



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 17 No. 3

Septiembre de 2014

LA SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA PSICOLÓGICA

Cardozo Quintana Irama del Valle¹ y Rondón Bernard José Eduardo²
Universidad Central de Venezuela
Instituto de Psicología. Venezuela

RESUMEN

Se pretende describir los aportes que ha tenido la Psicología como disciplina en el abordaje del proceso salud-enfermedad, reflexionando sobre su quehacer a nivel básico-aplicado. Se parte de la evolución del concepto de salud a lo largo de la historia, hasta la definición de la psicología de la salud y su delimitación con áreas afines: psicología clínica, medicina conductual, psicología comunitaria, medicina psicosomática, psicología médica y antropología médica. Se discute el modelo biopsicosocial, como visión de hombre más que como modelo teórico. Por otra parte, se consideran algunos campos de aplicación de esta disciplina en el abordaje de las enfermedades cardiovasculares, enfermedades del sistema respiratorio, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), obesidad y diabetes mellitus tipo 2; revisandolas variables psicológicas implicadas en el proceso salud-enfermedad, como por ejemplo, el estrés, la ansiedad y la depresión y resaltando algunas estrategias que han resultado eficaces para su manejo.

Palabras clave: Salud, psicología de la salud, modelo biopsicosocial, prevención, programas.

¹ Magister en Psicología, Investigador docente del Instituto de Psicología de la Universidad Central de Venezuela, irama.cardozo@ucv.ve

² Magister en Psicología, Investigador docente del Instituto de Psicología de la Universidad Central de Venezuela, bernard85@gmail.com

HEALTH FROM A PSYCHOLOGICAL PERSPECTIVE

ABSTRACT

A description of the contributions of Psychology as a discipline in the approach of the health-disease process is undertaken, reflecting about its basic-applied exercise. Reflection goes from the evolution of the health concept, to the definition of the Health Psychology and its surrounding areas: Clinical Psychology, Behavioral Medicine, Community Psychology, Psychosomatic Medicine, Medical Psychology and Medical Anthropology. The biopsychosocial model is discussed as a man's apprehension beyond the theoretic model. Also, some areas of this discipline are considered within the approach of cardiovascular disease, respiratory diseases, human immunodeficiency virus (HIV)/acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), obesity and type 2 diabetes mellitus; including psychological variables implied in the health-disease process, such as stress, anxiety and depression, and highlighting efficient strategies applied in its interventions.

Key words: health, Health Psychology, biopsychosocial model, prevention, programs.

INTRODUCCIÓN

El interés por estudiar la salud y la enfermedad se remonta a tiempos remotos. Desde la antigüedad se ha atribuido la causa de las enfermedades tanto a factores sobrenaturales, como a aquellos que son inherentes al hombre o a su entorno. Así mismo, el tratamiento de la enfermedad se ha concentrado por una parte en el manejo de los aspectos biológicos implicados en la misma, aspecto en el que el papel de los profesionales de la medicina es fundamental, y por otra parte en el abordaje de los aspectos personales y sociales que favorecen la presencia o ausencia de enfermedad, por lo que profesionales de otras disciplinas como la psicología juegan también un papel determinante. Ya Platón (469-399 a. C.), hacía énfasis en que en el abordaje de la enfermedad era importante considerar no sólo el aspecto biológico sino la psiquis y los aspectos globales de la persona, es decir, hacer un estudio del todo y no sólo de una parte del problema.

En la actualidad se entiende la salud como el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Perea, 2004, p.14) y esta concepción de la salud trae consigo una necesidad de revisar y aclarar el papel de distintas áreas de especialización en lo que refiere a la conservación de la salud y la prevención de la enfermedad. Según Pelechano (2008) los cambios en la conceptualización de la salud en el último medio siglo y la consolidación de las enfermedades crónicas en el mundo occidental contemporáneo, condujeron a la búsqueda tanto de las variables explicativas de la morbilidad como de la mortalidad, así como de la prevención en el ámbito no estrictamente biológico sino comportamental y desde aquí, la introducción de la psicología dentro del mundo de la salud-enfermedad. En este sentido, el presente manuscrito pretende describir los aportes que ha tenido la Psicología como disciplina en el abordaje del proceso salud-enfermedad, partiendo de la revisión del concepto de salud y reflexionando sobre su quehacer a nivel básico-aplicado.

Evolución del concepto de salud

La conceptualización de la salud-enfermedad se adecua al espíritu de la época y se relaciona estrechamente con el desarrollo de disciplinas tales como la medicina y salud pública. La visión de dicho concepto se ha fundamentado principalmente en el conocimiento de la causa de la enfermedad, derivándose teorías como: las personales, las naturalistas y las emocionales. Las *teorías personales* atribuyen las causas de la enfermedad a agentes sobre naturales como por ejemplo, brujerías y espíritus. Es una visión propia del hombre prehistórico, de los babilonios y asirios, así como de los antiguos hebreos. Por su parte, las *teorías naturalistas*, afirman la existencia de un desequilibrio de los fluidos corporales. Entre sus representantes se encuentran Hipócrates y Descartes. Las *teorías emocionales* establecen que la enfermedad se deriva de las emociones negativas. Su máximo representante es Sigmund Freud (BrannonyFeist, 2001; Perea, 2004).

En las eras primitivas, caracterizadas por su pensamiento mágico-religioso, centrado en la creencia de que la enfermedad era un castigo divino, la salud era considerada un don o una gracia, mientras que la enfermedad era vista como una deuda o pecado (Perea, 2004).

En la época de la Grecia clásica, se identificó la salud con el orden natural o fisiológico, y la enfermedad con el desorden contranatural o patológico (tan contranatural que causa la muerte, es decir, la destrucción del orden entero de la naturaleza que la sufre) (Arias, Aller, Fernández-Miranda, Arias y Lorente, 2004).

Fueron las civilizaciones egipcia y mesopotámica las que desarrollaron la visión de salud como higiene personal y pública. En la civilización romana, el saneamiento del medio ambiental y el cuidado del cuerpo eran las principales preocupaciones sanitarias, reflejando dicha visión en la construcción de grandes acueductos para la dotación de agua, así como para el alejamiento de los desechos (Arias et al., 2004).

En el periodo medieval (considerado como el de las grandes epidemias), los esfuerzos se centraron fundamentalmente en medidas preventivas como instaurar barreras sanitarias en la frontera, el aislamiento y la cuarentena, sin mostrar mayor preocupación por el origen de la enfermedad. En el siglo XVII, se concibe la enfermedad como un fenómeno tan natural como el de la salud, iniciando su estudio con métodos naturalistas (Arias et al., 2004).

Según Perea (2004) el periodo científico que abarca desde el último tercio del siglo XVIII hasta comienzo del siglo XX tuvo como acontecimiento emblemático la Revolución Industrial que coincide con la aparición de la primera escuela de Higiene Ambiental y Experimental (Petternköfer, Alemania).

En el siglo XIX, el dato esencial fue la lesión anatomopatológica. Enfermedad era igual a lesión. En consecuencia la "salud" se definió como ausencia de lesión. Luego los fisiopatólogos identificaron enfermedad con disfunción, y los

microbiólogos hicieron lo mismo a partir del concepto de infección (Arias et al., 2004).

En el siglo XIX, con los avances en bacteriología y en la primera mitad del siglo XX, con el descubrimiento de la penicilina, la comercialización de los antibióticos, la creación de los centros de la seguridad social y las campañas de vacunación, se abrieron visiones optimistas en cuanto al riesgo de enfermedades transmisibles. Se pudo comprobar el carácter multifactorial en el origen de la enfermedad como por ejemplo la importancia de variables psicosociales en el origen y mantenimiento de la misma. Estos hechos motivaron a tener una noción de “salud” en términos positivos, llegando a la definición que hace del concepto la Organización Mundial de la Salud, en 1946, donde la entiende como el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Perea, 2004, p.14). Aunque esta definición ha sido compartida por los diferentes profesionales de la salud, se le ha criticado notablemente su utopía o falta de criterio de realidad.

Definir la salud como un completo estado de bienestar físico, mental y social, da cuenta que la salud es multidimensional, donde los aspectos subjetivos son tan importantes como los objetivos para su entendimiento, sin embargo, concebir la salud de esta manera, no proporciona una delimitación adecuada de ella como objeto de estudio, sino que más bien constituye un objetivo, lograr ese bienestar físico, mental y social.

Derivado de la evolución del concepto de salud donde se enfatiza la importancia de los factores psicológicos implicados en el proceso salud-enfermedad, cobra importancia el estudio de las contribuciones tanto básicas como aplicadas de la psicología en el abordaje de la salud.

La Psicología en la salud

A través de las distintas épocas se puede observar cómo ha evolucionado el concepto de psicología de la salud (ver tabla 1) observándose que confluyen en definir a la Psicología de la Salud como la rama de la psicología que se encarga de estudiar los procesos y comportamientos asociados al mantenimiento y promoción de la salud de un individuo en su medio ambiente.

Tabla 1
Conceptualizaciones de la Psicología de la salud en distintas épocas

Autor	Definición
Matarazzo (1988, c.p. Gil Roales-Nieto, 2004)	Es un agregado de las contribuciones profesionales, científicas y educativas de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y el diagnóstico de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas.
Morales (1997)	Es la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud. Se interesa en los procesos psicológicos y las circunstancias que intervienen en la determinación del estado de salud y en el riesgo de enfermar, lo que se expresa en el plano práctico en las actividades que incluyen acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas, y la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de quienes los reciben.
Oblitas (2000)	Se define como el aporte profesional de diferentes áreas de la ciencia psicológica a la promoción, fortalecimiento y mantenimiento de la salud integral, así como el diagnóstico, prevención y tratamiento de la enfermedad.
Piña y Rivera (2006)	Es un campo de actuación profesional en el que los psicólogos poseen tanto los conocimientos indispensables para cumplir con las funciones de investigación, prevención y rehabilitación, fundamentalmente, con especial énfasis en la investigación de qué y cómo las variables psicológicas intervienen en la práctica de los comportamientos instrumentales de riesgo o de prevención, con el objeto de prevenir una enfermedad y promover la salud.
Friedman y Adler (2011)	Desde una perspectiva académica se puede definir como el estudio científico de los procesos psicológicos relacionados con la salud y la enfermedad. Desde el punto de vista profesional se puede definir como el empleo de los hallazgos desde las teorías psicológicas básicas y de las investigaciones realizadas por expertos hacia el conocimiento y promoción de pensamientos, sentimientos y comportamientos que promuevan la salud.

Diferenciando el campo de acción de la Psicología de la Salud

Algunas críticas que se le han formulado a la Psicología de la Salud, es que se considera un área donde todo cabe sabiéndolo acomodar o que el modelo biopsicosocial donde se sustenta es demasiado genérico al igual que su definición (Piña y Rivera, 2006), por tal motivo, surge la necesidad de diferenciar el campo de acción de esta disciplina, así como su propuesta teórica y metodológica, de otras áreas que por razones teóricas, metodológicas e históricas, se encuentran estrechamente relacionadas. En la tabla 2 se resumen tales distinciones, tomando en consideración los criterios de: nivel de aproximación al hombre (grupal o individual), modelo teórico en el cual se sustenta, mayor énfasis en la promoción de la salud o en la cura de enfermedades, mayor énfasis en lo mental o en lo físico (en lo que refiere a la salud psicológica) y por último la definición del área.

Tabla 2

Comparación entre la Psicología de la salud y algunas áreas afines.

CUADRO COMPARATIVO					
	Nivel de Aproximación	Concepción Teórica	Polo salud-Enfermedad	Salud mental vs. Salud física.	Definición
Psicología Clínica.	Individual.	Modelo cognoscitivo, comportamental, humanista y psicodinámico.	Énfasis en el tratamiento de la enfermedad o patología.	Se orienta con mayor énfasis a la salud mental	Conjunto de posibles actuaciones sobre sujetos que presentan problemas o trastornos psicológicos (Simón, 1990). Según Resnick (1991 c.p, TrullyPhares, 2003), es una disciplina de la psicología que comprende la investigación, enseñanza y servicios para las aplicaciones de los principios, métodos y procedimientos para el entendimiento, la predicción y el alivio de la desadaptación, la discapacidad y la aflicción intelectual, biológica, psicológica y social de las personas.

Medicina Conductual.	Individual.	Análisis Experimental de la Conducta	Se orienta tanto a la promoción de la salud como a la prevención de la enfermedad (salud-enfermedad)	Aunque no existe tal distinción, se afirma que se orienta a la salud física.	Se encarga del desarrollo, la integración de la ciencia del comportamiento, la ciencia biomédica y las técnicas relevantes relacionadas con la salud y enfermedad, así como la aplicación de este conocimiento para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Pretende emplear las ciencias del comportamiento junto a la medicina tradicional para promover la salud y el tratamiento de las enfermedades (Enríquez-Blanco, Rodríguez y Schneider, 2010).
Psicología Comunitaria.	Supraindividual (social).	Modelos Psico sociales.	Mayor énfasis en la prevención y promoción de la salud.	Se orienta con mayor énfasis a la salud mental	Estudio de los procesos psicológicos generales que vinculan los sistemas sociales con la conducta individual en una interacción completa (Simón, 1990). Los psicólogos comunitarios se interesan en la correspondencia entre ambientes y personas en general, no solo en las relaciones inadecuadas. Su nivel de acción es mayormente preventivo que curativo (TrullyPhares, 2003).
Medicina Psicosomática.	Individual.	Teoría Psicodinámica	Énfasis en el tratamiento de la enfermedad o patología.	Se orienta con mayor énfasis a la interacción entre la salud física y la salud mental.	Disciplina que intenta comprender la relación entre procesos psicológicos y funcionamiento somático (Gil Roales-Nieto, 2004) Se establece que los conflictos inconscientes son los precursores de las enfermedades. Entre sus principales representantes se encuentran Sigmund Freud y Walter Cannon (Enríquez et al., 2010).
Psicología Médica	Individual.	Modelo Biomédico.	Énfasis en el tratamiento de la enfermedad o patología.	Se orienta con mayor énfasis al estudio de la salud física.	Aplicaciones de la Psicología normal y anormal en la Medicina (Rachman, 1977 c.p. Gil Roales-Nieto, 2004) Su objetivo es estudiar el sistema estructural de la

<p>Antropología médica</p>	<p>Individual</p>	<p>Se nutre de corrientes teóricas tales como el postestructuralismo, la fenomenología, la antropología cognitiva y simbólica, bioculturalismo y la antropología médica crítica (FreyermuthySesia, 2006).</p>	<p>Énfasis en el estudio de la enfermedad o patología.</p>	<p>Estudia tanto la salud mental como la física.</p>	<p>enfermedad que incluye al paciente en su dimensión biológica y psicológica, al médico y a las complejas relaciones entre ambos (Rodríguez, 2003). De acuerdo con Gil Roales-Nieto (2004) la psicología médica se centra en la visión de salud como ausencia de enfermedad y generalmente subordina el nivel de actuación del psicólogo al médico. Es una subdisciplina de la antropología social que se encarga del estudio de los padecimientos, enfermedades y daños a la salud que el ser humano sufre en su adaptación al medio. Se considera que cada cultura al enfrentarse a este proceso ha desarrollado formas de organización social particulares. (Enríquez et al., 2010).</p>
	<p>Psicología de la Salud.</p>	<p>Individual y supraindividual.</p>	<p>Modelo Biopsicosocial</p>	<p>Se orienta tanto a la promoción de la salud como a la prevención de la enfermedad (salud-enfermedad)</p>	<p>Se orienta con mayor énfasis a la salud física.</p>

Para continuar delimitando el campo de la Psicología de la Salud es necesario hacer una mención especial al modelo en el cual se encuentra fundamentado, que es el “biopsicosocial” el cual viene a representar una alternativa a los planteamientos propuestos por el modelo “médico”, que tradicionalmente ha predominado para entender el proceso salud-enfermedad en el hombre. A continuación se describen brevemente ambos modelos.

Modelo biomédico. Sostiene que los problemas de salud son causados por factores biológicos que poca relación tienen con factores psicológicos y sociales. Lo biológico puede condicionar lo psicológico pero la relación inversa es imposible.

El individuo es víctima de fuerzas ajenas a él que originan cambios en su organismo, por lo que la intervención terapéutica debe estar guiada por principios biológicos y mecanicistas basados en preceptos y explicaciones unicasales. Se considera que un síntoma es originado por un trastorno biológico (León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera, 2004).

Modelo biopsicosocial. Dentro de la Psicología de la Salud plantea que se pueden explicar las enfermedades y los síntomas por medio de factores físicos, sociales, culturales y psicológicos (Morrison y Bennett, 2008). La perspectiva del modelo es amplia e integradora en la comprensión de los comportamientos saludables o de riesgo. Considera los procesos causales múltiples y circulares, por ende, la realidad es interpretada como un conjunto de procesos íntimamente interconectados. El modelo enfoca su atención en los aspectos preventivos y en la promoción de la salud humana considerando todos los elementos antes mencionados (Oblitas, 2004). Su base teórica se halla en la *teoría general de los sistemas* que plantea que las cosas naturales se comprenden mejor en términos de jerarquías de sistemas, en la que cada uno está compuesto por otros menores, al tiempo que forman parte de otro mayor. Así, todo sistema es a la vez un todo y una parte (León et al., 2004).

En lo que refiere al modelo biopsicosocial, considerando que tal como lo plantea Arnau (1982), la noción de modelo está relacionada con una representación de la realidad, en tanto pretende sistematizarla y/o describirla para permitir una aproximación al dato real; expresar que este es un “modelo” representaría un error conceptual, puesto que el mismo no permite aproximarse sistemáticamente al objeto de estudio. En tal sentido, en vez de modelo pudiera ser concebido como una “*visión de hombre*”, es decir, la visión biopsicosocial plantea entender al hombre como un ser integral en el que confluyen aspectos relacionados con su configuración y funcionamiento biológicos, así como procesos psicológicos y factores sociales. Esta presunción es la misma visión de hombre propuesta por los sistemas psicológicos del Humanismo y la Gestalt que se

resume en que “el hombre, como tal, sobrepasa la suma de sus partes” (Tortosa, 1998). Por tal motivo, la psicología de la salud requiere de un modelo que la guíe en el abordaje del entendimiento del proceso salud- enfermedad. Ante tal requerimiento autores como Piña y Rivera (2006) han propuesto que el modelo psicológico de la salud biológica propuesto por Emilio Ribes pudiera ser el que adopte la Psicología de la Salud, puesto que se describe la forma en que los comportamientos participan en la modulación de los estados biológicos, sin embargo, aunque es una idea válida, se afirma que este modelo por su tradición filosófica responde más a la medicina conductual que al área de la Psicología de la Salud, en tal sentido, la búsqueda de un modelo para la Psicología de la Salud sigue en boga.

Áreas de aplicación de la Psicología de la Salud

Los profesionales insertos en el área de la Psicología de la Salud, en concordancia con la definición del área y sus objetivos (Matarazzo 1988, c.p. Gil Roales-Nieto, 2004; Morales, 1997); tienen dentro de su quehacer, la evaluación de las variables psicológicas que favorecen el mantenimiento de la salud, así como aquellas que se encuentran asociadas con diferentes patologías, con la principal finalidad de generar programas para el abordaje de las mismas, entendiendo los programas como el “conjunto planificado de acciones humanas y recursos materiales diseñados e implantados organizadamente en una determinada realidad social, con el propósito de resolver algún problema que atañe a un conjunto de personas” (Fernández – Ballesteros, 1996, p.24).

Los programas en Psicología de la Salud se desarrollan en los diferentes niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria. La *prevención primaria* está dirigida a la protección de la salud, la cual se lleva a cabo sobre el medio ambiente (saneamiento ambiental, higiene alimentaria) y la promoción de la salud y prevención de enfermedad que se lleva a cabo en interacción con las personas: modificación de hábitos de alimentación, ejercicio, sueño, consumo de sustancias; entrenamiento en habilidades para el afrontamiento al estrés, comunicación, entre

otros. Por otra parte, la *prevención secundaria*, se aplica cuando los factores generadores de enfermedad han entrado en juego y el objetivo es evitar el desarrollo o la cronificación de la misma, propiciando la adhesión al tratamiento y la modificación de los hábitos de vida que favorecen el avance de la enfermedad. Finalmente, la *prevención terciaria* se lleva a cabo cuando ya se instauró y se cronificó la patología, hayan aparecido o no limitaciones o problemáticas de salud producto de la misma y el objetivo es detener su progreso y prevenir el deterioro e incapacitación de la persona (Salleras, 1994).

Los tres niveles de prevención descritos anteriormente se aplican en el abordaje de distintas patologías, pero para efectos de presentar sucintamente los resultados obtenidos en áreas particulares, se tomarán las patologías biológicas más frecuentes a nivel mundial, según los datos de morbilidad y mortalidad presentados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013). Con base en la revisión de trabajos experimentales desarrollados en América durante los últimos diez años, se señalará fundamentalmente la relación de cada patología con las variables psicológicas más relevantes, así como algunas propuestas de intervención que se han formulado para su abordaje desde la Psicología de la Salud.

Enfermedades cardiovasculares. Los trastornos cardiovasculares constituyen una de las problemáticas de salud más frecuentes en nuestra sociedad occidental. Según el reporte de la Organización Mundial de la Salud en cuanto a las principales patologías que afectan la población a nivel mundial, las de tipo cardiovascular constituyen la primera causa de muerte (OMS, 2013). Las de mayor incidencia son: hipertensión arterial, enfermedad coronaria, dolor torácico e insuficiencia cardíaca. Entre los factores de riesgo para el padecimiento de este tipo de enfermedad, según los estudios recientes, se encuentran los hábitos de vida inadecuados tales como el consumo de tabaco, alcohol, dietas hipercalóricas, sedentarismo, falta de adhesión a los tratamientos y el desconocimiento de los antecedentes familiares en cuanto a estos trastornos (Fernández-Abascal, Martín

y Domínguez, 2003; Figueroa-López, Díaz-Barreiro y Ramos, 2011; Hernández y García, 2007) así como factores psicológicos como depresión, ansiedad, estrés, manejo inadecuado de la ira, hostilidad y patrones comportamentales nocivos como el tipo A, aunque respecto a estos últimos aún no hay resultados del todo concluyentes (Moyano et al., 2011). Todos estos factores facilitan la instauración, mantenimiento y complicación de estas enfermedades. Se ha demostrado que la depresión y la distimia, por ejemplo, permiten predecir enfermedades cardiovasculares y eventos cardíacos. Así mismo, se ha encontrado que los pacientes hipertensos, presentan altos niveles de estrés, asociados generalmente a un patrón de conducta tipo A (Piqueras et al., 2008; Redondo, Calvanese, García y Hernández, 2010).

La depresión se relaciona con la enfermedad coronaria fundamentalmente de dos maneras. En primer lugar, los pacientes con depresión presentan hiperactividad simpaticoadrenal que se expresa en altos niveles de catecolaminas, reducción de la variabilidad de la frecuencia cardíaca, desestabilización de la actividad eléctrica ventricular y del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal. En segundo lugar, estos pacientes suelen exhibir comportamientos de riesgo cardiovascular tales como la poca actividad física, baja adhesión a los tratamientos, tabaquismo, alcoholismo y hábitos de alimentación inadecuados (Cabrera, Gandarilla y González, 2011; Romero, 2007; Valls y Rueda, 2010).

En lo que refiere a la ira, se ha encontrado alta relación de esta con las enfermedades cardíacas, específicamente con una baja adhesión al tratamiento, índice de masa corporal elevado y estrategias de afrontamiento desadaptativas (Pérez-García, Sanjuán, Rueda y Ruiz, 2011; Valls y Rueda, 2010).

En cuanto a las emociones positivas como la alegría, el sosiego y el placer, se ha encontrado que contribuyen con la prevención y rehabilitación de los pacientes. Igualmente, el apoyo social ofrece un aporte positivo en tanto existe

una relación inversa entre éste y el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (Baldó, 2011; Cabrera, Gandarilla y González, 2011; Smith yBlumenthal, 2011).

Los programas más efectivos para el manejo de la hipertensión deben incluir información sobre la hipertensión, los cuidados requeridos, nutrición, régimen de ejercicios, estrategias para facilitar la adhesión al tratamiento farmacológico, dietético y de actividad física; así como para el manejo de la ira, tales como relajación, meditación, reestructuración cognitiva, habilidades sociales y biofeedback(LabianoyBrusasca, 2002; Reynoso ySeligson, 2005; Samper y Ballesteros, 1999).

Debido a que el patrón de conducta tipo A constituye un factor de riesgo importante en la patología coronaria, se propone la implementación de programas que faciliten el control de la tensión física y la urgencia del tiempo, modificación de pensamientos disfuncionales, control de emociones negativas como la ira, hostilidad, manejo del estrés y planificación de actividades placenteras (Del Pino, Gaos, Dortay García, 2004).

Los programas preventivos deben apuntar a la reducción del riesgo coronario, dando a conocer los factores implicados en este riesgo, a saber, los *factores inherentes*, que provienen de condiciones genéticas o físicas que son estables y no susceptibles a cambios en el comportamiento y los *factores tradicionales*, que tienen implicaciones físicas (hipercolesterolemia, hipertensión, diabetes, obesidad, tabaquismo) y emocionales: ira, estrés, ansiedad, depresión. Así mismo, dentro de los programas es importante instaurar los factores que se han determinado como protectores, tales como las estrategias de afrontamiento adecuadas, la realización de ejercicio físico y las dietas hipocalóricas (Fernández-Abascal, Martín y Domínguez, 2003; Hernández y García, 2007).

Enfermedades del sistema respiratorio. Las enfermedades de las vías respiratorias se encuentran entre las primeras causas de muerte en el mundo (OMS, 2013). La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), que implica problemas respiratorios como la bronquitis y el emfisema pulmonar, es la cuarta causa de muerte a nivel mundial. Una de sus causas principales es el consumo de tabaco, y el consumo de alcohol favorece la agudización de la enfermedad (De la Iglesia, Serrano y Montes, 2012; García-Aymerich, Gómez y Antó, 2009).

Entre las variables psicológicas implicadas en este tipo de afección se encuentran: afectividad negativa, depresión, angustia, pensamientos negativos acerca de las consecuencias de la enfermedad y bajo nivel de calidad de vida percibida, asociado a las afecciones físicas comórbidas que suelen ser frecuentes y que podrían ser efectos de la enfermedad (problemas cardíacos, anemia, intolerancia a la glucosa, diabetes, problemas musculares). Por otra parte, la percepción de competencia personal y el afrontamiento no religioso afectan positivamente la calidad de vida percibida por estos pacientes (De la Iglesia et al., 2012., Orejudo y Froján, 2005, Vinaccia y Quinceno, 2011; Vinaccia, Quinceno y Remor, 2012).

Vinaccia y Quinceno (2011) indican que los pacientes con EPOC perciben baja calidad de vida específicamente en los que refiere a la salud física y emocional, mientras que tienen alta resiliencia y presentan estrategias de afrontamiento enfocadas en la espiritualidad y la religión. Estos hallazgos son cónsonos con los expresados por Vinaccia, Quinceno, Zapata, Obeso y Quintero (2006) quienes afirman que el área más afectada es la física, específicamente la función física, el rol físico, la percepción de salud general, de vitalidad y dolor, mientras que el aspecto social y emocional se ven menos afectados, lo que se corresponde con una percepción de alto apoyo social por parte de estos pacientes.

La intervención en este tipo de problemática está dirigida principalmente a la adhesión al tratamiento farmacológico destinado a reducir la viscosidad de la secreción mucosa bronquial, modificación del hábito de consumo de tabaco y al entrenamiento en estrategias para el manejo de estrés, la ansiedad y la depresión asociadas al deterioro progresivo que genera la enfermedad. Igualmente los programas persiguen el objetivo de reducir al máximo los períodos en los que el paciente está acostado, pues se ha demostrado que el ejercicio físico es importante para la rehabilitación respiratoria, es decir, para la reducción de la disnea y el aumento de la capacidad respiratoria (De la Iglesia et al., 2012; Reynoso y Seligson, 2005).

Se ha demostrado que el empleo de técnicas cognitivo-conductuales tales como la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en relajación progresiva, la información acerca de la enfermedad y su tratamiento, resultan positivas para la mejoría de los aspectos psicológicos como la ansiedad y la depresión y por ende una mejora en la calidad de vida (Alfaro, Torras, Prats, Palacios y Ibáñez, 1995; García, Álvarez, Borda y Medina, 2011).

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). El Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), es la sexta causa de muerte en el mundo (OMS, 2013). Los principales problemas psicológicos asociados a esta enfermedad se presentan en el momento del diagnóstico (tristeza, temor, ansiedad, percepción de bajo apoyo social) y durante el curso de la enfermedad pueden incrementarse por la estigmatización de los pacientes, el desconocimiento acerca de la enfermedad y los mitos acerca de las formas de contagio, lo que se traduce en rechazo tanto por parte de los amigos y compañeros, como de las personas encargadas de evaluar o autorizar el acceso a vivienda o al campo educativo y laboral. Si el paciente recibe acompañamiento, tratamiento y asesoría adecuada, los problemas psicológicos pueden reducirse a la par que aumentan el optimismo, la confianza, la esperanza, la motivación, así como la capacidad para solucionar problemas y buscar apoyo social (Ballester,

2005; Cantú, Álvarez, Torres y Martínez, 2012; Cobos-Sanchiz, Morón-Marchena, López-Jarquín y Reyes-Costales, 2013; Piña, et al. 2006).

Existen diferentes variables psicológicas que constituyen un factor de riesgo en la probabilidad de contagio, así como un obstáculo para el manejo de la enfermedad. La práctica de comportamientos preventivos eficaces depende en primer lugar de que la persona pueda desplegarlos, lo cual depende de que posea las competencias efectivas tales como reconocer los comportamientos y situaciones de riesgo, las señales que indican la proximidad de situaciones de riesgo así como las consecuencias a corto y largo plazo tanto del comportamiento de riesgo como de prevención, reconocer los comportamientos preventivos y practicarlos adecuadamente. Por otra parte, depende de que la persona quiera llevar a cabo el comportamiento, lo cual a su vez depende de los estados biológicos del momento (excitación, privación, estar bajo el efecto de alcohol u otras drogas, ritmo biológico), de factores situacionales facilitadores e inhibidores y del grado en que la persona se siente capaz de ejecutar el comportamiento (Ballester, 2005; Bayés y Ribes, 1989; Piña et al., 2006).

Piña (2004) indica con base en un análisis de la enfermedad desde el modelo de la salud biológica presentado por Ribes, que en el caso del VIH/SIDA, las competencias funcionales en tanto conductas de prevención implicarían evitar o posponer relaciones sexuales y usar preservativo en todas las oportunidades en las que se lleve a cabo una relación sexual. Esto depende de la información que posea la persona y de otros factores como las situaciones interactivas, entendidas como los factores que tienen funciones disposicionales (lugares, competencias sociales, circunstancias como tener un noviazgo, entre otras) y los motivos, entendidos como tendencias de comportamiento, según las preferencias o elecciones que pueden afectar la probabilidad de que se suscite un comportamiento de riesgo o de prevención.

La intervención, en su diferentes niveles, en el caso del VIH-SIDA deberá estar dirigida a ofrecer información y además de ello, conscientes de que la información no es suficiente, incrementar las competencias de las personas para emitir comportamientos de prevención y para manejar las variables que pueden favorecer el despliegue de comportamientos de riesgo, así como a incrementar el conocimiento acerca del diagnóstico, tratamiento y esperanza de vida, asertividad y manejo de las emociones para las personas que padecen la enfermedad. En este sentido, los programas deben reducir la vulnerabilidad instaurando comportamientos de prevención eficaces. Así mismo, se deben favorecer programas preventivos que ofrezcan a la población general información acerca de los aspectos relacionados con esta problemática, para lograr una mejor integración de los pacientes a la sociedad, lo cual no es más que reducir el impacto social del padecimiento de la enfermedad (Cáceres, 2003; Cantú et al., 2012; Cobos-Sanchiz et al., 2013, Piña, 2004).

Obesidad. La obesidad es una de las tres problemáticas nutricionales que afectan más a América Latina y ésta constituye un factor de riesgo importante para la generación de diversos problemas de salud, como lo son la hipertensión arterial y la diabetes. Se caracteriza principalmente por la acumulación de grasas en los tejidos corporales y se diagnostica por métodos de laboratorio, métodos clínicos, a través del cálculo del índice de masa corporal, pliegues cutáneos, entre otros estudios. Existen factores de riesgo para presentar este trastorno, entre los que se encuentran los factores genéticos, el sedentarismo y los hábitos de alimentación inadecuados (Albala, Kain, Burrowsy Díaz, 2000; OMS, 2013).

Entre las variables psicológicas asociadas se encuentran el bajo autocontrol, locus de control externo, baja autoeficacia, baja autoestima e insatisfacción con la imagen corporal (Alvarado, Guzmán y González, 2005; Guzmán yLugli, 2009).

Lugli (2011), señala que una alta autoeficacia percibida en el control del peso y un bajo locus de control interno predicen la autorregulación del peso en personas obesas que asisten a tratamiento, es decir “las personas obesas que se sienten capaces de controlar su ingesta alimentaria, así como su actividad física, y a la vez tienen creencias débiles de que su peso depende de sus acciones, son aquellas que reportan mayor autorregulación del peso” (p.51). Esto apunta a la importancia de desarrollar en las personas obesas la percepción de autoeficacia para el control de su peso a través de la realización de actividad física y manejo de su alimentación e incrementar las creencias sobre la responsabilidad que tienen sobre este control, pero sin llegar al extremo de excluir la necesidad del apoyo de especialistas y otros actores de su entorno en el proceso de control del peso.

En este sentido, los programas de intervención deben incluir entrenamientos en habilidades de autorregulación de la conducta, establecimiento de cambios en el medio social, cambios de creencias relacionadas con el control del peso e incremento de la autoestima (Alvarado et al., 2005; Crespo y Larroy, 1998; Lugli, 2011).

Algunos aspectos relacionados con el autocontrol que se deben considerar en un programa de control del peso para obesos incluyen: control de estímulos discriminativos asociados con la ingesta inadecuada de alimento e incorporación de aquellos que faciliten la presentación de la conducta adecuada (comprar alimentos bajos en calorías, colocar la dieta en un lugar visible, evitar comprar alimentos hipercalóricos, no entrar en panaderías); configuración de estímulos que faciliten la emisión de las conductas adecuadas (colocar los alimentos adecuados a la mano, inscribirse en el gimnasio) y de aquellos que dificulten la emisión de las conductas inadecuadas (alejar los alimentos con alto contenido calórico, colocarse una mascarilla cuando se esté cocinando para evitar picar), modificación de las condiciones fisiológicas para cambiar el valor reforzante de la conducta inadecuada (comer sano antes de ir a comprar, comer frutas antes de ir a fiestas o reuniones donde se ofrecerá alimento); autoreforzamiento, autocastigo,

autoinstrucciones, contratos conductuales, establecimiento de metas mayores mientras se avanza en el programa (Amigo y Fernández, 2013; Crespo y Larroy, 1998; León, Zárate y Rivera 2011).

Diabetes mellitus tipo 2. La diabetes mellitus es una de las enfermedades más comunes en la actualidad, la cual para el año 2009 ocupaba el sexto lugar entre las principales causas de muerte en el mundo (OMS, 2013).

Entre las variables asociadas con esta enfermedad se encuentran la presencia de síntomas depresivos, la depresión mayor, la distimia, aunque no se tienen aún resultados concluyentes acerca de la direccionalidad de esta relación. Se sabe que el padecimiento de diabetes, dadas sus implicaciones físicas y sociales, puede generar depresión, pero al mismo tiempo, se plantea que la presencia de altos niveles de depresión por un tiempo prolongado puede facilitar la generación de la diabetes (Piqueras et al., 2008; Redondo et al., 2010; Rondón, 2011).

La felicidad, la satisfacción y el bienestar coadyuvan con la adhesión al tratamiento diabetológico, mientras que las emociones negativas la limitan. Análogamente, el apoyo social favorece el control de la diabetes. Por otra parte, el locus de control interno las actitudes fatalistas ante la vida y la falta de confianza se asocian con mal control de la diabetes. Así mismo, el optimismo, la resiliencia y la espiritualidad, se relacionan de manera inversa con la presencia de diabetes (Rondón, 2011).

Los programas para el manejo de la diabetes están dirigidos en principio a la modificación de los hábitos de vida, para que la persona aprenda a controlar su comportamiento ante las contingencias del entorno y por ende logre controlar su enfermedad. Castro, Rodríguez y Ramos (2005) plantean que además de la educación acerca de la diabetes, el programa debe incluir estrategias para la adhesión al tratamiento, identificando las barreras del paciente para adherirse y modificándolas con técnicas de autocontrol, además del empleo de técnicas para

el manejo del estrés tales como la relajación, el biofeedback y el entrenamiento en habilidades sociales. Esto se traduce en un mejor manejo de los niveles de glucosa.

CONCLUSIONES

Comprender la salud no solo como la ausencia de enfermedad sino como el completo bienestar físico, psicológico y social, lejos de ser una definición objetiva y realista, representa fundamentalmente el objetivo principal de todos los profesionales que se encuentran en el área de la salud, es decir, como definición no representa una guía teórica que permita la delimitación del objeto de estudio, pero para la praxis profesional puede proporcionar una ayuda. Desde esta perspectiva, definir salud como lo plantea la OMS permite derribar antiguas concepciones conformistas como “salud= ausencia de enfermedad” y apostar a una concepción más hedónica que, aunque subjetiva como es “el completo bienestar”, resulta más complejo su alcance, debido a que requiere del conocimiento y del esfuerzo inter y transdisciplinario de áreas que abordan el funcionamiento humano tales como la medicina, la psicología, la sociología, la antropología, entre otras áreas afines.

Es en este esfuerzo de alcanzar tal objetivo y de tener una visión holística de “salud”, que surgen la psicología comunitaria, la medicina psicosomática, la psicología médica, la antropología médica y la misma psicología de la salud, sin embargo, al analizar la propuesta teórica y metodológica de cada una de ellas, resulta difícil expresar que son totalmente excluyentes y que ofrecen un marco adecuado desde una perspectiva heurística en el quehacer científico. Pareciera más conveniente entender estas disciplinas como aplicaciones de sus áreas, es decir, como marcos de profesionalización que contribuyen con ese objetivo llamado “salud”.

Desde estas reflexiones, se propone concebir la psicología de la salud como un área de aplicación de los conocimientos derivados del estudio del

comportamiento en la prevención, mantenimiento y promoción de la salud como proceso donde se tiene una “visión” biopsicosocial del hombre, contrapuesto a la visión médica. Entendiéndola de esta manera, críticas como que la psicología de la salud es una pluralidad “donde todo cabe, sabiéndolo acomodar” (Piña y Rivera, 2006), resultan insostenibles, pues como campo de actuación, puede y debe emplear cualquier estrategia y aproximación teórica para el abordaje de la salud siempre y cuando provenga del conocimiento derivado de la psicología básica.

Los psicólogos tienen una labor fundamental en el área de la salud pues son los encargados de instaurar, mantener y promocionar esta visión holística de la salud, contribuyendo con el trabajo inter y transdisciplinario de los distintos actores en el ámbito de la salud y en última instancia realizando la desprofesionalización de nuestra disciplina como sostendría Ribes (2005). Lo más relevante para el psicólogo de la salud es su quehacer profesional, no su quehacer científico, sin embargo, no se desea expresar que el psicólogo de la salud no deba tener entre sus propósitos la investigación, sino que si incurre en este campo debe comprender que su trabajo ha de estar como mínimo en el ámbito básico-aplicado y orientarse bajo un modelo psicológico más específico (conductista, humanista, cognoscitivista, etc.) que se pueda ajustar desde luego a la visión biopsicosocial.

En este sentido, el psicólogo que se inserta en el ámbito de la salud, debe estar preparado para abordar las distintas problemáticas en los diferentes niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria (FrojánySantacreu, 1996; Salleras, 1994). En cualquier caso, entender la salud de una manera holística permitirá a los profesionales insertos en esta área, incorporar todas las estrategias de intervención necesarias para optimizar el proceso terapéutico y diseñar programas dirigidos a la prevención en las distintas problemáticas.

En el diseño de programas de intervención en salud, deberán considerarse entonces las variables psicológicas relacionadas con las distintas patologías: los hábitos de vida poco saludables, el mal manejo de la ira, la hostilidad, los estilos de afrontamiento inadecuados, la rumiación y el pobre control de los impulsos, así

como el estrés, la ansiedad y la depresión, las cuales destacan como las variables más relevantes tanto en el inicio como en el mantenimiento y cronificación de las enfermedades (Piqueras et al., 2008; Pelechano, 2008). De igual manera, se deben tomar en cuenta las emociones positivas, el autocontrol, los hábitos de vida saludables y las habilidades sociales, las cuales son variables que favorecen la recuperación y mantenimiento de la salud (Baldó, 2011).

Además de considerar los hallazgos de las distintas investigaciones en relación con las variables psicológicas asociadas a la salud y la enfermedad, el psicólogo debe tomar en cuenta las necesidades planteadas por los destinatarios del programa y los distintos actores relacionados con los mismos (médicos, cuidadores, familiares). Así mismo, debe tomar en cuenta el planteamiento de metas claras, procedimientos, recursos y formas de evaluación de los programas con la finalidad de ponderar sus resultados y hacer los ajustes pertinentes para futuras aplicaciones (Fernández – Ballesteros, 1996; Guevara, 2005; Lacasella, 2005). De esta manera, el aporte teórico, metodológico y tecnológico al área se hace más sólido y se incrementa su valor heurístico.

Derivado de lo anterior, se puede afirmar que el psicólogo de la salud, tiene en sus manos el gran reto de seguir explorando las variables implicadas en el proceso salud – enfermedad y de insertarse en grupos de profesionales de la salud para plantear de manera interdisciplinaria el desarrollo de programas de prevención en sus diferentes niveles.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Albala, C., Kain, J., Burrows, R. y Díaz, E. (2000). *Obesidad. Un desafío pendiente*. Chile: Editorial Universitaria.
- Alfaro, V., Torras, R., Prats, M., Palacios, L. y Ibáñez, J. (1995). Reducción del coste ventilatorio durante el ejercicio en enfermos pulmonares obstructivos crónicos (EPOC) mediante un programa de rehabilitación integral extrahospitalario e individualizado. *Apunts*, 32, 175-186. Recuperado de <http://www.apunts.org>.
- Alvarado, A., Guzmán, E. y González, M. (2005). Obesidad: ¿baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza e investigación en psicología*, 10, 417-428. Recuperado de <http://psicopedia.org>.
- Amigo, I. y Fernández, C. (2013). El papel del psicólogo clínico en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. *Papeles del psicólogo*, 34(1), 49-56. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es>.
- Arias, J., Aller, M., Fernández-Miranda, E., Arias, J. y Lorente, L. (2004). *Propedéutica quirúrgica. Preoperatorio, operatorio, postoperatorio*. Sevilla: Tebar.
- Arnau, J. (1982). *Psicología experimental: Un enfoque metodológico*. México D.F.: Trillas
- Baldó, J. (2011). Emociones positivas y salud cardiovascular. En: Y. Cañoto, G. Peña y G. Yaber. *Tópicos en psicología de la salud* (pp123-151). Caracas: Universidad Católica Andrés Bello.
- Ballester, R. (2003). Aportaciones desde la psicología al tratamiento de las personas con infección por VIH/SIDA. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 10(1), 53-69. Recuperado de <http://e-spacio.uned.es>.
- Bayés, R. y Ribes, E. (octubre, 1989). Un modelo psicológico de prevención de enfermedad: su aplicación al caso del SIDA. *Papeles del psicólogo*, 41 y 42. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es>.
- Brannon, L. y Feist (2000). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo. Thomson Learning.
- Cabrera, J., Gandarilla, J. y González, I. (2011) Nuevos aspectos fisiopatológicos en la intervención psicosocial de las personas con enfermedad arterial coronaria. *Revista cubana de medicina*, 50(1), 83-93. Recuperado de <http://scielo.sld.cu>.

- Cáceres, C. (2003). *La prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe*. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Cantú, R., Álvarez, J., Torres, E. y Martínez, O. (2012). Impacto psicosocial en personas que viven con VIH-sida en Monterrey, México. *Psicología y Salud*, 22(2), 163-172. Recuperado de <http://www.uv.mx>.
- Castro, G., Rodríguez, I. y Ramos, R. (2005). Intervención psicológica en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus. *Revista de la facultad de ciencia de la salud, Universidad de Magdalena*. 2(2), 147-150. Recuperado de <http://scienti.colciencias.gov.co>.
- Cobos-Sanchiz, D., Morón-Marchena, J., López-Jarquín, E y Reyes-Costales, E. (2013). A propósito del SIDA: un estudio cualitativo sobre percepción y actitudes de estudiantes y profesorado universitario en Chontales, Nicaragua. *Población y Salud en Mesoamerica*, 10(2), 1-22. Recuperado de <http://redalyc.org>.
- Crespo, M. y Larroy, C. (1998). *Técnicas de modificación de conducta. Guía práctica y ejercicios*. Madrid: Dykinson.
- De la Iglesia, F., Serrano J. y Montes, J. (2012) Enfermedad obstructiva crónica (EPOC) y comorbilidades. *Galicia Clínica*, 73(1), 30-36. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es>.
- Del Pino, A., Gaos, M., Dorta, R. y García, M. (2004). Eficacia de un programa cognitivo-conductual para modificar conductas prono-coronarias. *Psicothema*, 16(4), 654-660. Recuperado de www.psicothema.com.
- Enríquez-Blanco, H., Schneider, R. y Rodríguez, J. (2010). *Síndrome de intestino irritable y otros trastornos relacionados. Fundamentos biopsicosociales*. México: Editorial Médica Panamericana.
- Fernández-Abascal, E., Martín, M. y Domínguez, F. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*, 15, 615-630. Recuperado de www.psicothema.com.
- Fernández – Ballesteros, R. (1996). Cuestiones conceptuales básicas en la evaluación de programas. En: R. Fernández – Ballesteros (Ed). *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud* (pp 21-47). Madrid: Síntesis.
- Figueroa-López, C., Díaz-Barreiro, L. y Ramos, B. (2011). Factores de riesgo psicosociales asociados a los trastornos cardiovasculares en estudiantes universitarios. *Anales de psicología*, 27(3), 739-744. Recuperado de <http://www.redalyc.org>.

- Freyermuth, G. y Sesia, P. (2006). Del curanderismo a la influencia aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica. *Desacatos. Revista de Antropología Social*, 20, 9-28. Recuperado de <http://www.redalyc.org>.
- Friedman, H. y Adler, N. (2011). The intellectual roots of health psychology. En H, Friedman (Ed). *The Oxford handbook of health psychology*(pp.3-14). New York: Oxford University Press, Inc.
- Froján, M. y Santacreu, J. (1996). Evaluación de programas de salud. En: R. Fernández – Ballesteros (Ed). *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*(pp 283-319). Madrid: Síntesis.
- García, A., Álvarez, F., Borda, M. y Medina, J. (2011). Resultados de un programa de intervención psicoterapéutica en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (100), 32-39.
- García-Aymerich, J., Gómez, F. y Antó, J. (2009). Caracterización fenotípica y evolución de la EPOC en el estudio PAC-COPD: diseño y metodología. *Archivos de bronconeumología*, 45(1), 4-11. doi: 10.1016/j.arbres.2008.03.001.
- Gil Roales-Nieto, J. (2004). *Psicología de la salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Guevara, M. (2005). *Gerencia de servicios psicológicos: una estrategia para la formulación de programas*. Caracas: Universidad Central de Venezuela – Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico.
- Guzmán, R. y Lugli, Z. (2009). Obesidad y satisfacción con la vida: un análisis de trayectoria. *Suma psicológica*, 16(2), 37-50. Recuperado de <http://www.redalyc.org>.
- Hernández, M. y García, H. (2007). Factores de riesgo y protectores de enfermedades cardiovasculares en población estudiantil universitaria. *Revista de la Facultad de medicina*, 30 (2), 119-123. Recuperado de <http://www.redalyc.org>.
- Labiano, L. y Brusasca, C. (2002). Tratamientos psicológicos en la hipertensión arterial. *Interdisciplinaria*, 19(1), 85-97. Recuperado de <http://www.redalyc.org>.
- Lacasella, R. (2005). El estudio de necesidades y su inserción en el ciclo de intervención social: una aplicación paradigmática. *Psicología*, 24(1), 40-49.
- León, J., Medina, S., Barriga, S., Ballesteros, A y Herrera, I. (2004). *Psicología de la salud y la calidad de vida*. Barcelona, España: Editorial UOC.

- León, D., Zárate, L. y Rivera, E. (2011). Aplicación del autocontrol para el tratamiento del exceso de peso en estudiantes universitarios. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 14(2), 90-107. Recuperado de www.revistas.unam.mx.
- Lugli, Z. (2011). Autoeficacia y locus de control: variables predictoras de la autorregulación del peso en personas obesas. *Pensamiento psicológico*, 9(17), 43-56. Recuperado de <http://www.redalyc.org>.
- Morales, F. (1997). *Introducción al estudio de la psicología de la salud*. México: Editora Unison
- Morrison, V. y Bennett, P. (2008). *Psicología de la salud*. Madrid: Prentice Hall.
- Moyano, E., Icaza, G., Mujica, V., Núñez, Leiva, E., Vásquez, M. et al. (2011). Patrón de comportamiento tipo A, ira y enfermedades cardiovasculares (ECV) en población urbana chilena. *Revista latinoamericana de psicología*. 43(3), 443-453. Recuperado de <http://www.scielo.org.co>.
- Oblitas, L. (2000). *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdés, S.A.
- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: Thomson.
- OMS (2013). *Estadísticas sanitarias mundiales 2013*. Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de www.who.int.
- Orejudo, S. y Froján, M. (2005). Síntomas somáticos: predicción diferencial a través de variables psicológicas, sociodemográficas, estilos de vida y enfermedades. *Anales de psicología*, 21, 276-285.
- Pelechano, V. (2008). *Enfermedades crónicas y psicología*. Madrid: Klinik.
- Perea, R. (2004). *Educación para la salud. Reto de nuestro tiempo*. Madrid: Díaz de santos.
- Pérez-García, A., Sanjuán, P., Rueda, B. y Ruiz, M. (2011). Salud cardiovascular en la mujer: el papel de la ira y su expresión. *Psicothema*, 23, 593-598. Recuperado de <http://redalyc2.uaemex.mx>.
- Piña, J. (2004). Eventos disposicionales que probabilizan la práctica de conductas de riesgo para el VIH/SIDA. *Anales de psicología*, 20(1), 23-32. Recuperado de <http://revistas.um.es>.
- Piña, J. y Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Universitas Psychologica*, 5(3), 669-680. Recuperado de <http://www.scielo.org.co>.

- Piña, J., Dávila, M., Sánchez, J., Cázares, O, Togawa, C. y Corrales A. (2006) Efectos del tiempo de infección sobre predictores de adherencia en personas con VIH. *International journal of psychology and psychological therapy*, 9(1), 67-78. Recuperado de <http://www.redalyc.org>.
- Piqueras, J., Martínez, A., Ramos, V., Rivero, R, García, J. y Oblitas, L. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma psicológica*, 15, 43-74.
- Redondo, A., Calvanese, N., García, H. y Hernández, L. (2010). Evaluación de factores psicológicos asociados a la nefropatía crónica del injerto. *Argos*, 27, 62-97. Recuperado de www.scielo.org.ve.
- Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México: Manual Moderno
- Ribes, E. (2005). Reflexiones sobre la eficacia profesional del psicólogo. *Revista Mexicana de Psicología*, 22(1), 5-14. Recuperado de www.redalyc.org.
- Rodríguez, A. (2003). *Psicología médica y psiquiatría*. Galicia: Universidad de Santiago de Compostela.
- Romero, C. (2007) Depresión y enfermedad cardiovascular. *Revista uruguaya de cardiología*, 22(2), 92-109. Recuperado de www.scielo.edu.uy.
- Rondón, J. (2011). Variables psicosociales implicadas en el mantenimiento y control de la diabetes mellitus: aspectos conceptuales, investigaciones y hallazgos. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 14(2), 126-162. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx>.
- Salleras, L. (1994). La medicina clínica preventiva: el futuro de la prevención. *Medicina clínica*, 102(1), 5-12. Recuperado de <http://www.sisman.utm.edu.ec>.
- Samper, P. y Ballesteros, B. (1999). Comparación de dos programas para el manejo de la hipertensión arterial esencial. *Suma psicológica*, 6(2), 195-220. Recuperado de <http://publicaciones.konradlorenz.edu.co>.
- Simón, M. (1990). *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Smith, P. y Blumenthal, J. (2011). Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular: epidemiología, mecanismos y tratamiento. *Revista española de cardiología*, 64(10), 924-933. doi:10.1016/j.recesp.2011.06.003
- Tortosa, F. (1998). *Una historia de la psicología moderna*. Madrid: McGraw Hill.

- Trull, T. yPhares, E. (2003). *Psicología clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. (6ta ed). México: International Thomson Editores.
- Valls, E. y Rueda, B. (2010). La influencia de la ira y la depresión como posibles factores de riesgo en la adaptación a la enfermedad cardiovascular. *Análisis y modificación de conducta*, 36(153-154), 81-104. Recuperado de <http://rabida.uhu.es>.
- Vellisco, A., Álvarez, F., Borda M., y Medina, J. (2011) Resultados de un programa de intervención psicoterapéutica en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 100, 32-39. Recuperado de www.researchgate.net.
- Vinaccia, S. y Quinceno, J. (2011) Calidad de vida relacionada con la salud y factores psicológicos: un estudio desde la enfermedad pulmonar obstructiva crónica – EPOC. *Terapia psicológica*, 29(1), 65-75. Recuperado de <http://www.scielo.cl>.
- Vinaccia, S., Quinceno, J. yRemor,E. (2012) Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. *Anales de psicología*, 28(2), 366-377. Recuperado de <http://revistas.um.es>.
- Vinaccia, S., Quinceno, J., Zapata, C., Obesso, S. y Quintero, D. (2006). Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Psicología desde el Caribe*, 18, 89-108. Recuperado de <http://www.redalyc.org>.