciente orientación dominante de la nueva disciplina, nos falta mencionar un último aspecto que, también como los anteriores, es compartido y está generalizado entre todos los textos y profesionales de la psicología de la salud. Nos referimos a la definición del campo, formulada por Matarazzo en 1980 (18), que es repetida, aceptada y seguida tanto en la academia como en la práctica profesional, aunque también es cierto que ha sido criticada y existen definiciones posteriores más específicas. Pero con todo, resulta sorprendente la aceptación de esta definición, sobre todo teniendo en cuenta el contexto y justificación que el propio Matarazzo realiza de ella.

En primer lugar, define la psicología de la salud como «el conjunto de las aportaciones educativas, científicas y profesionales específicas de la disciplina de psicología a la promoción y mante-

nimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además de la mejora del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud» (18). Se trata de un campo fronterizo de las distintas especialidades de la psicología donde se integra todo el conocimiento psicológico que ayuda a resolver las cuestiones de promoción de la salud y tratamiento de la enfermedad.

En segundo lugar, el término lo acuña para integrar, desde una perspectiva nueva, campos profesionales que ya estaban en marcha, que han demostrado y tenido éxito en el tratamiento y la prevención de determinadas enfermedades y necesitan un marco teórico que fundamente y oriente dichas prácticas. Como ya comentamos, Matarazzo entiende la psicología de la salud como un término preferentemente académico e integrador de distintas prácticas profesionales (psicología médica, psicología clínica, medicina comportamental) y muy familiar entre los psicólogos. Más aún, anticipa que en un futuro próximo, parte de lo que en ese momento se entiende como campos autónomos y claramente diferenciados acabará integrándose en una psicología de la salud: «Sin embargo, si mi lectura de la historia de la sociología de profesiones es correcta, lo que se llama hoy la psicología clínica y médica se etiquetará pronto como la psicología de salud por algunos de los líderes de estos campos, muchos de los cuales afortunadamente dirigen hoy este nuevo enfoque de psicología de salud dentro de la psicología americana».

En tercer lugar, la definición se formula como un punto de partida que propicie el debate entre los psicólogos de distintas especialidades. Se trata de un intento de integrar las distintas perspectivas psicológicas aplicadas a la salud para desarrollar una fundamentación científica que justifique el apoyo institucional a la investigación, formación y práctica, demostrando lo que la psicología puede aportar «a las necesidades sociales de nuestra sociedad y a su propio crecimiento de conocimiento científico» (18).

Siguiendo su definición, las líneas fundamentales de actuación del psicólogo de la salud son las siguientes.

1. En primer lugar, *la promoción y el mantenimiento de la salud*: lógicamente incorpora a los psicólogos sociales al ámbito de la salud, tanto para la aplicación de sus teorías sociales como en el estudio de estilos de vida saludables (ejercicio físico, dieta, etc.) y el diseño de campañas que modifique hábitos y conductas de salud inadecuadas.
2. En segundo lugar, *la prevención y el tratamiento de la enfermedad*. La psicología de la salud debe desarrollar modelos de investigación y teorías, avaladas científicamente, que expliquen las relaciones entre conductas preventivas (desde las clásicas vacunaciones a las revisiones médicas, estudios genéticos, usos de sustancias nocivas como tabaco, alcohol, drogas, etc.) y el desarrollo de enfermedades. Además, durante el proceso de tratamiento de la enfermedad, existen factores cognitivos (modelos mentales de la salud), reacciones emocionales (estrés y afrontamiento), características de personalidad

y aspectos de la conducta del enfermo que pueden facilitar o entorpecer la labor de los responsables del tratamiento, como por ejemplo, en el caso del cumplimiento del tratamiento.

3. Por último, junto a estas líneas de actuación, el psicólogo de la salud está integrado o debe estarlo en los sistemas sanitarios y, por tanto, debe prestar atención a la formulación y mejora de las políticas de salud.

En todo este programa, la cuestión de fondo y la problemática que preocupa a los actuales psicólogos de la salud es determinar claramente la interacción de aspectos biológicos, ambientales y sociales en las formas de enfermedad. No es una mera cuestión de relacionar el consumo de alcohol, tabaco y la aparición de determinadas enfermedades, sino de establecer el patrón interactivo preciso por el que se pueda confirmar una relación de causa y efecto, algo que unos buscan afanosamente y otros no ven viable. En cualquier caso, esta preocupación es consecuencia, quizá, de haber tomado al pie de la letra la formulación de Engel en vez de entenderla como filosofía implícita para tratar el tema de la salud y la enfermedad desde una perspectiva global e integradora. Como contraejemplo, Lalonde (42), en 1974, se arriesga a indicar en porcentajes el papel que los factores biológicos (27%), los estilos de vida (43%), el medio ambiente (19%) y los sistemas sanitarios (11%) desempeñan en la situación canadiense de la salud.

Para cerrar este aspecto, podemos decir que esta definición, trascurridos casi tres décadas desde su formulación, ha sido ampliamente aceptada, más por las atribuciones y áreas de trabajo descritas que por su intento de clarificar e integrar la diversidad de enfoques psicológicos y médicos que, después de la I Guerra Mundial, proliferan en el ámbito académico y en el de la práctica profesional. De hecho, más que integrar parece haber facilitado la aparición de nuevas subespecialidades de *psicologías* de la salud, tal como se deduce de la existencia actual de campos como la psicología social de la salud, la psicología social de la salud mental, la psicología clínica de la salud, la psicología ocupacional de la salud, la psicología comunitaria, etc., de la diversificación de revistas especializadas del campo, así como de la amplia gama de cuestiones que recoge la psicología de la salud, algo que se resume y refleja claramente, por ejemplo, en el *Handbook of diversity issues in health psychology* publicado por Kato y Mann en 1996 (43).

El plan iniciado por Matarazzo y los fundadores de la división 38 de la APA tuvo sentido para la época del último cuarto del siglo xx. Supo clarificar y ordenar un campo disperso e integrar necesidades académicas y sociales con las características de la creciente sociedad de servicios, pero también veremos que ha sido transformado desde el 2000 por planes de acción menos académicos, más profesionales y públicos, menos locales y más integrados en términos tanto geográficos como de disciplinas y de políticas públicas de salud y, sobre todo, por guías de actuación que van homologando poco a poco las intervenciones específicas de los psicólogos de la salud en los centros sanitarios, las llamadas *guías de práctica clínica* de los organismos nacionales de salud de los países.

## Alcance y campo de la psicología de la salud

### diversificación de temas y sensibilidades

La literatura científica actual pone de manifiesto la proliferación de temas y áreas psicológicas que se ocupan de la salud. Más aún, los especialistas de dichas áreas no sólo señalan matices relevantes que las distinguen, sino que ofrecen definiciones de cada una de ellas para indicar su particularidad en el estudio de la salud. En nuestro ámbito, la segunda versión ampliada del texto de Amigo Vázquez, Fernández Rodríguez y Pérez Álvarez (44), *Manual de psicología de la salud*, hace una revisión rápida de algunas de estas áreas y sus objetivos diferenciados. El texto de Simón (45), *Manual de psicología de la salud*, en el primer capítulo, señala los intentos por delimitar las distintas áreas de la psicología aplicada a la salud: entre psicología clínica, psicología comunitaria, medicina comportamental, psicología de la salud y algunas otras. En otro ámbito, el texto de Ogden (35), en sus capítulos iniciales, repasa también los distintos orígenes, significado y propósito de las diferentes áreas psicológicas relacionadas con la salud. Son pocos los manuales, de un modo u otro, que no se ven obligados a mencionarlas y a marcar sus diferencias.

Junto a esta diversificación de áreas, o quizá por ello, existe un enorme abanico de cuestiones y temas que tratan actualmente los psicólogos de la salud. Según la formación profesional dentro de la psicología (clínico, comunitario, social, educativo, de las organizaciones, etc.), de su actividad (académica o profesional), de sus relaciones con otros profesionales (médicos, sociólogos, antropólogos, enfermeros, cuidadores) y, por supuesto, de su sensibilidad social, nos encontramos con temas muy dispares que forman hoy en día el campo de la psicología, desde la fertilidad asistida a los estados terminales; de los servicios oncológicos o cardiovasculares hasta los relacionados con las unidades de dolor; desde los modelos y creencias legas sobre la salud hasta las conductas de salud y experiencia de la enfermedad.

A modo de ejemplo, registramos a continuación las principales áreas de aplicación expuestas por Rodin en 1985 (46):

1. El impacto de las variables ambientales o situacionales sobre los problemas y conductas sociales de todo tipo, más allá de las disposiciones del individuo.
2. Los estudios sobre la interacción entre la situación y la persona, aceptando que la personalidad expresa tanto estabilidad como cambio en los contextos aplicados.
3. La importancia de la influencia social, es decir, la influencia directa o indirecta de las demás personas sobre los problemas del individuo.
4. La relevancia del apoyo social, entendido como la información que las demás personas nos proporcionan sobre el afecto, la estima y las obligaciones mutuas hacia nosotros, que influye sobre la salud física y mental, y sobre la calidad de vida de todos nosotros.
5. Los estudios sobre atribución causal, que buscan las conexiones entre los efectos de diversas situaciones de importancia vital y sus posibles causas, de forma que estos supuestos causales afectan tanto a la interpretación de los estados psicológicos como a las conductas realizadas por los individuos.
6. El procesamiento de información que realizan las personas y las decisiones que toman en función de ese procesamiento, afectando de esta forma a una gran variedad de conductas relacionadas con la salud.
7. El estudio del control, la competencia, la participación social y la autoestima, como dimensiones que influyen en la actividad social de los individuos y en las consecuencias de la misma sobre el bienestar y la calidad de vida.
8. El estudio de los efectos fisiológicos provocados por los procesos psicosociales, como por ejemplo, las consecuencias del estrés sobre diversos aspectos somáticos relacionados con la salud y la enfermedad.

La proliferación de estudios psicosociales sobre los problemas de salud es tan enorme que resulta difícil establecer no sólo un listado de aplicaciones concretas en este campo, sino que resulta casi inviable encontrar una categorización de éstas que sea aceptada por toda la comunidad científica dedicada a la salud. Como vamos a plantear a continuación, quizá la sensibilidad, la ideología, en el sentido amplio de la palabra, y la formación académica de estos profesionales puede ayudar a establecer algún tipo de categorización.

Es evidente que existen muchas formas, y todas discutibles, de poner en orden y clarificar los temas que ha ido incorporando la psicología de la salud a lo largo de sus treinta años de existencia institucionalizada. Lo primero que habría que señalar, como característica general, es que parece ser un campo abocado desde sus inicios y consolidación a definirse en función del modelo planteado por Engel, y que sirve de cobertura para navegar cómodamente a lo largo del hipertexto de las disciplinas de salud (15), o a inspirarse en la definición propuesta por Matarazzo (18), puesto que recoge las líneas principales de actuación mencionadas y que cubren los objetivos marcados por los sistemas públicos sanitarios, y junto a esto, los objetivos que se marcaron en el nacimiento de la división 38 de la APA, formulados en los términos siguientes:

1. Promover las aportaciones de la psicología en la comprensión de la salud y la enfermedad a través de la investigación básica y clínica.
2. Integrar la información biomédica sobre la salud y la enfermedad con el conocimiento psicológico actual.
3. Proporcionar información y aportar datos a la comunidad científica y profesional, así como al público general, de los principales resultados de la investigación y de las actividades y servicios en este campo.
4. Facilitar y promover la formación de profesionales y la creación de servicios especializados en psicología de la salud (APA, división 38).

En definitiva, se trata de agendas complementarias que facilitaron la proliferación de temas en psicología de la salud, algo lógico si nos percatamos de que las mencionadas son generales y abiertas, permiten múltiples interpretaciones y dan cabida a todas las sensibilidades.

La segunda característica que debe mencionarse es que se ha producido un desplazamiento de la sensibilidad académica (representada en los textos iniciales de la psicología de la salud) hacia una orientación práctica, de servicios sanitarios y de incorporación de los psicólogos a los diferentes niveles de atención sanitaria y sus correspondientes unidades de intervención.

En función de este hecho, una forma de clarificar o, al menos, ordenar la pluralidad de enfoques, teorías, temas y cuestiones específicas que en la actualidad dan forma a la psicología de la salud consiste en distinguir como mínimo tres tipos de sensibilidad práctica, que en parte son responsables de la falta de integración temática del campo. Seoane (47) distinguía entre «Psicólogos y psicólogos» para introducir la nueva cultura de los psicólogos en general, pero esa nueva cultura también se puede aplicar por analogía al campo específico de la salud.

La primera sería una sensibilidad *sanitaria radical*, marcada por la preocupación por las enfermedades y por su intento de acoplarse a los profesionales de la medicina. La segunda, *la sanitaria existencial*, prefiere hablar del enfermo, de su experiencia y sus problemas, y la tercera, *la sanitaria solidaria*, afronta los temas de salud desde la diversidad y particularidades de los grupos humanos y sus formas de enfermar.

Un ejemplo representativo y, por otro lado, radical de la sensibilidad sanitaria queda reflejado en la obra *Handbook of clinical health psychology, vol. 1: Medical disorders and behavioral applications*, publicado por Bennet, Perry y Rozensky en 2002 (48). Como señala Optan (49), su forma de integrar al psicólogo en el campo de la salud es partir de la clasificación de las enfermedades y destacar en cada una de ellas los factores psicológicos implicados. En concreto, los 17 capítulos se corresponden con las 17 categorías de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9). Ahora bien, sin llegar a dichos extremos, que el mismo Optan "a crítica en su revisión del libro, existen otros textos de psicología de la salud que representan esta orientación sanitaria radical, poniendo de manifiesta la preocupación de los psicólogos de la salud por seguir la perspectiva biomédica e implementar aspectos psicológicos relevantes en el curso, tratamiento y afrontamiento de las enfermedades. Éste es el caso del texto de Broome y Llewelyn, *Health psychology: Process and applications* de 1994 (50). Después de una primera parte en la que se plantean procesos psicológicos, sociales y de política sanitaria relevantes para la salud, en la segunda se analizan detalladamente un conjunto de enfermedades, señalando en cada una de ellas los aspectos psicológicos educativos, de afrontamiento y de prevención específicos para ellas. En el texto colaboran académicos y psicólogos profesionales que trabajan en unidades asistenciales y hospitales, algo que les permite atender a los aspectos de la práctica profesional diaria.

En nuestro ámbito, quizá el texto de Amigo, Fernández y Pérez (44) y el de Simón (51) representan esta sensibilidad. Reproducimos parte del índice de este último como ejemplo de esta tendencia o sensibilidad (tabla 28-1). Puede apreciarse el predominio de aplicaciones en función de enfermedades (sección III); en cada uno de los 12 capítulos de esta parte se incorporan los aspectos y factores psicológicos relevantes.

La *orientación existencial* en esta perspectiva sanitaria adquiere otros matices en aquellos psicólogos que se centran más en enfermos que en enfermedades, más en las personas que en su enfermedad. Analizan los modelos de creencias de salud que están en la base de las cuestiones de diagnóstico y tratamiento; la dinámica de las relaciones entre médico y paciente y sus formas diferentes de interpretar y procesar la información que comparten, así como las implicaciones emocionales y adaptativas de la enfermedad, el tratamiento y la hospitalización; en definitiva, el proceso completo de la experiencia de la enfermedad, desde los síntomas iniciales de malestar, pasando por el proceso del tratamiento hasta la recuperación. En esta categoría adquieren especial relevancia las teorías relativas a las concepciones legas de la salud y la enfermedad, la percepción de control, el estrés y las estrategias de afrontamiento, junto con las características de personalidad. Al mismo tiempo, tiende a analizar las conductas que facilitan y promueven la salud (ejercicio físico, dieta equilibrada, etc.), así como los comportamientos y hábitos de riesgo: tabaco, alcohol, drogas. Textos como el de Marks (52), el de Ogden (53) o el de Radley (11) estarían en esta segunda línea. Reproducimos parte del índice de este último a modo de ejemplo (tabla 28-2).

---

### Tabla 28-1/ Ejemplo de orientación sanitaria radical

Sección I. FUNDAMENTOS de la psicología de la salud (capítulos 1-7)  
Sección II. MÉTODO (capítulos 8-12)  
Sección III. APLICACIONES (capítulos 13-24)

13. Preparación psicológica ante procedimientos de resonancia magnética
14. Intervención en trastornos del sueño relacionados con la respiración
15. Procedimientos conductuales para el control de la diabetes
16. Intervención psicológica en el cáncer
17. Tratamiento psicológico del dolor crónico
18. Estrategias conductuales en el tratamiento de los trastornos temporomandibulares
19. Tratamiento conductual del asma bronquial
20. Intervención psicológica de la infección por el VIH/SIDA
21. Tratamiento conductual de las cefaleas
22. Evaluación y tratamiento del síndrome del suelo pélvico espástico
23. Intervención psicológica en las enfermedades inflamatorias intestinales
24. El estrés asistencial en los servicios de salud
25. Apéndice

---

Adaptado de Simón (51).

---

/tabla28-2/

**Ejemplo de orientación sanitaria existencial**

Salud y enfermedad: una introducción  
 La enfermedad, el paciente y la sociedad  
 Ideas sobre la salud y estar sano  
 Reconocer los síntomas y caer enfermo  
 La relación curativa: doctores, pacientes y enfermeras  
 Enfermedad y género: la salud de las mujeres  
 La enfermedad crónica  
 Estrés, enfermedad y apoyo social  
 Promover la salud y prevenir la enfermedad

Adaptado de Radley (11).

Por último, la *orientación solidaria* de esta perspectiva sanitaria es casi una consecuencia de la anterior, puesto que al enfrentarse al enfermo, éste se mueve en distintos grupos de pertenencia que le hacen más o menos vulnerable a determinados estilos y situaciones de vida relacionadas con la salud y a formas diferentes de enfermar y de afrontar individual, social y económicamente dicha situación. Baste como ejemplos más representativos de esta orientación el manual de Marmot y Wilkinson (54) o el de Kato y Mann (43) sobre los determinantes sociales de la salud, que abordan desde los problemas de desigualdad social a los problemas específicos de salud en función de edades, sexo, orientación sexual, situación laboral, minorías, etnia, países, etc. (tabla 28-3).

Es evidente que esta orientación adquiere todavía mayor justificación a partir de la creación en 2005 de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, según la propuesta realizada por el Director General de la OMS en 2004.

**integración teórica**

A pesar de la diversificación de temas, enfoques y sensibilidades que acabamos de mencionar, también es verdad que existe una sensibilidad más académica que, aunque bastante desplazada por la orientación sanitaria, fundamentó los comienzos y el desarrollo inicial del nuevo campo, especialmente en las universidades, y que trataba de aplicar sus conocimientos teóricos de psicología al campo de la salud. En la medida en que mantuvo una filosofía global e integradora sobre el papel de la psicología en el campo de la salud y le preocupaba la formación de esos futuros especialistas, esta orientación ha logrado que el campo, diversificado en temas y cuestiones variadas, mantenga sin embargo cierta integración a través de una serie de líneas teóricas y variables destacadas que configuran el panorama actual del trabajo y la investigación más básica. Quizá sea la revisión ya mencionada de Salovey, Rothman y Rodin (55) una de las más equilibradas y completas que describen la situación actual (tabla 28-4).

/tabla28-3/

**Ejemplo de orientación sanitaria solidaria**

*Introducción y metodología*  
 Introducción: hacia la psicología de salud de poblaciones especiales  
 Miedo a la heterogeneidad en el estudio de poblaciones humanas y artefactos estadísticos producidos

*Cuestiones del ciclo vital en la psicología de la salud*  
 Los problemas de edad y salud  
 Terapias a través del ciclo vital  
 El contexto de desarrollo para los niños en familias con abuso de cocaína  
 El problema de dolor pediátrico  
 El desarrollo juvenil saludable: riesgos y oportunidades  
 La invalidez irreversible en la vejez  
 Deterioro funcional, enfermedad física y depresión en los adultos más viejos

*El género sexual y cuestiones de orientación sexual en la psicología de la salud*  
 ¿Por qué necesitamos la psicología de salud de género?  
 Tabaco y riesgo de enfermedad cardiovascular en las mujeres: los problemas para la prevención y la salud de las mujeres  
 Estrés en el papel del género masculino: una perspectiva sobre la salud de los hombres  
 Psicoterapia en los homosexuales infectados por el SIDA  
 Homofobia y salud de la psicología de las lesbianas

*Problemas de etnicidad en la psicología de la salud*  
 Sobre nada y todo: la relación entre la etnicidad y la salud  
 La salud afroamericana a lo largo de la vida: un marco multidimensional  
 Diseño de programas de promoción de salud para latinos  
 Problemas de cuidado de salud en asiáticos: las implicaciones de somatización  
 Enfoques conductuales en la prevención de la enfermedad para los americanos nativos  
 Fundamentación biológica, medioambiental y cultural para las diferencias étnicas en el tratamiento  
 Situación socioeconómica y salud en las poblaciones raciales minoritarias

Adaptado de Kato y Mann (43).

Los tres niveles de la clasificación corresponden a la distinción entre teorías sociales construidas al margen de la preocupación por la salud, pero que han tenido y tienen una aplicación conocida sobre ese campo. Por el contrario, las teorías específicas surgieron dentro de los estudios sociales sobre la salud, al margen de que utilicen viejos principios y conceptos de la teoría social general. Por último, los temas de personalidad y emoción recogen múltiples aspectos y variables que son muy utilizados en el campo de la salud, pero que difícilmente pueden introducirse en las teorías generales o en las específicas, porque no participan tan claramente en la obsesión cognitiva de las anteriores (56,57).

En otro trabajo, Rodin y Salovey (7) recogen algunas de estas teorías desde una perspectiva distinta, integrándolas en variables antecedentes, mediadoras y motivadores. En el 2003, Salovey y Rothman (58) publican un «libro de lecturas» donde recogen un conjunto de trabajos clásicos bajo un esquema más actual y prác-

## /tabla28-4/

### Principales orientaciones en conductas de salud

#### Teorías generales

Actitudes y conducta  
Teoría de la atribución  
Teoría social cognitiva  
Teoría de la comparación social

#### Teorías específicas

Modelo de creencias de salud  
Teoría de la motivación de protección  
Modelos mentales de salud y enfermedad  
Modelos de etapas en el cambio de conductas de salud

#### Personalidad y emoción

Optimismo  
Ira y hostilidad  
Neuroticismo y afectividad negativa  
Autoconciencia  
Represión, inhibición y expresión de la emoción

Adaptado de Salovey y cols. (26)

tico de estructurar las teorías psicológicas aplicadas a la salud, en concreto 23 lecturas en 7 epígrafes: modelos mentales de salud y enfermedad; creencias de salud y conducta de salud; el procesamiento de información de salud; influencia social, salud y enfermedad: la comparación social y las normas sociales; apoyo social, salud y enfermedad: cambio de conducta y, por último, personalidad y salud.

1

1

#### teorías generales

1

En cuanto a las teorías generales, se recogen aspectos muy clásicos de la psicología social, por supuesto en las versiones más actuales, que se han aplicado ya en infinidad de campos, pero que aquí interesan por su repercusión en la problemática de la salud. La relación entre actitudes y conducta tiene una larga y sugestiva tradición, reconstruida ahora bajo el punto de vista de las actitudes y creencias sobre la salud que pueden influir en nuestros comportamientos y decisiones sobre la misma.

En cualquier caso, las relaciones entre creencias de salud y el comportamiento real en situaciones de salud y enfermedad (p. ej., el valor social del aspecto físico y las conductas alimentarias, el cumplimiento de un tratamiento oncológico por su eficacia percibida o las creencias sobre el estilo de vida y su repercusión en la depresión) heredan la vieja polémica de hasta qué punto las actitudes influyen o pueden llegar a predecir las conductas correspondientes. La relación existe no es una relación simple ni mecánica. Por eso aparecen distintas versiones de esta relación: la *teoría de la utilidad subjetiva esperada* supone que realizamos determinados comportamientos sobre la salud en función de su utilidad percibida (59). La *teoría de la acción razonada* (60) pre-

flere rebajar el nivel general de la actitud hasta grados más específicos de creencias que tienen una mayor relación directa con la conducta, consiguiendo así percepciones más ajustadas sobre las decisiones adoptadas y reflejando de un modo más adecuado las intenciones del individuo para la acción. Por último, la *teoría de la conducta planificada* es una variante de la anterior que, fundamentalmente, añade la percepción que el individuo tiene sobre el control de la conducta que tiene que realizar, consiguiendo así ajustar mucho más las predicciones sobre la conducta real.

Por otro lado, la teoría de la atribución formulada inicialmente por Kelley en 1967 (61) es un conjunto de hipótesis y modelos que intentan descubrir las causas que atribuimos a distintos comportamientos que observamos o padecemos; una teoría posteriormente reformulada y con muy distintas variantes. En cualquier caso, las teorías de la atribución tienen especial relevancia en cuestiones de salud relacionadas, por ejemplo, con el seguimiento adecuado de los tratamientos prescritos o con el cambio de hábitos poco saludables. En definitiva, los estudios de atribución están enfocados en el campo de la salud principalmente hacia la investigación de las causas que las personas suponen sobre la enfermedad que padecen y hacia la manipulación de esas atribuciones para ayudar a enfrentarse y a promover las conductas saludables.

Aunque la teoría social cognitiva es un campo más amplio de discusión, se suele relacionar con el trabajo de Bandura (62) cuando se trata del campo de la salud. En este caso, destaca especialmente la autoeficacia entre las variables explicativas, puesto que mantiene que el juicio que tenemos sobre lo que somos capaces de hacer en cada caso y circunstancia afecta especialmente a la realización de la conducta. Muy semejante a la percepción de control que tenemos, esta variable tiene especial importancia en el comportamiento de las personas que se enfrentan a la enfermedad o a decisiones relevantes para nuestra salud.

Por último, dentro de estas orientaciones sociales generales, la teoría de la comparación social tiene su origen en los trabajos de Festinger (63), quien resaltaba que en cualquier situación, principalmente en situaciones inciertas, no muy definidas, adquiere un papel decisivo la información y las presiones que recibimos de los demás. En el campo de la salud y, sobre todo, en la enfermedad – su sintomatología y tratamiento – tiene especial significado en la interpretación, valoración e importancia que adjudicamos a la enfermedad. La información que nos proporciona el médico, las asociaciones de afectados por una enfermedad, las valoraciones divulgadas por los medios de comunicación, son ejemplos muy concretos de elementos de comparación social que afectarán a la valoración de nuestra situación y, en consecuencia, de las decisiones que deseamos tomar.

1

#### teorías específicas

1

Las teorías específicas sobre la salud, siguiendo la clasificación de Salovey, Rothman y Rodin (55), recurren también a todo tipo de hipótesis y tradiciones de la psicología y de la psicología

social en particular; la diferencia radica en que esos elementos están elaborados de forma que puedan ser aplicados a las distintas cuestiones de la salud. Tienen así una apariencia más concreta y cercana a los problemas que investigan. Éste es el caso del *modelo de creencias de salud* (64), que postula que la amenaza percibida incita a que las personas actúen en función de las creencias sobre las conductas posibles y el plan específico de acción. El modelo intenta determinar las variables que entran en juego dentro de esta dinámica, utilizando inicialmente el factor de gravedad de la amenaza, susceptibilidad de la persona, beneficios de la acción determinada y barreras percibidas para ejecutarla. Sin embargo, a medida que el modelo se fue desarrollando y recibiendo información de su aplicación, otras variables fueron añadidas para aumentar su potencia y corregir ambigüedades. La integración de toda esta estructura dinámica de factores recibió su correspondiente cuantificación, dando lugar a investigaciones complejas y a críticas y refinamientos metodológicos que la convierten en un modelo muy activo dentro del panorama actual.

La *teoría de la motivación de protección* (65) recurre al viejo papel del miedo en las decisiones sociales relacionadas con la salud, bajo el supuesto general de que las personas están motivadas hacia la protección de uno mismo. Según la teoría, el miedo desencadena una serie de procesos cognitivos que influyen en la conducta de salud. La evaluación de la amenaza percibida está en función de la gravedad y la vulnerabilidad, así como del miedo percibido. Pero, por otro lado, la evaluación del afrontamiento ante la amenaza también está en función de los costes de la respuesta, así como de los sentimientos de autoeficacia. En definitiva, la teoría mantiene que la decisión de realizar una determinada conducta de salud es la resultante de las creencias sobre la capacidad para realizar esa conducta, la eficacia percibida de esa conducta y la gravedad asociada con ese acontecimiento determinado de salud. Es evidente que la definición y manipulación de cada uno de estos factores plantea importantes problemas en la investigación, en el procedimiento de medida de las variables y en su integración práctica, que empujan la teoría hacia un replanteamiento continuo pero manteniendo con fuerza su interés en el panorama de la salud.

Por otro lado, los *modelos mentales* sobre la salud y la enfermedad se interesan por la forma en que las personas representan la información pertinente en sus sistemas de memoria (66). La comunicación con los demás -médicos, cuidadores, otros pacientes y cualquier otro sistema de comunicación- proporciona información sobre diversas características de la salud y la enfermedad. Esta información recibida se elabora y se representan a lo largo de una serie de dimensiones que configuran la estructura mental de ese acontecimiento. En general, las dimensiones que se han considerado importantes para la construcción de esta estructura (67) son la identidad sobre las características de la enfermedad, las causas que se supone que producen la enfermedad, las consecuencias que produce y la duración de la misma, añadiéndose posteriormente el proceso de curación como una quinta dimensión relevante. El núcleo de la investigación de estos modelos consiste en averiguar los procesos de organización a lo largo de

estas dimensiones, suponiendo casi siempre que dan lugar a unos prototipos o estructuras características que aglutinan el conjunto de la información. La investigación de estos prototipos resulta útil tanto para entender el significado de la enfermedad en personas determinadas como para manipular aquellos aspectos de la información que puedan resultar beneficiosos para los procesos de salud.

Por último, entre las teorías específicas mencionadas en la tabla 28-4 aparecen los *modelos de etapas* que intentan investigar y describir los distintos momentos de afrontamiento de la enfermedad o de la conducta de salud, bajo el punto de vista del progreso realizado para la consecución de las metas finales. Estos modelos no parten de situaciones y variables globales ante la enfermedad, sino de los diferentes estadios y momentos, y los procesos de transición. Entre los más conocidos están el *proceso de adopción de precaución* (68) y el *modelo transteorético* (69). Uno de los problemas centrales con los que se enfrentan estos modelos radica en el carácter más o menos discreto de cada período, así como en la determinación de los mecanismos concretos de transición.

## personalidad y emoción

Dentro de la clasificación de Salovey, Rothman y Rodin (55), el tercer y último nivel de orientación teórica y de investigación sobre la salud está representado por un conjunto de variables sobre la personalidad y la emoción, que clásicamente han tenido relación con diversos aspectos del bienestar, la salud y las reacciones psicofisiológicas, pero ahora reformuladas con mayor actualidad para su aplicación al campo de la salud. Es más difícil, por tanto, describirlas a través de teorías o modelos limitados, porque se extienden en una serie indefinida de hipótesis, investigaciones y resultados empíricos. Sin embargo, algunas de estas variables destacan especialmente en el campo actual de las bases psicosociales de la salud.

El optimismo (70, 71) es uno de los ejemplos de estas variables en expansión, ya sea entendido como disposición, como estilo atributivo o explicativo, o bien como creencias sobre los resultados positivos de los acontecimientos futuros. En cualquier caso, los diversos enfoques sobre el optimismo se han relacionado con una gran variedad de conductas de salud y enfermedades, desde la depresión, el SIDA, las conductas de riesgo, las cardiopatías o el sistema inmunológico, por poner sólo unos ejemplos, de igual forma que la ira y la hostilidad se han considerado siempre como reacciones emocionales que afectan a determinadas funciones fisiológicas, con implicaciones en el bienestar y en la salud. En los últimos años se han investigado dentro de un marco más claramente social, quizá con especial atención a las enfermedades cardiovasculares (72). La tendencia a experimentar emociones negativas o desagradables, ya se enfoque como neuroticismo o simplemente como afectividad negativa, también se ha relacionado ampliamente con la salud, si bien especialmente con las dolencias subjetivas más que con los indicadores objetivos de salud (73). El tema de la autoconciencia (74) como enfoque de la aten-

ción hacia uno mismo y especialmente hacia el propio cuerpo puede provocar reacciones y distorsiones en la percepción de síntomas e interpretación de dolencias, que tienen una especial relevancia para los temas de salud, como también ocurre con la mayor o menos facilidad para comunicar y canalizar las emociones, es decir, la represión, inhibición y expresión de las emociones, que tienen una larga tradición en toda la psicología, pero que aquí se investigan en sus consecuencias específicas para la salud (75), ya sea como represión de sentimientos negativos o como incapacidad para reconocer y expresar todo tipo de emociones.

Para resumir este apartado, cabe señalar al menos tres características: en primer lugar, todas las teorías tienen unos claros antecedentes en las clásicas teorías sociales, aunque reformuladas para las necesidades de aplicación actual e intentando demostrar una cierta novedad acumulativa o progresiva sobre las anteriores; en segundo lugar, predomina la orientación cognitiva, entendida en un sentido muy vago o relajado, procurando siempre destacar que las emociones también desempeñan cierto papel; y en tercer lugar y como resultado de las anteriores, forman la sensibilidad académica y de investigación básica con la que iniciaba este campo su andadura a finales del siglo xx.

## Una nueva integración en el siglo xxi

A modo de conclusión, debemos plantear que la psicología de la salud en el siglo xxi está encontrando una nueva fórmula de integración. Ha superado esa fase de crecimiento en la que se podía haber estancado o dispersado en exceso, perdiendo sentido y proyección social. Sin embargo, en la etapa de auténtica profesionalización, la dispersión y proliferación de enfoques, temas y cuestiones a que dieron lugar los iniciadores de este campo se resolverán más por razones externas que por reflexión interna de la comunidad científica y profesional de psicólogos. Es la época de actuaciones colectivas y globales que integren las políticas sanitarias de la mayoría de los países, unas actuaciones que intentan poner orden y homogeneizar en la esfera pública y de servicios sanitarios, al margen del orden interno de las áreas científicas y campos profesionales implicados. Nuestra obra (17) recoge el impacto de dicha estrategia global de actuación en el ámbito de la salud mental, exponiendo el sentido de lo que se conoce como *planes estratégicos de salud mental*.

Dichos planes generales de actuación en política sanitaria se fueron fraguando en la última década del siglo xx y comienzan a plasmar resultados desde el año 2000. La propia OMS señala que «en el siglo xxi, la salud es una responsabilidad compartida, que exige el acceso equitativo a la atención sanitaria y la defensa colectiva frente a amenazas transnacionales». En 2004 se plantea la creación de una Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, encargada de recoger y analizar datos durante tres años

(2005-2008) de la mayoría de los países en un intento de empezar a racionalizar y distribuir equitativamente la atención sanitaria. Ésta es una entre otras muchas actuaciones y organismos interesados en crear planes estratégicos de intervención.

Limitándonos al ámbito de nuestro país y al de la psicología de la salud, se están desarrollando desde el Sistema Nacional de Salud español, al igual que en otros países, las conocidas *guías de práctica clínica* para tratar los diferentes problemas de salud. Son guías orientadas tanto a profesionales como a los propios pacientes. Su finalidad es homologar los tratamientos e intervenciones en materia de salud, realizadas por equipos formados por personal de la administración, expertos, profesionales, docentes y asociaciones profesionales. Ya están en marcha algunas que atañen, entre otros profesionales, a los psicólogos de la salud (las relacionadas con el uso de drogas, la estimulación cognitiva. las relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria, el sueño, etc.). Es evidente que estos planes homologados de actuación, al margen de los objetivos de racionalizar los servicios sanitarios, reducir costes innecesarios y equiparar a nivel internacionales servicios y profesionales sanitarios, van a tener un impacto en la sensibilidad de los nuevos profesionales de la psicología de la salud, más alejados de lo académico y de su tradición científica y más cercanos a las realidades sanitarias de cada momento. Es por aquí por donde cabe aventurar que el futuro de la psicología de la salud encontrará una nueva forma y estilo de integración.

### **bibliografía**

1. Crossley ML, Nicolson P, Owens G. Do we need to rethink health psychology. *Psychol Health Med* 2001 ; 6: 243-265.
2. Leventhal H, Weinman J, Leventhal EA, Phillips LA. Health psychology: the search for pathways between behavior and health. *Ann Rev Psychol* 2008; 59: 477-505.
3. Suls J, Rothman A. Evolution of the biopsychosocial model: prospects and challenges for health psychology. *Health Psychol* 2004, 23: 119-125.
4. Suls J, Swain A. Use of meta-analysis in health psychology. En: Maes S, Leventhal H, Johnston M (eds.). *International review of health psychology*. Chichester: Wiley, 1993
5. Sheridan EP. Psychology's future in medical schools and academic health care centers. *J Clin Psychol Med Set* 1999; 6: 211-218.
6. Keefe FJ, Blumenthal JA. Health psychology: what will the future bring? *Health Psychol* 2004; 23: 156-157
7. Rodin J, Salovey P. Health psychology. *Ann Rev Psychol* 1989; 40, 533-579.
8. Taylor SE. Health psychology: the science and the field. *Am Psychol* 1990; 45: 40-50.
9. Wallston KA. Health psychology in the USA. En: Maes S, Leventhal H, Johnston M (eds.). *International review of health psychology*. Chichester: Wiley, 1993
10. Engel G. The need for a new medical model. A challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-136.
11. Radley A. Making sense of illness. *The social psychology of health and disease*. Londres: Sage, 1994.
12. Matarazzo JD. Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *Am Psychol* 1982; 37: 1-14.
13. Garzón A. Psicología social e intervención social. *Investigación Psicológica* 1986: 3: 47-84.

- 14, Seoane J, Prólogo, En: Collier G, Minton HL, Reynolds G, Escenarios y tendencias de la psicología social. Madrid: Tecnos, 1996
- 15, Seoane J, Psicología social de la salud, En: Vallejo J, Leal C (eds.), Tratado de psiquiatría, Barcelona: Grupo ArsXXI de Comunicación, 2005; 445-458,
- 16, Ibáñez E, Psicología de la salud y estilos de vida, Valencia: Promolibro, 1991,
- 17, Seoane J, Aspectos políticos y sociales de la estrategia de salud mental. 2009 (en prensa),
- 18, Matarazzo JO, Book review, En: Stone GC, Cohen F, Adler NE, Health psychology, A handbook: theories, applications, and challenges of a psychological approach to the health care system, San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1979, J Behav Med 1980; 3,
- 19, Guze SB, Matarazzo JO, Saslow GA. Formulation of principles of comprehensive medicine with special reference to learning theory, J Clin Psychol 1953; 9:127-136,
- 20, Seoane J, Garzón A. Ciencia y sociedad, En: García Conde J (ed.), Metodología e investigación clínica, Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación, 2003; 315-335,
- 21, Bauer TA. Reflexiones desde la comunicación sobre la constitución social del conocimiento sobre la salud, Revista Científica de Comunicación y Educación 2006; 26: 43-50,
- 22, Albrecht GL, Fitzpatrick MR, Scrimshaw SC, The handbook of social studies in health and medicine, Londres: Sage, 2000,
- 23, Smith TW, MacKenzie J. Personality and risk of physical illness, Ann Rev Clin Psychol 2006; 2: 435-467
- 24, Radley A. Worlds of illness; biographical and cultural perspectives on health and disease, Londres: Routledge, 1993,
- 25, Lupton O, Medicine as culture: illness, disease and the body in Western societies, Londres: Sage, 1994,
- 26, Morris OB, Illness and culture in the postmodern age, Berkeley: Cambridge University Press, 1998,
- 27, Mattingly C, Garro LC, Narrative and the cultural construction of illness and healing, Nueva York: Cambridge University Press, 2000
- 28, Hurwitz B, Greenhalgh T, Skultans V. Narrative research in health and illness, Nueva York: Cambridge University Press, 2004,
- 29, Allsop J, Kauppinen-Toropainen K, Baggott R y cols, Constructions of health and illness: European perspectives, Aldershot: Ashgate, 2004,
- 30, Lachmund J, Stollberg G, The social construction of illness: historical, sociological and anthropological perspectives, Filadelfia: Coronet Books, 1992,
- 31, Stone GC, Cohen F, Adler NE, Health psychology, A handbook: theories, applications, and challenges of a psychological approach to the health care system, San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1979,
- 32, Sanders GS, Suls J. Social psychology of health and illness, Londres: LEA, 1982
- 33, Stone GC, Health psychology, A discipline and profession, Chicago: University of Chicago Press, 1987,
- 34, Weiss SM. Research training in behavioral medicine, J Behav Med 1978; 1: 241-247
- 35, Ogden J, Health psychology, A textbook, 4a ed, Buckingham: McGraw Hill/Open University Press, 2007
- 36, Birk L, Biofeedback: behavioral medicine, Nueva York: Grune & Stratton, 1973
- 37, Schwartz GE, Weiss SM, Behavioral medicine revisited: an amended definition, J Behav Med 1978; 1: 249-251
- 38, Matarazzo JO, Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology, Am Psychol 1980; 35: 807-817,
- 39, Maes S, Leventhal H, Johnston M, International of health psychology Chichester: Wiley, 1993,
- 40, Scholield W. The role of psychology in the delivery of health service, Am Psychol 1969; 24: 565-584,
- 41, Turner B, The history of the changing concepts of health and illness outline of a general model of illness categories, En: Albrecht GL, Fitzpatrick MR, Scrimshaw SC (eds.), The handbook of social studies in health and medicine, Londres: Sage, 2000; 923,
- 42, Lalonde M, A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Minister of Supply and Services of Canada, 1974,
- 43, Kato PM, Mann T. Handbook of diversity issues in health psychology, The Plenum series in culture and health, Nueva York: Plenum Press, 1996,
- 44, Amigo Vázquez I, Fernández Rodríguez C, Pérez Álvarez M, Manual de psicología de la salud, Madrid: Pirámide, 2ª ed, 2003,
- 45, Simón MA. Manual de psicología de la salud, Madrid: Biblioteca Nueva, 1999,
- 46, Rodin J. The application of social psychology, En: Lindzey G, Aronson E (eds.), The handbook of social psychology, 3,3 ed, Nueva York: Random House, 1985,
- 47, Seoane J, Psicólogos y psicólogos, Análisis y Modificación de Conducta 2005; 31: 139-153
- 48, Bennet S, Perry NW Jr, Rozensky RH, Handbook of clinical health psychology, vol. 1: Medical disorders and behavioral applications, Washington DC: American Psychological Association, 2002,
- 49, Opton EM, Review, En: Bennet S, Perry NW, Rozensky RH, Handbook of clinical health psychology, vol. 1: Medical, disorders and behavioral applications, Washington, O.C.: American Psychological Association, 2002: 654; J Psychiatry 2003; 160: 1535-1536
- 50, Broome A, Llewelyn S, Health psychology: process and applications, 2a ed, Londres: Chapman and Hall. 1994,
- 51, Simón MA. Psicología de la salud: aplicaciones clínicas y estrategias de intervención, Madrid Pirámide, 1993,
- 52, Marks OF, Psicología de la salud, Teoría, investigación y práctica, México: Manual Moderno, 2008,
- 53, Ogden J, Essential readings in health psychology, McGraw Hill/Open University Press, 2008.
- 54, Marmot M, Wilkinson R, Social determinants of health, 2a ed, Oxford: Oxford University Press, 2006,
- 55, Salovey P, Rothman AJ, Rodin J, Health behavior, En: The social psychology of mental health, 4,3 ed, Boston; McGraw-Hill, 1998,
- 56, Seoane J. Del procesamiento de información al conocimiento social, En: OelClaux I, Seoane J (eds.), Psicología cognitiva y procesamiento de información, Madrid: Pirámide, 1982,
- 57, Garzón A. Psicología social cognitiva Boletín de Psicología 1984; 3: 67-87,
- 58, Salovey P, Rothman AJ. Social psychology of health, Nueva York: Psychology Press, 2003,
- 59, Sutton SR, Social-psychological approaches to understanding addictive behaviours, Attitude-behaviour and decision-making models, Br J Addiction 1987; 82: 355-370,
- 60, Ajzen I, Fishbein M, Understanding attitudes and predicting social behavior, Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1980.
- 61, Kelley HH, Attribution theory in social psychology, En: Levine D (ed.). Nebraska Symposium on Motivation, Lincoln: University of Nebraska Press, 1967
- 62, Bandura A. Social foundations of thought and action. A social cognitive theory, Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1986,
- 63, Festinger L, A theory of social comparison processes, Human Relations 1954; 7:117-140
- 64, Rosenstock IM, Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs 1974; 2: 328-335,

65. Maddux JE, Rogers RW. Protection motivation and self-efficacy. A revised theory of fear appeals and attitude change. *J Exp Soc Psychol* 1983; 19: 469-479
66. Skelton JA, Croyle RI. Mental representation in health and illness. Nueva York: Springer, 1991.
67. Leventhal H, Nerenz DR, Steele DJ. Illness representation and coping with health threats. En: Baum A, Taylor SE, Singer J (eds.). *Handbook of psychology and health*. Hillsdale: Erlbaum, 1984.
68. Weinstein NO, Sandman PM. A model of the precaution adoption process. Evidence from home radon testing. *Health Psychol* 1992; 11: 170-180
69. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992; 47: 1102-1114.
70. Carver CS, Scheier MF. Origins and functions of positive and negative affect. A control-process view. *Psychol Rev* 1990; 97: 19-35
71. Avia MD, Vázquez C. *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza Editorial, 1998.
72. Friedman HS. *Hostility, coping and health*. Washington: American Psychological Association, 1992.
73. Costa PT, McCrae RR. Hypochondriasis, neuroticism and aging. When are somatic complaints unclouded? *Am Psychol* 1985; 40: 19-28.
74. Pennebaker JW. *The psychology of physical symptoms*. Nueva York: Springer, 1982.
75. Singer JL. Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology and health. Chicago: University of Chicago Press, 1990.