

PSICOLOGÍA DE LA SALUD: ASPECTOS HISTÓRICOS Y CONCEPTUALES

Jorge A. Grau Abalo
Edelsys Hernández Meléndez

(En: Hernández, E., Grau, J. (Comps) Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones. Guadalajara: Centro Universitario en Ciencias de la Salud, 2005, 33-84)

Al despuntar el siglo XXI las características y el modo de desarrollar los conocimientos y las actividades en el ámbito de las Ciencias de la Salud han experimentado sustanciales cambios. El reconocimiento del modelo biopsicosocial tras la evolución del viejo modelo biomédico, la nueva conceptualización del proceso salud-enfermedad y el conocimiento creciente de factores psicosociales asociados a este proceso, la transición en los perfiles epidemiológicos, el desarrollo de los conceptos de calidad de vida y bienestar y su relevancia para las tareas de salud, el fracaso de los sistemas sanitarios por una concepción restrictiva y descontextualizadora de la salud, la caracterización de la atención primaria de salud como ámbito integral fundamental para muchas acciones, la relevancia de la incorporación del trabajo en equipo, son hechos que en las últimas décadas han condicionado la inclusión de las Ciencias Sociales en una nueva forma de pensar en salud. Cada día más se demandan nuevos profesionales que, por su formación, sean capaces de contribuir, desde la investigación hasta la propia práctica profesional, a la búsqueda de soluciones adecuadas para los nuevos retos y problemas en el sector salud.

La Psicología de la Salud, desde los años 70 de la pasada centuria, ha emergido como un campo que, de frente a estos desafíos, puede y debe aportar a la solución de muchos de los problemas de la salud pública contemporánea. Sin embargo, el surgimiento de la Psicología de la Salud no ha sido en el vacío, no se ha debido exclusivamente a la necesidad de contribuir con un conjunto de conocimientos teóricos a la formación integral de los nuevos profesionales de la salud; no surge sin más como resultado de estas demandas. Es también el resultado de multitud de hechos que han ocurrido a lo largo de la historia y que se interconectan entre sí, aparejados al desarrollo de otras disciplinas contribuyentes a la salud pública contemporánea, tales como la sociología y la antropología médicas, la epidemiología y la medicina preventiva.

Un intento de rastrear los orígenes de la Psicología de la Salud como disciplina particular, con determinado nivel de organización, estaría indisolublemente ligado a los esfuerzos por conceptualizarla, por definir su marco teórico y delimitarla de aportes similares. Por difícil que sea y por imperfecto que finalmente resulte, es obligado emprender estos intentos.

Los determinantes del surgimiento de la Psicología de la Salud

Es una tarea bien difícil establecer con precisión cuando se utilizó por primera vez el término “Psicología de la Salud”. Antes de abordar este asunto sería mucho más productivo analizar cuáles han sido los principales determinantes de la aparición de esta disciplina.

Como ha sido señalado por varios autores (Bloom, 1988; Friedman y DiMatteo, 1989; DiMatteo, 1990; Grau, Morales, Pérez Lovelle, 1990; León, Jarana, 1992; Grau, Martín, 1993; Grau, 1991, 1992, 1995a-b, 1996, 1997a-b-c; Morales, 1997, 1999; Simón, 1999;

Werner, 2000, y otros) el desarrollo de la Psicología de la Salud ha sido esencialmente el resultado natural de: a) las controversias con el modelo biomédico tradicional y sus limitaciones en la práctica actual en salud, b) el fracaso de los sistemas sanitarios por una concepción restrictiva y descontextualizadora de la salud y, c) la posibilidad de comprender como variables sociales y psicológicas (creencias, conductas, emociones, actitudes, apoyo social, etc.) mediatizan los problemas de salud, como factores desencadenantes, facilitadores o moduladores del proceso salud-enfermedad.

El viejo modelo biomédico ha ido cediendo lugar a un nuevo modelo biopsicosocial, que no restringe el diagnóstico de la enfermedad a la presencia de anormalidades bioquímicas e incorpora variables psicológicas y sociales en su etiología, que presta importancia a la habilidad del médico para comprender determinantes psicosociales y culturales de los síntomas y considera la influencia de las situaciones vitales en la salud, que destaca el papel de la relación médico-paciente en una comunicación de diálogo, no autoritaria, y refleja nuevos cambios en la preocupación sanitaria, desplazando la atención hacia las enfermedades crónicas y otras alteraciones (Holtzman et al, 1988; León, Jarana, 1992; Grau, 1987, 1992, 1995a, 1998, Simón, 1999, Godoy, 1999). Cada día se da más importancia al estrés emocional, a los estilos de vida y las variables ambientales en la determinación de la salud y la enfermedad, a pesar de que los gastos en la atención sanitaria se siguen concentrando en los factores biológicos y en el perfeccionamiento de la atención médica (Fernández del Valle, 1996; Weiss, 1982; Bloom, 1988; Winnet et al, 1989; MINSAP, 1987; Friedman y DiMatteo, 1989; Buela-Casal y Carrobbles, 1996).

Por otra parte, el fenómeno de transición epidemiológica (predominio de enfermedades crónicas degenerativas, accidentes, suicidios, drogadicción, alcoholismo y efectos de la contaminación ambiental sobre las enfermedades infecto-contagiosas y por carencias nutricionales) ha ido cambiando las políticas y las perspectivas de salud, ya que no son suficientes las medidas sanitarias tradicionales y los avances tecnológicos para luchar contra sus determinantes. Ni siquiera el enfoque de riesgo, el desarrollo de programas locales de atención primaria y el perfeccionamiento de los recursos biomédicos serán plenamente efectivos, por sí solos, sin una nueva forma de pensamiento en salud que considere los factores psicosociales (Grau, 1998; Morales, 1997, 1999).

Los cuadros de morbimortalidad de países desarrollados, que se entremezclan cada vez más en los cuadros típicos de países en vías de desarrollo (especialmente en comunidades urbanas más o menos industrializadas o en determinados sectores poblacionales) están directamente asociados a estilos de vida, a los efectos del estrés y las emociones resultantes, a estilos de afrontamiento y patrones conductuales, a creencias y atribuciones, los cuales se constituyen en verdaderos agentes multiactuantes en la etiología de las hoy llamadas “enfermedades aprendidas”: daño cardiovascular y accidentes cerebro-vasculares, cáncer, diabetes, asma, afecciones reumáticas, etc. La rápida extensión del SIDA, de etiología viral, pero con expresiones similares al curso de cualquier enfermedad crónica, ha ido convirtiéndolo en un serio problema que obliga a ocuparse de sus condicionantes psicosociales. Los altos índices de violencia, de accidentes, de problemas relacionados con la salud reproductiva y materno-infantil, junto a enfermedades respiratorias e infecciones gastrointestinales que aquejan a los sectores socio-económicos más deprimidos, mantienen un reto creciente a la implementación más adecuada de los servicios de salud y tienen,

sustancialmente, denominadores comunes en factores psicosociales. Los problemas de vivienda, de oferta de servicios urbanos, la contaminación ambiental, la extrema pobreza, agravan estas situaciones y llevan a pensar que la infraestructura y las políticas sanitarias, afectadas por las crisis económicas, necesitan profundos cambios para cubrir siquiera en lo más mínimo la demanda de atención y la oferta adecuada de servicios de salud. En consecuencia, cada día se presta más atención al análisis de las posibilidades reales de proveer salud, a la formación y control de los recursos para ello, al uso más efectivo de las vías disponibles para lograr una cobertura con el más favorable impacto para la población. Desde la conceptualización de la salud y la enfermedad, hasta el aspecto eminentemente práctico de proveer servicios adecuados de salud, están presentes los factores que han fomentado el desarrollo de la Psicología de la Salud (Torres, Beltrán, 1986; Rodríguez-Ortega y cols, 1990; Holtzman, 1990; Urbina y Rodríguez, 1990; Durán y cols, 1991; Restrepo, 1992; Grau, 1987, 1992, 1998, 1997a, Grau, Martín, 1993; Piña, Bullé, 1994, y otros). El desafío de mejorar las condiciones de salud frente a este panorama es un asunto que trasciende, a todas luces, el ámbito científico, técnico y profesional de la Medicina convencional y de los sistemas de salud basados en el modelo biomédico tradicional, que tienen prominente intención curativa: *la promoción de salud y las acciones de prevención producen mayor impacto con menor gasto en las acciones de salud y estas acciones no pueden realizarse al margen de consideraciones psicosociales*. Aunque cambios socioeconómicos y adecuaciones de los recursos sanitarios e institucionales tengan lugar, resulta necesaria la introducción de un nuevo enfoque, de una modificación de estrategias en la forma de administrar y proveer salud, de un pensamiento que rebase el reconocimiento de los factores medioambientales y psicosociales en el proceso salud-enfermedad y el carácter declaratorio de un modelo biopsicosocial, y que sea capaz de estimular *realmente* el concurso de las ciencias médicas y las ciencias sociales en la lucha por la salud (Grau, 1995a, 1998, 1997a, 2001, 2002b). La Psicología de la Salud ha venido a llevar un vacío en esta necesaria interconexión entre las ciencias médicas y sociales.

La participación de la Psicología en el vasto campo de la salud ha venido cobrando especial relevancia a la luz de las redefiniciones del propio concepto de salud y de los cambios mencionados en el panorama epidemiológico. Pretendiendo explicar las interacciones del organismo, el ambiente y una serie de fenómenos psicológicos, subrayan la conceptualización de la salud como algo más que la mera ausencia de enfermedad, implica sentirse bien tanto consigo mismo como en las relaciones con el entorno social y ambiental (Buela-Casal y Carrobes, 1996, Godoy, 1999). Esta conceptualización de la salud (OMS, 1974, 1978), aunque cuestionada por utópica, por ser poco operativizable y no considerar grados (tiene vaguedad conceptual) y por acentuar la concepción de estado, obviando la condición de proceso, es –frente a cualquier otra crítica– exponente de la tendencia positiva e inclusiva de lo psicosocial, propiciando la interprofesionalidad y ha generado numerosos intentos, desde la perspectiva psicológica y social, de buscar un nuevo concepto de salud operativizable y medible. Así, Piña (1991) indica que si estos esfuerzos se hacen desde la Psicología, sería conveniente resaltar el importante papel que juegan los aspectos psicológicos en la salud (y la enfermedad), lo cual no significa pasar a un segundo plano los aspectos biomédicos o socioambientales. Piña la define como una condición especial de vulnerabilidad del organismo, al interactuar con el ambiente modulado por procesos psicológicos y el ejercicio de competencias conductuales que cada individuo desarrolla. Rachman (1980) reconoce que los aspectos psicológicos influyen en todas las ramas de la

medicina, que el psicólogo no tiene que reducir su actividad a los problemas psicopatológicos, y que la Psicología puede suministrar concepciones propias sobre la salud y sus problemas. Ribes (1990) enfatiza la dimensión psicológica de la salud sobre la consideración de que, en última instancia, la prevención, la curación, la rehabilitación o el inicio de una enfermedad implican la participación del individuo actuando. Para Santacreu (1991) la salud es la resultante de relaciones o respuestas a corto y largo plazo, que son adaptativas, en el marco del estado actual de relaciones entre el organismo y el ambiente o ecosistema en el cual se desenvuelve. Godoy (1999) intenta la reformulación del concepto salud (a nivel comunitario e individual) considerando dos dimensiones: el balance o nivel de salud y el potencial de salud. El balance de salud sería el proceso o estado de equilibrio dinámico dado por dimensiones positivas (bienestar físico, psíquico y social) y negativas (ausencia de enfermedades, trastornos o síntomas o necesidades de todo tipo), con indicadores que podrían ser tan complejos como se quisiera (a nivel individual los juicios del sujeto o de los profesionales que lo evalúan, y a nivel comunitario, los indicadores subjetivos de bienestar o de ausencia de enfermedad, dado por informes epidemiológicos, índices de salubridad o de calidad de vida que pudieran establecerse). El potencial de salud se refiere a cualquier tipo de interacciones entre el sujeto y el medio para mantener el balance de salud y restablecerlo, sería como un requisito del balance de salud (a nivel individual: status nutricional, resistencia inmunológica, aptitud física, estabilidad emocional, conocimiento y actitudes sobre la salud, estilos de vida, estrategias de afrontamiento al estrés, etc., como variables protectoras, recursos de resistencia o competencias; a nivel de la comunidad se referiría a las características físicas y biológicas, condiciones nutritivas de vida, niveles de empleo, políticas de salud, inversión en promoción de salud, creencias y prácticas de salud, etc.). Desde esta perspectiva de Godoy, la salud quedaría definida como el proceso de relaciones dinámicas y bidireccionales entre dimensiones y competencias individuales (biopsicosociales) y características ambientales (biofísicas, sanitarias, socioeconómicas y culturales) cuyo resultado es un estado caracterizado por el equilibrio y el correspondiente bienestar biopsicosocial, siendo la enfermedad la pérdida momentánea o duradera de dicho equilibrio dinámico, acompañada de los correspondientes trastornos, síntomas, discapacidades, etc. Esta definición concuerda con el criterio de Pérez Alvarez (1991) al considerar que la salud y la enfermedad están multideterminadas, donde son importantes tanto las condiciones biomédicas de la vida como las condiciones biográficas del vivir. Tales concepciones de la salud (y de la enfermedad) subrayan aspectos importantes: a) la *multidimensionalidad*, que junto a los aspectos biomédicos, hay componentes personales, ambientales, sociales, culturales, económicos, políticos e institucionales, b) la *salutogénesis*, como perspectiva de legítima investigación en la búsqueda de modelos conceptuales de los procesos de sanar, mantenerse sanos y promover y acrecentar la salud, c) la consideración no sólo del estado o balance de salud, sino del *potencial* que puede haber en individuos y comunidades, d) la *inoperante distinción entre salud física y mental*, que es más histórica que real, y no considera que cualquier estado de salud es integral y cualquier enfermedad es psicósomática, e) que la salud no debe tener en cuenta sólo al sujeto, sino *a la comunidad*, en muchos aspectos la salud individual es tributaria de los aspectos ecológicos y comunitarios, f) la prioridad que deben tener las *acciones de promoción y prevención*, g) como objetivo de actuaciones encaminadas a mantenerla y acrecentarla, la salud *no debe ser entendida como un bien en sí mismo*, sino como un medio para una mayor calidad de vida y para el incremento del

bienestar y ajuste personal y social. Resultan obvios los nexos de tales referencias conceptuales con los planteamientos hechos desde el marco de la Psicología de la Salud.

Como un determinante importante del avance o desarrollo de la Psicología de la Salud contemporánea, hay que referirse al papel que han jugado los Foros Mundiales de Salud, desde Alma Atá, en el desarrollo de concepciones que acercan a nuestra disciplina (Werner, 2002; Grau, 2003). En efecto, ellos han discutido los cambios de estrategias, nuevas formas de pensar y actuar en salud que consideren características del mundo de hoy (globalización y necesidad de desarrollo sostenido, preservación ambiental y de violencia social, calidad de vida, equidad social, desarrollo cultural y educativo), el desarrollo de acciones de multi-influencia, inter-dependencia, transdisciplinariedad y multisectorialidad, han subrayado las relaciones entre educación-salud-medio ambiente-calidad de vida, como propósitos sociales fundamentales, han ratificado la mayor prioridad a la promoción de salud, con focalización en grupos de alto riesgo y participación colectiva en la solución de los problemas de la población, y han considerado la atención que debe darse a los llamados problemas “emergentes” (derivados del envejecimiento poblacional, el embarazo precoz, el alcoholismo y uso de drogas, las enfermedades de transmisión sexual, la violencia y los accidentes, las cuestiones étnicas y éticas que afectan a la salud, los factores y condiciones de riesgo como obesidad, desnutrición, polución, uso desordenado del suelo, destino inadecuado de excrementos, problemas de vivienda, empleo y renta, actividad física insuficiente, control inadecuado de vectores, además de los comportamientos, creencias, actitudes y hábitos nocivos a la salud e incorporados en los estilos de vida no saludables).

Aunque formalmente el reconocimiento de la Psicología de la Salud como disciplina o profesión de la salud es un hecho relativamente reciente, hay que decir finalmente que el desarrollo de esta nueva disciplina *no es ajeno al desarrollo mismo de la Psicología*: los vínculos entre nuestra ciencia madre y la salud han existido desde las primeras etapas del desarrollo de la Psicología. Los constantes progresos científicos, el perfeccionamiento de su aparato conceptual, los descubrimientos sobre los factores psicológicos en el proceso salud-enfermedad con el incremento consecuente de la capacidad operativa de acciones psicológicas sobre este eje, el desarrollo de modelos que han devenido fuentes teóricas como la Psicología Clínica, la Psicología Comunitaria y la Medicina Conductual, han permitido ir forjando este nuevo campo de trabajo (Bayés, Marín, 1992; Rodríguez Marín, 1991; Morales, Ascaño, 1987; Morales, 1997, 1999; Grau, 1997a, 2001, 2002b). Como consecuencia, además de que los nuevos modelos y paradigmas reemplazan esquemas viejos que, sin ser inútiles, resultan ya insuficientes, los psicólogos -con relativa independencia de su orientación teórica particular- han sabido hacerse eco de que la salud, como uno de los valores más importantes del ser humano, tiene un impacto social y psicológico en las personas y comunidades, y se han dedicado a estudiar y dirigir ese impacto. Así, se ha diversificado la gama de funciones, actividades y programas en los que participan psicólogos, Los recientes avances en los servicios de salud, a su vez, sostienen y refuerzan la idea de que, al incorporar los descubrimientos científicos y las técnicas modernas de la Psicología en la práctica cotidiana, puede producirse un mejoramiento significativo en la promoción de salud y en la prevención y tratamiento de las enfermedades (Holtzman y cols, 1988; Grau, 2001, 2002b). Quizás por todas estas razones ninguna otra disciplina ha abordado más integralmente y con más larga visión el conjunto de factores psicosociales implicados en el proceso salud-enfermedad, como la Psicología de la Salud

(Grau, 1995a). Su aparición estuvo determinada por la necesidad de hacer evidente una discontinuidad con el modelo clínico tradicional, expresando con este nuevo concepto, la apertura hacia una dimensión más amplia que rebasara los marcos científicos y profesionales que habían predominado en el marco más restringido de la Psicología Clínica (Morales, Ascaño, 1987; Morales, 1997, 1999; Grau, 1997a, 2001, 2002a-b).

En pocas palabras, tanto las condiciones históricas reseñadas y referidas a los modelos tradicionales, al marco de atención a la salud y las características de los sistemas sanitarios y las nuevas demandas, como el propio desarrollo de la Psicología como ciencia, al abordar las regularidades psicológicas del proceso salud-enfermedad, han sido determinantes interactuantes en el desarrollo contemporáneo de la Psicología de la Salud. Una vez reconocidos estos determinantes, estamos en condiciones de abordar los hechos históricos aparejados a su surgimiento y desarrollo actual.

La aparición de la Psicología de la Salud: la verdadera historia

La literatura disponible y la opinión de la mayor parte de los profesionales interesados, concuerda en situar los orígenes de la Psicología de la Salud en los Estados Unidos, en la década de los años 70 del pasado siglo. Desde 1974, la Universidad de Minnesota propuso un programa doctoral en Psicología con el nombre de Health-Care Psychology, mientras que en California en esa misma fecha George Stone proponía un nuevo curriculum en Psicología, aludiendo a los términos de Health Psychology (Stone, 1990). Estos hechos tuvieron antecedentes en discusiones sostenidas en el seno de la American Psychological Association (APA) desde 1969, cuando William Shofield escribió un artículo para el *American Psychologist* que analizaba las publicaciones en el *Psychological Abstracts* aparecidas entre 1966 y 1967; este artículo apuntaba a que sólo el 9 % de 4,700 publicaciones analizadas se referían a aspectos no incluidos tradicionalmente dentro del campo de la salud mental. En 1973, un grupo de la APA sobre Investigación en Salud (Task Force on Health Research), coordinado por el propio Shofield, realizó un análisis de los *Psychological Abstracts* de 1966-1973 y llegó a la conclusión de que los psicólogos americanos no estaban siendo atraídos por los problemas de salud y enfermedad para su actividad investigativa, sin percibir los beneficios profesionales de trabajar en mejorar el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad y el sistema de prestación de cuidados (APA, 1976). En agosto de 1975, el grupo de psicólogos interesados en la investigación en salud era de alrededor de 500. En ese mismo año se discutió una propuesta para organizarse como Sección dentro de la División 18 (Psychologists in Public Service), con 150 miembros (Rodin y Stone, 1987). En poco tiempo, debido al crecimiento de miembros de esta Sección, se fomentó el interés de convertirse en una División dentro de la propia APA, lo cual se logró definitivamente en el verano de 1978, después de sucesivas reuniones encabezadas por Stephen M. Weiss, Joseph D. Matarazzo y George C. Stone. Surgió así la División 38 (Health Psychology) de la APA, siendo elegido Matarazzo como su primer Presidente y David Clayman (quien dirigía un grupo denominado *Medical Psychologist's Network*) como Secretario. En septiembre de 1979, Matarazzo pronuncia su discurso presidencial en la División en la reunión de la APA en Nueva York, el cual aparece publicado en el *American Psychologist* en 1980 (Matarazzo, 1980). En 1979, Stone, Cohen y Adler publican el primer libro en Psicología de la Salud y en 1982 comienza a editarse la revista periódica *Health Psychology* con Stone como su primer

editor; ya en 1984 la periodicidad de esta revista fue bimensual. A partir de este momento la Psicología de la Salud se desarrolló vertiginosamente: en 1996, la División 38 tenía 3,177 miembros, y la revista *Health Psychology* era la cuarta en número de suscriptores de las 37 publicaciones especializadas de la APA. Estas razones han llevado a pensar a la mayoría de los psicólogos que el origen de la Psicología de la Salud tuvo lugar en E.E.U.U. entre los años 1978-1980 (Godoy, 1999, Grau, 1987, 2001, 2002a-b).

El desarrollo de la Psicología de la Salud en Europa es aún más tardío. Desde principios y mediados de la década 1980-1990 comienzan a crearse Secciones de Psicología de la Salud en las Sociedades Británica, Holandesa, Alemana, Austríaca, Danesa, Escandinava, etc. En 1986 se crea el Grupo Especial de la Sociedad Británica con 100 miembros, que en 8 años creció 8 veces, y se funda la Sociedad Europea, con Congresos cada 2 años y con la revista *Psychology and Health*, desde 1987, como órgano oficial, y el *Journal of Health Psychology*, desde 1996. El Grupo de Trabajo (Task Force on Health Psychology) de la Federación Europea de Asociaciones Profesionales de Psicología (EFPPA) ofrece en 1994 definiciones y documentos programáticos sobre Psicología de la Salud (Godoy, 1999). En España apareció en 1989 la *Revista de Psicología de la Salud*, dirigida entonces por Jesús Rodríguez Marín. Una serie de psicólogos españoles, además del propio Rodríguez Marín (José A. Carroble, Francisco J. Labrador, Marino Pérez Alvarez, Miguel A. Vallejo, Silverio Barriga, José Santacreu, Juan A. Cruzado, Alejandro Avila, Gualberto Buela-Casal, Ramón Bayés, Miguel Angel Simón, Isaac Amigó, Pilar Arranz, Pilar Barreto, Bernardo Moreno y muchos otros) han hecho valiosas contribuciones en el campo investigativo y editorial. El Colegio Oficial de Psicólogos de España en 1996 elaboró el documento titulado “El perfil del psicólogo clínico y de la salud”, en el que se abordan cuestiones de definición y delimitación del campo y de la formación y acreditación profesional (COP, 1996). Muchos detalles sobre la historia de la Psicología de la Salud en España pueden encontrarse en los trabajos de Rodríguez Marín y colaboradores (1991, 1994, 1995). La Psicología de la Salud española, por su gran volumen editorial y el frecuente intercambio de especialistas con colegas de nuestro continente, ha ejercido notable influencia en las ideas sobre Psicología de la Salud en América Latina, aún cuando los campos de trabajo ofrecen particularidades algo diferentes (Bayés, Marín, 1992).

Llama la atención de que en pocas obras dedicadas a la Psicología de la Salud se hace referencia a la aparición y desarrollo de este campo en Latinoamérica. Para ser justos con la historia, la Psicología de la Salud nació en América Latina, precisamente en Cuba, a finales de los años 60, con el desarrollo de recursos profesionales para la nascente atención primaria de salud de entonces (1968) y con la ocupación de posiciones en el nivel de política central en el Ministerio de Salud Pública, en 1969, fecha en que se crea el Grupo Nacional de Psicología de la Salud, con funciones normativas y de asesoría técnica y metodológica (García, 1980, 1985, 1987; Grau, 1995a-b, 1997a; 2002a, Morales, 1997, 1999). Los cambios sociales acaecidos a principios de los años 60, determinaron que la dirección del Ministerio de Salud Pública considerara necesario y oportuno crear las condiciones para que la Psicología, como ciencia y disciplina independiente, labrara su propio camino profesional, brindando su contribución en los esfuerzos conjuntos por la salud de la población, fundamentalmente en el contexto de una Medicina preventiva. Los psicólogos comenzaron a vincularse entonces a todas las especialidades médicas, y no sólo al campo de la Psiquiatría; se ubicaban en otros niveles del Sistema de Salud, como el

Policlínico del nivel de atención primaria, que se convirtió en un contexto ideal para el nuevo enfoque preventivo y social, y poco a poco se fueron formulando bases teórico-metodológicas de una Psicología de la Salud asentada *en la práctica institucional en el sector salud*. Desde fechas tan tempranas como 1968 y 1969 se construyeron los fundamentos de un desarrollo particular de la Psicología de la Salud en una red institucional de asistencia a la población que cubre prácticamente todos los niveles y tipos de instituciones del Sistema cubano de Salud. A finales de la pasada década más de 1,500 psicólogos desarrollaban sus funciones en esta red. Hoy, del total de psicólogos que laboran en el Sistema Nacional de Salud poco más de la mitad trabajan en la atención primaria, formando parte del equipo básico de trabajo del médico de la familia, en los consultorios que están en la comunidad, integrados a cerca de 450 policlínicos en todo el país (se dispone de efectiva cobertura de atención con el médico de familia y su equipo en más del 97 % de la población). Casi el 40 % del total de psicólogos del Ministerio de Salud Pública atienden a la población en más de 280 centros hospitalarios generales o clínico-quirúrgicos, materno-infantiles o gineco-obstétricos, pediátricos, psiquiátricos y en 11 Institutos de Investigación y otros hospitales altamente especializados. La mayor parte de los psicólogos que forman parte de las plantillas de las Facultades de Ciencias Médicas del país (más de 100) están vinculados al trabajo docente-asistencial, sea en la atención primaria o en los hospitales de base de estas Facultades. Más de 800 técnicos medios, conocidos como psicometristas, trabajan en la red como valiosos auxiliares de los psicólogos, haciendo posible cierta reconceptualización del papel de la evaluación psicológica y descargando al psicólogo de tareas necesarias, pero costosas en consumo de tiempo, y permitiendo que pueda ocuparse más de la intervención. Los aspectos organizativos del trabajo del psicólogo de la salud, no sólo en hospitales, sino en cualquier otro centro del Sistema Nacional de Salud, han sido recogidos en diversos documentos oficiales de carácter indicativo y metodológico del Ministerio de Salud Pública (MINSAP, 1987). Muchas de las proyecciones planteadas a finales de la década del 80 se han ido cumpliendo: se cuenta actualmente con modalidades de superación postgraduada que entonces no existían y se planteaban como necesarias, entre ellas la Maestría en Psicología de la Salud, bajo la coordinación de Isabel Louro, que se ofrece hoy en la Escuela Nacional de Salud Pública, que ha tenido varias versiones con más de 80 egresados, y la Especialidad de Psicología de la Salud, que encabeza Ada Casal, que posibilita la optimización en conocimientos y la formación de habilidades para el trabajo en salud, la cual ha generado más de 100 especialistas desde 1997 y la conformación de un modelo y perfil del especialista. A pesar de que subsisten algunos problemas que afectan el desempeño profesional de la Psicología de la Salud (MINSAP, 1987; Grau, 2002a), y que están relacionadas con la reducción actual de los recursos humanos en esta especialidad en el Sistema de Salud, los psicólogos cubanos han continuado el perfeccionamiento metodológico en el campo y son reconocidos oficialmente por el Ministerio de Salud. Están vigentes, por ejemplo, los calificadores de cargo de “psicólogos de la salud” y “especialistas en Psicología de la Salud”, según los cuales se contrata a los psicólogos, tanto en atención primaria como en hospitales.

La verdad histórica radica entonces en reconocer el surgimiento de la Psicología de la Salud en Latinoamérica. Cuando Stone proponía el término de “Health Psychology” en 1974 para proponer un nuevo curriculum universitario, un gran número de psicólogos trabajaba con este perfil en instituciones cubanas y se fundaba la Sociedad Cubana de Psicología de la Salud, cuatro años antes de que se creara la División 38 de la APA y seis

años antes de que se publicara la definición de Psicología de la Salud de Matarazzo, que le ha dado la vuelta al mundo. La Sociedad Cubana de Psicología de la Salud, a cuyo frente ha estado por muchos años Noemí Pérez Valdés, vino a reforzar la identidad profesional del psicólogo en este campo y ha propiciado durante más de 25 años la celebración de eventos nacionales e internacionales de Psicología de la Salud, que han fomentado el intercambio de especialistas cubanos con sus colegas de todo el mundo. Así, el grupo de iniciadores de la Psicología de la Salud cubana: Lourdes García, Guillermo Ruiz, María Dolores Salas, Loretta Rodríguez, Francisco Morales, Ada Casal, entre otros, fue creciendo y desarrollándose, la lista de los representantes actuales sería interminable. Se han publicado valiosos trabajos que recogen estas experiencias e intentan su conceptualización (García, 1980, 1985, 1987; Morales, 1997, 1999; Morales, Ascaño, 1987; Pérez Lovelle, 1987; y otros), a la vez que se han escrito diversos documentos de carácter organizativo y metodológico (MINSAP, 1987, y otros). Desde entonces, psicólogos latinoamericanos, no sólo de Cuba, sino de Colombia, Brasil, México, Venezuela y otros países, han contribuido al desarrollo conceptual, organizativo y científico de nuestra disciplina. Las redes de la Psicología de la Salud continúan extendiéndose por toda la región y decenas de reconocidos profesionales de esos países han hecho notables contribuciones a este empeño (Torres, Beltrán, 1986; Ribes, 1990; Restrepo, 1992, 2003; Beltrán, Torres, 1992; Flórez, 1995, 2000, 2001, 2003; Neder, 1995; Urbina, Rodríguez, 1990; Rodríguez, 2001, 2003; Rodríguez y cols, 1990; Rodríguez, Rojas, 1996, 1998; Rojas, 2003; Piña, 1991, 1992; Piña, Bulle, 1994, Sánchez, 1995, 2003; Vera, 1995; Arauz, 1998; Sánchez, Parada, 1993; Sánchez, Gisbert, 1993; Tirsis de Quesada, 1995; Ortiz, 1988, 1996, 2003; Cáceres, 1998, 2003; Luzoro, 1999; Durán y cols, 1991; Durán, 1998; Sánchez Sosa, 1998; Domínguez, 1989, 1996; Domínguez, Vazquez, 1998; Domínguez y cols, 1992; 1996, 1999; Barra, 2003; Vera-Villarroel, 2003; Meda, 2003; Angerami y cols., 1992, 1995, 1996, 1998, 2000, 2002, 2003; Werner, 2001, 2003; Werner, Pelicioni, Chiattoni, 2002; Werner, Benevides, 2003; y muchos otros). Estos hechos no son casuales y reflejan la historia de la Psicología de la Salud y la necesidad de su incorporación en las tareas de salud en la región.

Muchos de estos trabajos nos han permitido dar seguimiento al desarrollo temprano de la Psicología de la Salud en varios países de América Latina. Quizás uno de los países en Latinoamérica donde primero comenzaron a insertarse los psicólogos en salud, además de Cuba, fue en Brasil, especialmente en el área hospitalaria, aunque la denominación de Psicología de la Salud apareciera más tarde; fue Mathilde Neder una pionera en este campo de la Psicología Hospitalaria. En México y Colombia los primeros trabajos en Psicología de la Salud aparecen en 1982-1983, en Colombia se consolida el equipo de trabajo del Hospital Militar, con fuerte orientación en Medicina Conductual hacia 1983 y más adelante ocurren eventos importantes que desarrollaron fuertemente la Psicología de la Salud, con participación destacada de psicólogos de Bogotá, Cali, Neiva y otras ciudades, como Luis Flórez, Gloria M. Berrío, Rubén Ardila, Marta Restrepo, Marcela Arrivillaga, María Clara Cuevas, José A. Gonzpález, Ingrid Gómez, Stefano Vinaccia, Mauricio Bonilla, Enrique González, Wilson López, Elisa Dulcey, Fabio Salazar, Manuel A. Rojas, y muchos otros.

Hasta donde se tiene referencia, el primer libro en español sobre Psicología de la Salud apareció en México en 1986 (Torres, Beltrán, 1986), mientras que en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y en coordinación la Secretaría de Salubridad se abría en esa fecha una Maestría con el modelo de residencias médicas. En 1987 comenzaba

una residencia en el Hospital J.M. de los Ríos” de Caracas, dirigida por Anita Molina. Y en el año 1989 inicia la Especialización en Psicología de la Salud en la Universidad Nacional de Colombia, en Bogotá. El XXI Congreso Interamericano de Psicología (SIP) organizado en Cuba en 1987 por el Ministerio de Salud Pública y que agrupó más de 6,000 participantes, contribuyó en gran manera al intercambio entre especialistas del continente. En 1990 se crean la Asociación Colombiana de Psicología de la Salud (ASOCOPSIS) y la Sociedad Venezolana de Psicología de la Salud (SOVEPSA) que han realizado encuentros periódicos importantes con gran participación de psicólogos nacionales e invitados extranjeros. Importante papel han jugado en la Psicología de la Salud venezolana de estos años, además de Anita Molina y Ligia Sánchez, Catalina Gandica, Marisabel Parada, Leticia Guarino, Margaret Oxford, Lya Feldman, Elvira Blank, Pablo Peñaranda, y muchos otros colegas. En 1991 y en el ámbito del trabajo del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana (Xalapa, México) aparece la revista *Psicología y Salud*, a cuyo frente ha estado Rafael Bulle-Goyri, al tiempo que en Brasil ve la luz la revista *Psicología Hospitalaria*, encabezada por Mathilde Neder. Ya en 1990, en México tiene lugar el Congreso Internacional “Psicología y Salud” auspiciado por la UNAM y el Hospital General de México y comienza una Residencia en Atención Integral a la Salud, que incorpora psicólogos; mientras que hacia 1992, en Colombia, aparece la revista *Psicología y Salud*, como órgano de ASOCOPSIS. En 1993 inicia en el Instituto de Psicología de la Universidad Central de Caracas una Maestría en Psicología Social con un módulo de intervención psicosocial que tenía fuertes componentes de trabajo en salud. En 1996, tiene lugar la Conferencia Latinoamericana sobre Psicología y Salud en la UNAM y comienza el Postgrado Regional Norte-Occidente con salidas en Maestría y Doctorado en Psicología de la Salud, con sede en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud, en la Universidad de Guadalajara, este postgrado difundió extensamente la Psicología de la Salud en muchas otras ciudades colindantes (Culiacán, Colima, Zacatecas, etc.) y abrió la investigación en el campo a numerosos profesionales, incluso no psicólogos, además sirvió de marco a la organización del I Congreso Mexicano en Psicología de la Salud en Guadalajara en 1998 y auspició la celebración del II Congreso, en la ciudad de Veracruz, en 1999. Entre 1995 y 1998 tuvieron lugar importantes eventos en Culiacán, Colima, Zacatecas, Guadalajara, conectados a la red del Postgrado Regional. En Chile, entre 1996 y 1999, el movimiento por la Psicología de la Salud tuvo un fuerte aliciente: en 1996 se abrió un Seminario organizado en Santiago por la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud (ALAPSA), un Seminario sobre Psicología de la Salud en la Pontificia Universidad Católica de Chile, en 1997 y en ese mismo año un Taller sobre Psicología de la Salud y Enfermedades Crónicas No Transmisibles, en el Ministerio de Salud (MINSAL), con participación de especialistas de muchas provincias y regiones, además el V Congreso Nacional de Psicología, tuvo fuertes contenidos de Psicología de la Salud. Por esa época existía una Maestría en Psicología de la Salud la Universidad de Concepción, se creó la ACHIPSA (Asociación Chilena de Psicología de la Salud) y muchos otros eventos tuvieron lugar, con participación entusiasta de psicólogos como Marcela Lechuga, Myriam George, Rosario Domínguez, Eliana Guic, y el apoyo del Colegio Oficial de Psicólogos. En México, desde la pasada década –e incluso antes- y durante estos primeros años del nuevo siglo, la Psicología de la Salud ha seguido difundándose intensamente por numerosos colegas mexicanos: Godeleva R. Ortiz, Jorge Arauz, Rosa Marta Meda, Andrés Palomera, Graciela Rodríguez, Mario Rojas, Benjamín Domínguez, Jorge Arauz, José Méndez, Julio Piña,

Yamilet Ehrenzweig, Javier Beltrán, Irma Torres, Lourdes Pérez, Jorge Fernández, quienes han mantenido un permanente intercambio con psicólogos cubanos y de otros países.

Como puede inferirse por estos pocos datos, el desarrollo de la Psicología de la Salud en algunos países de Latinoamérica ha sido vertiginoso en las dos últimas décadas de la pasada centuria. Sólo en Brasil en el año 2000 había 25,000 psicólogos de la salud, 26 postgrados y 5 asociaciones en diferentes subespecialidades de este campo. La Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud (ALAPSA), fundada en Santiago de Chile en 1993 en el marco del XXIV Congreso Interamericano de Psicología, ha contribuido –sin lugar a dudas- a estimular el intercambio entre especialistas de regiones y a fomentar el desarrollo de la Psicología de la Salud en los países de América Latina, auspiciando diversos eventos internacionales, nacionales y regionales y diferentes modalidades de formación postgraduada, fomentando una reflexión aglutinadora que no pierda el abordaje holístico y abarcador que debe tener, sin menoscabo de las particularidades distintivas de su desarrollo en diferentes regiones y países y estimulando el esfuerzo de los psicólogos por participar, cada vez más activa y creativamente, en la solución de problemas concretos de salud. La ALAPSA ha celebrado con éxito dos Congresos Latinoamericanos: el primero, en mayo de 2001, en Veracruz (México) y el segundo, en septiembre de 2003, en Cartagena de Indias (Colombia) y prepara su III Congreso a realizarse en La Habana (Cuba) en diciembre del 2005. Estos han sido puntos de encuentro importantes para psicólogos procedentes de diversos países y con diferentes aproximaciones teóricas, metodológicas y organizativas.

Aspectos teórico-conceptuales y metodológicos de la Psicología de la Salud

La insistencia de utilizar el término “Psicología de la Salud” no es un capricho, aún cuando se reconocen las limitaciones de esta denominación. Muchos hablan de Psicología de la Salud para incluir la vertiente positiva, hacia la salud, y no centrarse solamente en los aspectos de la enfermedad. Otros dicen que es mejor hablar de Psicología y Salud. Sin embargo, a pesar de estos enfoques diferentes del término, la mayor parte sigue empleando la denominación anterior. Para comprender el significado de esta concepción hay que partir del conocimiento del proceso salud-enfermedad, del análisis de los factores que lo condicionan, de cómo influye en este proceso la sociedad en general y los individuos, con su personalidad. Es también necesario precisar como se inserta la Psicología en un sistema dado de salud, cómo se vincula a las experiencias prácticas acumuladas en diferentes programas e instituciones de ese sistema. Para ello deberemos examinar algunos de los encuadres teóricos que han devenido sus principales fuentes.

Aunque los desacuerdos podrían ser más numerosos que los acuerdos en torno a la delimitación de la Psicología de la Salud de otras disciplinas afines, muchos autores coinciden en señalar a la Psicología Clínica, la Psicología Social Comunitaria, y la Medicina Conductual como los grandes encuadres de partida (Torres, Beltrán, 1986; Grau, Morales, 1989; Grau, Morales, Pérez Lovelle, 1990; Santacreu, 1991; Pérez Alvarez, 1991; Rodríguez Marín, 1991; León, Jarana, 1992; Morales, Ascaño, 1987; Morales, 1997, 1999; Marks, 1995; Bucla-Casal y Carroble, 1996; Godoy, 1999; etc.). A pesar de las dificultades, intentaremos exponer las contribuciones de estas disciplinas a la Psicología de la Salud y deslindarlas en la medida de lo posible.

La *Psicología Clínica* quizás ha sido la disciplina más conceptualmente definida y de mayor tradición. Ella se ha entendido como el conjunto de posibles actuaciones (comprensión, explicación, diagnóstico, evaluación, prevención, tratamiento y rehabilitación) sobre sujetos que presentan problemas o trastornos psicológicos, a través de la dimensión de una relación profesional de ayuda (Godoy, 1999). Goldenberg (1973) la entiende como una rama de la Psicología que investiga y aplica sus principios a la situación única y exclusiva del paciente para reducir sus tensiones y ayudarlo a funcionar de una forma más eficaz y con mayor sentido. Korchin (1976) considera que es una especialidad que procura entender la conducta humana y mejorar la situación de las personas que se encuentran con problemas, utilizando para ello los conocimientos y las técnicas más avanzadas y procurando, mediante la investigación, mejorar las técnicas y ampliar los conocimientos para buscar mayor eficiencia. La APA la define como forma de la Psicología aplicada que pretende determinar las capacidades y características de la conducta de un individuo recurriendo a métodos de medición, análisis y observación, y que, con base en una integración de estos resultados con los datos obtenidos a través del examen físico y de las historias sociales, ofrece sugerencias para la adecuada adaptación del individuo (Kendall y Norton-Ford, 1982). En resumen, trata de identificar y aplicar los principios de la Psicología para prevenir y tratar problemas psicológicos de un individuo; como se sabe, la Psicología Clínica tuvo sus orígenes en Pennsylvania, con la Clínica de Witmer, y tuvo un pujante desarrollo durante la Segunda Guerra Mundial. (Morales, Ascaño, 1987; Morales, 1997, 1999; Grau, 1996; Grau, Morales, Pérez Lovelle, 1990). Obsérvese que la Psicología Clínica la da más peso a la enfermedad, no a la salud, y está enfocada hacia el individuo, aunque trabaje con grupos, está tradicionalmente asociada al trabajo hospitalario y de consultorio, estableciendo relaciones de ayuda con las personas que demandan algún tipo de apoyo. Algunos autores defienden la distinción conceptual entre Psicología Clínica y de la Salud, aún cuando no están seguros de que en el plano profesional tal distinción pueda darse en un contexto específico (Amigó, Fernández, Pérez, 1998).

La *Psicología Comunitaria*, por el contrario, está destinada a la comprensión, explicación y solución de los problemas desde el punto de vista supraindividual (social o comunitario), enfocando su atención preferentemente en el cambio y la mejora del entorno social (Bloom, 1984; Godoy, 1999). Bennet y cols (1966) la definen como el estudio de los procesos psicológicos generales que vincula los sistemas sociales con la conducta individual en una interacción completa; Reiff (1968) la ve como disciplina cuya meta es modificar la conducta humana mediante la intervención en el sistema social; Bloom (1973) la considera como el campo de la Psicología que intenta resolver los aspectos sociales en lugar de los problemas particulares de cada individuo; Sarason (1973) la define como el estudio del impacto psicológico de las comunidades próximas y distantes, la evolución de las comunidades y las maneras como el conocimiento psicológico puede aplicarse a la facilitación del cambio social adaptativo; Murrell (1973) dice que es el campo de la Psicología que estudia las transacciones entre los diferentes conjuntos de interacción del sistema social, las poblaciones y los individuos; que desarrolla y evalúa los métodos de intervención que propicien adaptaciones entre las personas y sus ambientes; que planea y evalúa los sistemas sociales, y que a partir de dicho conocimiento y cambio busca aumentar la cantidad de oportunidades psicológicas que se ofrezca al individuo. Zax y Specter (1978) la ven como una aproximación a los problemas de la conducta humana que presta más importancia a las contribuciones que las fuerzas ambientales, así como las contribuciones

de otras fuentes potenciales, ejerzan sobre la evolución y mejoramiento de dichos problemas. Rappaport (1977) dice que es la disciplina que acentúa la importancia de una perspectiva ecológica de la interacción, dando a entender que se puede mejorar la adaptación entre las personas y su ambiente, al crear nuevas opciones sociales y desarrollar los recursos personales, en lugar de realizarlo mediante la eliminación de las debilidades de los individuos o sus comunidades. En definitiva, la Psicología Comunitaria surge como alternativa a la Psicología Clínica, orientándose a comprender y resolver ciertos problemas con un fuerte componente socioambiental (drogadicción, marginación, delincuencia) con metodologías de nivel supraindividual o comunitario, su objeto de actuación es la mejora de ambientes y recursos sociales y el aumento de habilidades personales para mejorar el ajuste y la calidad de vida en la comunidad. Tuvo sus orígenes en la pasada década de los 60, por la confluencia de una serie de factores profesionales y sociopolíticos (mayor demanda de asistencia psicológica y comprensión de que ciertos problemas humanos son muy dependientes del tipo de relaciones del sujeto con su ambiente, insatisfacción y desencanto con el diagnóstico y la terapia psicoanalítica, nuevas concepciones de la enfermedad mental, evidencias de relación entre clases sociales y trastornos mentales, cambios sociopolíticos de los años 60). Hace énfasis en la prevención y actúa en base al modelo de competencia de los sujetos para resolver sus problemas; se caracteriza por un acercamiento proactivo y preventivo a la comunidad, con principios en la adopción de una perspectiva ecológica, la búsqueda del cambio social, el énfasis en la prevención, el enfoque sobre la intervención en crisis y la creación de una sensación psicológica de bienestar en la comunidad. Se aplica a la prestación de servicios humanos, al desarrollo de los recursos humanos, al cambio social y comunitario en el grupo, barrio, pueblo, organizaciones institucionales, poblaciones, a lo personal-compartido más que a lo personal-individual, con estrategias basadas en la educación para la salud, la intervención en crisis, el apoyo de profesionales y paraprofesionales, la mejora del entorno, las comunidades terapéuticas y la creación de escenarios alternativos (Costa y López, 1986; Mann, 1978; Sánchez, 1991; Godoy, 1999). Sus consecuencias prácticas están aún pendientes de evaluar, pero ha aportado a la salud al enfatizar las variables psicosociales y la prevención y aumentar las competencias individuales como alternativa a un modelo clínico defectual (Godoy, 1999). De cualquier modo, es un modelo funcionalista, y no siempre corresponde a las realidades de los sistemas de salud, no logra rebasar el campo de la llamada “salud mental” (Morales, Ascaño, 1987; Morales, 1997, 1999; Grau, 1996; Grau, Morales, Pérez Lovelle, 1990), no considera a sistemas y estructuras más amplias fuera de los determinantes socioambientales del nivel ecológico de la comunidad considerada (Saforcada, 1992).

La *Medicina Conductual* es un amplio campo de integración de conocimientos proveniente de diferentes disciplinas biomédicas (anatomía, fisiología, bioquímica, epidemiología, endocrinología, neurología) y psicosociales (psicología del aprendizaje, terapia y modificación de conducta, sociología, antropología) y que están dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, por una parte, y a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, por la otra; su característica fundamental es la interdisciplinaria, en un sentido amplio es entendida como la aplicación de técnicas psicosociales al campo de la salud y la enfermedad “físicas”, en un sentido más restringido es resultante de la aplicación de la psicología experimental a la práctica médica, quedando fuera las técnicas no conductuales y los problemas de naturaleza “no física” (Godoy, 1991, 1999). La mayor parte de los autores coincide en afirmar que surge en 1977, con la famosa

Conferencia de Yale, y su desarrollo ha estado muy vinculado al del biofeedback o biorretroalimentación y a la aplicación de las técnicas de modificación de conducta para resolver los problemas de salud-enfermedad. Blanchard (1977) la concibe como la sistemática aplicación de los principios y la tecnología conductuales al campo de la medicina, la salud y la enfermedad; Schwartz y Weiss (1978) afirman que es un campo interdisciplinario relacionado con el desarrollo y la integración de conocimientos científicos conductuales y biomédicos y de técnicas relevantes para la salud y la enfermedad y la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; Pomerlau y Brady (1979) consideran que es: a) el uso clínico de técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta –terapia y modificación de la conducta– para la evaluación, prevención y tratamiento de la enfermedad física o la disfunción fisiológica, y, b) la dirección de investigación que contribuya al análisis funcional y a la comprensión de la conducta asociada con trastornos médicos y problemas en el cuidado de la salud; Reig (1989) la conceptualiza como el campo interdisciplinario, promovido principalmente por psicólogos y médicos, que se propone como objetivo básico el progreso e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias biomédicas, conductuales y otras disciplinas relacionadas para lograr: 1) comprender, tratar y rehabilitar los procesos de enfermedad, y, 2) promover, mantener o intensificar la salud. Estas definiciones subrayan las características esenciales: a) naturaleza interdisciplinaria, b) su interés por la investigación de los factores conductuales como contribuyentes a la promoción general de la salud y al desarrollo, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, c) la aplicación de un abordaje amplio e integral de los pacientes que abarque estrategias conductuales y modificación de factores ambientales y no únicamente los biomédicos, y, d) su doble carácter: básico y aplicado (Godoy, 1991; Gentry, 1984; Miller, 1983). En pocas palabras, su principal aporte es la imbricación de factores psicosociales al explicar el origen, curso y manifestaciones de las enfermedades, ampliando el modelo biomédico tradicional en un marco más amplio, su contribución al manejo de síntomas físicos de las enfermedades, utilizando preferentemente técnicas conductuales y el desarrollo de investigaciones básicas y aplicadas; pero su abordaje es preferentemente individual y no cubre todo el abordaje psicológico de los factores que intervienen en el proceso salud-enfermedad (Morales, Ascaño, 1987; Morales, 1997, 1999; Grau, 1996; Grau, Morales, Pérez Lovelle, 1990). No da la debida importancia a la prevención (Amigó, Fernández, Pérez, 1998); incluso, es incapaz para observar un modelo psicológico de salud que permita explicar bajo qué condiciones una persona enferma o no (Piña, Obregón, y cols., 1995).

Además de estas tres, otras disciplinas han contribuido al desarrollo de la Psicología de la Salud, como la *Psicología Médica* y la *Medicina Psicosomática*. La primera ha sido parcamente definida como la Psicología aplicada a los problemas planteados por la Medicina (Delay y Pichot, 1969). Asken (1979) decía que era el estudio de los factores psicológicos relacionados con cualquiera de los aspectos de la salud física, la enfermedad y su tratamiento a nivel del individuo, el grupo y los sistemas; para él no representa una orientación teórica particular; los problemas de la Psicología Médica pueden ser conceptualizados desde cualquier orientación deseada y tiene, además, como foco todas las áreas de interés académico: investigación, intervención, aplicación y enseñanza. Un conocido psiquiatra cubano, J. Bustamente (1969), la veía como la disciplina que se ocupa del estudio de los factores psicológicos que intervienen en las distintas manifestaciones de la práctica médica. Tuvo sus comienzos en Europa, por la influencia del “Círculo de Viena”

y la “Escuela de Heidelberg” que abogaban por la búsqueda de factores psicológicos que pudieran tomar parte en la patogenia de las enfermedades, destacando el valor del hombre como unidad total que padece una enfermedad y no era objeto de la Medicina y subrayando la importancia de considerar la relación médico-paciente. La *Medicina Psicosomática*, basada en el psicoanálisis, ponía de relieve el papel que podrían jugar en el desarrollo de las enfermedades ciertos determinantes psicológicos (conflictos no resueltos, vivencias y emociones, necesidades insatisfechas) sobre la base de rasgos o patrones de la personalidad o conflictos psicosexuales no resueltos. Según algunos autores (Reig, 1981; Amigó, Fernández, Pérez, 1998) el término fue acuñado por Heinroth en 1918 para englobar las relaciones entre los procesos psicológicos y las estructuras somáticas. No utilizaba el método experimental, sino las observaciones clínicas; algunos conocidos representantes como Dumbbar y Alexander propusieron así, a mitad del pasado siglo, determinantes psicológicos de muchas enfermedades (artritis, hipertensión, úlcera, colitis, migraña, psoriasis, diabetes, asma, etc.). La relación médico-paciente, la adaptación a la hospitalización, la preparación prequirúrgica, la relación comportamiento-emoción-enfermedad y el cumplimiento de los tratamientos fueron aspectos relevantes en los estudios de Szasz y Hollender (1956), y de muchos otros autores. Según Lipowski (1986) la Medicina Psicosomática tuvo dos momentos: el primero, entre 1935 y 1960, caracterizado notablemente por la influencia del psicoanálisis, y un momento posterior, que buscaba una base científica más sólida de conocimiento equiparable a la de la medicina y se planteaba la necesidad del desarrollo de terapéuticas eficaces para las enfermedades psicosomáticas.

Si bien señalaron la importancia de considerar algunos de estos temas en la comprensión de los factores psicosociales del proceso salud-enfermedad, la Psicología Médica y la Medicina Psicosomáticas tuvieron repercusiones muy limitadas, no consideraban la prevención de las enfermedades ni el contexto social en que éstas se desarrollaban y estuvieron muy sesgadas tanto por su base teórica como por su escaso rigor metodológico (Morales, 1997, 1999). Ellas no han podido englobar todo el ámbito de trabajo que caracteriza a la Psicología de la Salud, ni la conceptualización de su objeto de estudio, no ponen en primer plano a la salud como objeto de intervención y olvida el papel de otras profesiones en el cuidado de la salud, subordinando el campo psicológico al médico y confundiendo el objeto de estudio con la competencia profesional o con los profundos conflictos inconscientes y mecanismos psicofisiológicos que están en la base de las complejas relaciones entre los factores psicosociales y el proceso salud-enfermedad (Gil Roales-Nieto, 1996; Amigó, Fernández y Pérez, 1998, y muchos otros).

Sería preciso y justo analizar, siquiera someramente, el papel que han tenido otras corrientes del pensamiento psicológico en el estado y desarrollo actual de la Psicología de la Salud. Si bien no repercutieron en el surgimiento de la Psicología de la Salud, la *Neuropsicología* y la *Patopsicología*, tal y como fueron concebidas en la ex Unión Soviética, tuvieron cierta influencia en los trabajos de psicólogos cubanos y de otros países, en especial, latinoamericanos, sobre todo desde los años 80 del pasado siglo. La Escuela histórico-cultural de Vigotsky y muchos de sus promotores (Leontiev, Rubinstein, Galperin, Luria, Zeigarnik) tuvo una influencia particular en la formación, el pensamiento y las acciones de los psicólogos cubanos desde los años 70 y aún hoy en día muchos de sus postulados y principios llaman la atención de psicólogos de muchos países. Quizás la disciplina más tempranamente extendida en nuestro continente y más cercana a la

Psicología de la Salud, fue la *Neuropsicología*, con los trabajos pioneros de A. R. Luria en el estudio de las funciones corticales superiores y el diagnóstico y rehabilitación de enfermos con lesiones del sistema nervioso central (Luria, 1965, 1966, 1977). Menos conocidos e introducidos más tardíamente en el trabajo asistencial de muchas instituciones de salud, fueron los trabajos de B.W. Zeigarnik y sus discípulos (1976, 1979, 1980; 1986) en el campo de la *Patopsicología*, dedicada a caracterizar trastornos de los procesos psíquicos con métodos cualitativos a manera de pequeñas situaciones clínico-experimentales. La Patopsicología, que generó en Cuba muchas polémicas (y también muchas aplicaciones) durante los años 80, no tenía como objeto de estudio el “trastorno mental”, como muchos han supuesto, sino que intentaba diferenciar el análisis psicológico de los procesos psíquicos alterados (tanto en trastornos mentales como en enfermedades “somáticas”), a diferencia de la Psicopatología, como sustrato esencial de la Psiquiatría, que se dedicaba a la caracterización semiótica y nosológica de las alteraciones psíquicas. Así, los trabajos sobre las alteraciones del pensamiento, la memoria y la atención fueron paradigmáticos en los estudios de psicólogos rusos de la época, encabezados por B.W. Zeigarnik y Y.F. Poliakov, al tiempo que se destacaba, sobre la base del principio de la unidad de lo cognitivo y lo afectivo, el papel de los componentes motivacional-emocionales en las alteraciones de la psiquis (Grau, 1981, 1983). Una aplicación reconocida de la Patopsicología extendida a finales de los 80 y principios de los 90 fueron los estudios desarrollados por Valentina B. Nikolaeva (1987) y colaboradores, sobre el llamado “cuadro interno” de muchas enfermedades. Estos estudios sirvieron de marco teórico para la caracterización psicológica de muchas enfermedades en investigaciones que durante más de 10 años se desarrollaron en el Hospital C.Q. “Hermanos Ameijeiras” de La Habana y en las Facultades de Psicología de las Universidades de La Habana y Central de Las Villas, donde se logró conformar el cuadro interno en relación con la personalidad de enfermedades renales (especialmente Insuficiencia Renal Crónica Terminal), cardiovasculares (hipertensión), respiratorias (asma), y otras como diabetes, miastenia gravis, trastornos de la diferenciación sexual, neurosis, etc. (Grau, Portero, 1984; Sanchez, Grau, 1984, 1985; Knapp, Grau, 1986; Suazo, 1989; Mitjans, 1987; Márquez, 1987; González, 1989; Hernández, García, 1990; Pupo, 1989; Grau, Martín, 1993; Grau, Más, Duque, 1987; Alonso, Grau, 1992, Grau, Martín, 1990). El enfoque más amplio de la Patopsicología original, el estudio del “cuadro vivencial” de las enfermedades permitió acercar más las concepciones de la Escuela histórico-cultural a la Psicología de la Salud que se desarrollaba entonces en algunos importantes centros académicos y asistenciales cubanos, y también de otros países, como en México, Perú, etc. (Grau, Más, 1986a-b; Grau, Hernández, 1987; Raiteri, Grau, 1987). Quizás una de los principales resultados de la aplicación de estos enfoques por psicólogos cubanos ha sido en el terreno de la caracterización psicológica de *estados psíquicos*, en particular, la ansiedad y la depresión, en el contexto del llamado “enfoque personal del estrés”, que ha permitido la propuesta de modelos teóricos que explican desde perspectivas transaccionales, la relación entre el proceso de estrés y las emociones resultantes; estos estudios generaron instrumentos que facilitaron el trabajo asistencial en muchas instituciones de salud (Grau, 1982; Castellanos, 1986; Almaguer, Jiménez, 1989; Hernández, Grau, 1989; Martín, Grau, Portero, 1990; Grau, Martín, Portero, 1993; Hernández, 1994, 1995, 1996, 1998, 1999, Hernández y cols, 1999; Portero, 1996; Lorenzo y cols, 2003; Martín, Grau, Ramírez y otros, 2003). Al mismo tiempo, los avances en Psicología de la Salud de especialistas cubanos llamaron mucho la atención en los años 80-90 a psicólogos rusos que visitaron a Cuba (Y.F. Poliakov, B.S. Bratus y otros) o

estuvieron en contacto con psicólogos cubanos, especialmente los que se referían a la participación en los centros de atención primaria y al trabajo promocional y preventivo. A su vez, los trabajos de psicólogos rusos, residentes en México y en otros lugares (como L.S. Sviatkova), han llamado la atención a psicólogos latinoamericanos acerca de los aportes que puedan rescatarse de la Psicología “Soviética” de entonces para la Psicología General actual, y en particular para la aplicación de la Psicología al campo de la salud. En nuestra opinión, tales aportes fueron fundamentalmente teórico-conceptuales, metodológicos y en el campo del psicodiagnóstico (Grau, 1981, 1983; Pineda, Grau, 1983; Grau, Knapp, 1984; Grau, Martín, Portero, 1993), si bien las aplicaciones prácticas en prevención y psicoterapia eran más limitadas.

Al hablar ya de *Psicología de la Salud*, por lo general se trae la definición de Matarazzo (1980, 1982) como el 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 al análisis y mejora del sistema sanitario y formación de políticas sanitarias. En esta formulación de Matarazzo se distinguen cuatro orientaciones fundamentales de trabajo: a) se destaca la promoción y el mantenimiento de la salud, b) se incluye la prevención y el tratamiento de la enfermedad, c) se centra también en el estudio de la etiología y correlatos de la salud, la enfermedad y las disfunciones, y, d) se atribuye como competencia del psicólogo de la salud el estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de salud, aspecto éste que está cada vez más llamando la atención de los psicólogos insertados en el sector salud.

Muchas otras definiciones de Psicología de la Salud han sido dadas. Gatchell y Baum (1983) consideran que es la disciplina relativa al papel primario de la Psicología como ciencia y profesión en las áreas de la Medicina Conductual y la Salud Conductual. Stone (1988) decía que era la aplicación de cualquier concepto, aspecto o técnica psicológica a la problemática de la salud. Bloom (1988) la enfoca como es el estudio científico de la conducta, pensamientos, actitudes y creencias relacionadas con la salud y la enfermedad. Sarafino (1990) la ve como un campo de la Psicología introducido a finales de la década de los 70 para examinar las causas de las enfermedades y estudiar vías para promover y mantener salud, prevenir y tratar la enfermedad y mejorar el sistema sanitario. León y Jarana (1992) consideran que es la aplicación de los conocimientos teórico-prácticos de la Psicología (en su triple vertiente: investigativa y profesional-asistencial) para lograr los objetivos que el sistema de salud plantea en un contexto socio-cultural determinado, partiendo de que la salud no es solamente un estado, sino un recurso para la vida. Carrobbles (1993) la conceptualiza como el campo de especialización de la Psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de salud, especialmente físicos u orgánicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar o rehabilitar éstos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual psicología científica, sobre la base de que la conducta humana constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud existentes en la actualidad. Simón (1993) dice que es la confluencia de las contribuciones específicas de las diversas parcelas del saber psicológico (psicología clínica, psicología básica, psicología social, psicobiología), tanto a la promoción y mantenimiento de la salud,

como a la prevención y tratamiento de la enfermedad. El psicólogo inglés contemporáneo D. Marks (1995) la concibe como la aplicación de la Psicología a la salud, los problemas de la salud y cuidado de la salud para la promoción, mantenimiento y restauración de la misma. Taylor (1995) considera que es el campo de la Psicología dedicado al conocimiento de las influencias psicológicas en cómo la gente permanece sana, por qué enferman y cómo responden cuando están enfermos. Morales y Ascaño (1987) enfatizan su pertinencia a las ciencias psicológicas al considerar como su objeto de estudio las particularidades del reflejo psíquico de la necesidad de la persona en relación con el proceso salud-enfermedad, concebido ésta como una actividad orientadora y solucionadora.

Todas estas definiciones convergen en verla como la disciplina relativa al conjunto de aportaciones psicológicas al campo de la salud. La definición ofrecida en el Programa de Desarrollo para la Psicología de la Salud hasta el año 2000, elaborado en 1987 como documento programático para esta especialidad en el Ministerio de Salud Pública de Cuba, incorpora precisamente tal característica al llegar a la conclusión de que la Psicología de la Salud recoge el conjunto de contribuciones de esa disciplina para ponerlas al servicio de la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, la identificación de los factores que caracterizan el estado de salud y bienestar y los estilos de vida que tienden a perpetuarlos (MINSAP, 1987). Aunque existen aún fuertes controversias en lo que se entiende por Psicología de la Salud y son numerosos los intentos de confundirla o distinguirla de sus principales fuentes teóricas, la Psicología de la Salud emerge hoy como un campo integrativo de conocimientos procedentes de la Medicina Comportamental, la Psicología Clínica, la Psicología Social Comunitaria, la Psicología Sanitaria, la Medicina Psicosomática e, inclusive de la Psicología Ambiental, recogiendo aportes de la Psicología Educativa, la Psicología Laboral y la Psicofisiología, pero conservando su especificidad (Grau, 1997a, 1998, 2001, 2002b).

Los intentos de delimitación conceptual han sido muchos y también los esfuerzos para establecer sus interrelaciones. Para Santacreu (1991), por ejemplo, la Psicología de la Salud y la Psicología Clínica son disciplinas diferentes entre sí, tanto en sus objetivos como en sus modelos e intervenciones. Para Pérez Alvarez (1991) la Psicología de la Salud, con respecto a la Psicología Clínica, podría concebirse como un campo diferente, pero como extensión hacia la salud y la enfermedad físicas de la Psicología Clínica. Para muchos otros (Gatchell y Baum, 1983; Krantz, Grunberg y Baum, 1983; Rodríguez Marín, 1991) la Psicología de la Salud se perfila como la disciplina relativa al papel de la Psicología en el área de la Medicina Conductual y de la Salud. Buendía (1999) amplía considerablemente el ámbito de acciones de la Psicología de la Salud, sobre la base de los cambios y avances que ha tenido esta disciplina en los últimos años. Buela-Casal y Carrobbles (1996) contrastan el objeto, modelos, el foco de atención y los sujetos que abordan la Psicología Clínica, la Medicina Conductual y la Psicología de la Salud, que sintetizamos, con ligeras modificaciones, en la figura no. 1. Godoy (1999), siguiendo las definiciones de muchos autores, afirma que dos planteamientos subyacen a las distinciones clásicas de estas disciplinas: a) el tipo de salud de referencia (mental o física), y, b) el énfasis en el tipo de intervención (tratamiento y rehabilitación o prevención y promoción)(ver figura no. 2).

Frente a la frecuente crítica de utilizar estos conceptos como idénticos e intercambiables, Godoy (1999) plantea que no es muy recomendable distinguir en el modelo de salud

contemporáneo, entre salud física y mental; por otra parte, considera necesario integrar todas las aportaciones en la Psicología de la Salud, ya que todos los psicólogos que investigan, educan o trabajan en relación con la salud *son psicólogos de la salud*, por lo que propone una interrelación como la que se esquematiza en la figura no. 3.

FIGURA 1: Contrastación de algunas disciplinas afines

DISCIPLINAS	OBJETO	MODELOS	ENFASIS EN:	SUJETOS
PSICOLOGÍA CLÍNICA	Trastornos psíquicos	Conductual, emocional y psicométrico	Diagnóstico y tratamiento	Individuos
MEDICINA CONDUCTUAL	Trastornos "físicos"	Cognitivo-conductual	Tratamiento	Individuos
PSICOLOGÍA DE LA SALUD	Salud y problemas diversos (mediatizadores del proceso salud-enfermedad)	Motivacional, emocional, cognitivo-conductual, psicométrico, integrando el epidemiológico y sociopsicológico	Promoción y prevención	Individuos, grupos y comunidades

Figura 2: Definición convencional de relaciones y diferencias entre Psicología Clínica, Psicología Comunitaria, Medicina Conductual y Psicología de la Salud

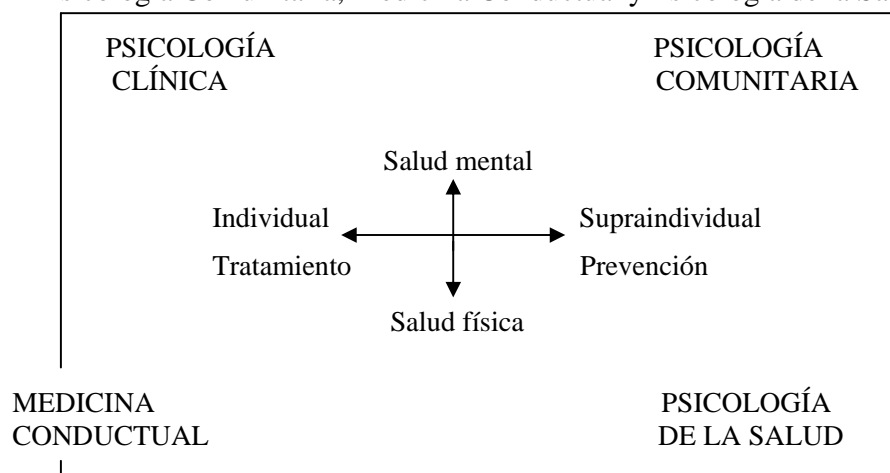
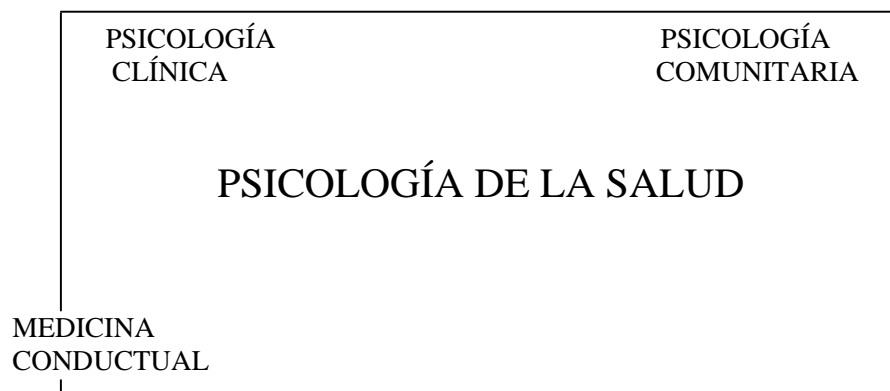


Figura 3: Propuesta de relaciones entre Psicología Clínica, Psicología Comunitaria, Medicina Conductual y Psicología de la Salud.

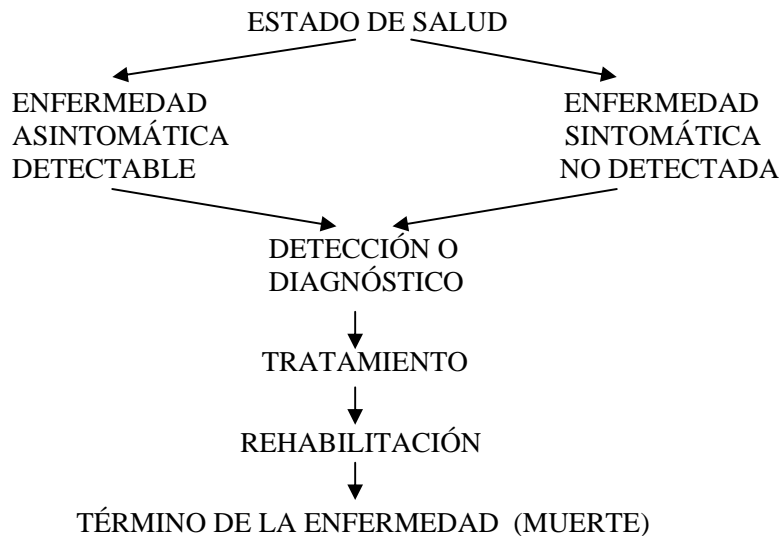


Desde esta perspectiva integradora, la Psicología de la Salud incluye como características más llamativas (Godoy, 1999): a) la asunción de un modelo integrador de salud y enfermedad de naturaleza biopsicosocial, b) el interés en la promoción y mantenimiento de la salud, con énfasis conceptual y operativo hacia la salutogénesis, c) interés por la prevención primaria de la enfermedad, modificando conductas y hábitos de riesgo, así como características patógenas del medio, d) tendencia a una perspectiva ecológica-comunitaria para las actuaciones en materia de promoción y prevención, e) elaboración de adecuadas estrategias para la evaluación, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad (prevención secundaria), tanto a nivel individual como comunitario, f) formación y potenciación de otros profesionales de la salud, mejorando sus relaciones con los pacientes, preparándolos para exámenes médicos, intervenciones sanitarias u hospitalización, aumentando el cumplimiento y seguimiento por los mismos de los tratamientos y prescripciones, incrementando la eficiencia de la gestión sanitaria y de las instituciones en salud; todo ello confiriendo dos características primordiales al campo: 1) la simbiosis entre la investigación y la aplicación clínica, en cualquier fase del proceso salud-enfermedad, y, 2) la vocación o tendencia a la intervención en individuos, grupos y comunidades.

Esta orientación integradora propuesta por Godoy (1999), aunque no nueva, es práctica, y soporta la idea de que la Psicología de la Salud no es una forma tabicada tradicional o una parcela de la Psicología, sino la aplicación de los conocimientos y aportes de la Psicología (de cualquier disciplina psicológica) a la solución de los problemas del proceso salud-enfermedad. Si la salud-enfermedad son constructos multivariados, y la atención a la salud se provee de muy diferentes maneras, en contextos muy diversos, por profesionales bien distintos, que tienen concepciones bien diferentes acerca de las más variadas necesidades en salud, sería imposible pensar que cualquiera de las ramas convencionales de la Psicología, como disciplina única, pueda suministrar un aporte lo suficientemente significativo y global, como para poder prescindir de las contribuciones de las otras disciplinas (Grau, 1996a). Esto también funciona en el encuadre institucional y global en salud, en el cual la Psicología de la Salud brinda sus aportaciones. Desde este punto de vista, la mera idea de la Psicología de la Salud fuera del encuadre transdisciplinario e institucional en salud es algo imposible de imaginar. Sin negar su pertenencia científica a las disciplinas psicológicas que le dieron origen, la Psicología de la Salud de nuestros tiempos tiende a integrar sus aportes en modelos biopsicosociales que intentan explicar el papel que en el proceso salud-enfermedad tienen las creencias y conductas de salud, los estilos de vida y el estrés, diversos tipos de emociones, el apoyo social, la motivación por el cuidado de la salud o el tratamiento para una enfermedad, las habilidades sociales y comunicativas, los hábitos y conductas ocupacionales, el autocontrol personal, los estilos de afrontamiento ante situaciones vitales, los patrones de vulnerabilidad psicosocial o propensión a enfermar, las características personales de resistencia o tendencias salutogénicas, la adaptación a la enfermedad, la calidad de vida percibida, y muchos otros factores, que devienen su verdadero *objeto de estudio*, en cualquier nivel de atención, en cualquier contexto (Grau, 1996, 1998). Vale la pena distinguir aquí entre el *objeto de estudio* de la Psicología de la Salud y su *material de trabajo*, que pueden conformarlo personas sanas, sujetos en riesgo de enfermar o personas ya enfermas (pacientes), así como grupos y comunidades. Con frecuencia, profesionales noveles, sin una visión holística de la Psicología de la Salud o de su objeto de estudio, quieren definir o encuadrar una intervención o investigación “en pacientes” con uno u otro trastorno, sin definir claramente

qué es lo que van a estudiar o a hacer objeto de intervención, cuales son los fenómenos que constituyen objeto de su trabajo, cuáles son los conceptos de partida...Entonces, si la Psicología de la Salud intenta estudiar las regularidades psicológicas y los factores psicosociales que están presentes en el proceso salud-enfermedad, lo más conveniente sería partir de las distintas fases de este proceso para tener una visión global de cuáles pudieran ser los fenómenos que constituyen su objeto de estudio (Grau, 2002) (ver figura no. 4).

Figura 4: Fases del proceso salud-enfermedad



Así, durante el *estado de salud*, cobran importancia para su estudio factores psicosociales tales como: conductas protectoras de salud, conductas de riesgo, estilos de vida; modelos de creencias de salud, variables a considerar para la promoción y la prevención; el eutrés y las emociones asociadas a modelos salutogénicos; el distrés y las emociones como factores de riesgo de enfermar, además de otros factores psicológicos de vulnerabilidad personal; la calidad de vida y el bienestar subjetivo en estado de salud; el apoyo social y comunitario reforzando estados de salud, etc. Cuando la *enfermedad asintomática es detectable* mediante procedimientos de pesquisa activa (screening), tenemos los problemas y costos psicológicos de los programas de tamizaje y las consecuencias psicosociales de los tiempos de espera asociados a pesquisajes poblacionales; cuando hablamos de *enfermedad sintomática no detectada aún*, tienen importancia los problemas psicosociales relacionados con la búsqueda de ayuda médica (atribuciones, estigmas, tiempo de decisión). Al período de *detección o diagnóstico de una enfermedad* están relacionados problemas psicológicos tales como los problemas de “adherencia” durante el proceso diagnóstico, las reacciones psicológicas ante los métodos cruentos de investigación, los problemas relacionados con la información del diagnóstico, los tiempos de espera y el sufrimiento asociados al procesamiento de los medios diagnósticos. Durante el *tratamiento y curso de la enfermedad y el proceso de rehabilitación*, afloran a un primer lugar las conductas de enfermedad y el rol de enfermo, los fenómenos de “identidad desplegada”, las representaciones individuales de la enfermedad (dolencia, cuadro interno), los procesos de adaptación y ajuste ante la enfermedad y la calidad de vida resultante, incluyendo los afrontamientos ante los

estresores procedentes de la enfermedad o sus tratamientos, los problemas de la adherencia terapéutica o cumplimiento de las prescripciones, las reacciones ante intervenciones cruentas e invasivas, todo tipo de intervenciones psicológicas para el control de síntomas e incrementar la adaptación y la rehabilitación psicosocial, vocacional y laboral, el apoyo social en situación de enfermedad y los tiempos de espera y sufrimiento asociados a procedimientos terapéuticos. Cuando la *enfermedad se encuentra en un período avanzado y el paciente está en estadio final de su vida*, cobran más importancia los aspectos psicológicos relacionados con la invalidez, la discapacidad y la minusvalía, los problemas relacionados con el ajuste o adaptación ante la intensificación de la enfermedad y sus síntomas, los fenómenos asociados a la calidad de la vida y el bienestar en este período, las reacciones de afrontamiento ante la muerte inminente y los mecanismos defensivos elaborados para ello, el sufrimiento y los tiempos de espera asociados a los fenómenos amenazantes, las intervenciones psicológicas al final de la vida y el manejo del duelo y el agotamiento emocional en los familiares y el personal de salud que atiende a estos pacientes. Por supuesto, que todos estos factores psicosociales no se dan en un solo período o fase, han sido reseñadas en aquellos estadios del proceso salud-enfermedad en donde se ponen más de manifiesto, pero no significa que estos sean exclusivos de cada fase o etapa del proceso. Otros, sin embargo, son propios de cualquier estadio o etapa del proceso salud-enfermedad, por ejemplo: la atención psicosocial a la familia del enfermo o del individuo en riesgo de enfermar, la comunicación profesional con los usuarios de los servicios de salud, el estrés laboral y desgaste en el trabajo (burnout) de los profesionales o proveedores de estos servicios, fenómenos que están presentes en cualquier momento del proceso. En resumen, los factores psicosociales mencionados, interviniendo como desencadenantes, facilitadores o moduladores del proceso salud-enfermedad en uno u otro sentido, se erigen cada día más como el objeto de estudio de la Psicología de la Salud (Grau, 2001, 2002b). Una comprensión holística, globalizadora de este objeto es necesaria para el encuentro de los psicólogos de la salud con su propia disciplina y profesión.

Obviamente, la Psicología de la Salud no existe en abstracto. Los marcos teóricos de partida de la Psicología se desarrollan, se transforman, se modifican en función del avance general de la ciencia psicológica y del pensamiento filosófico, pero también como resultado de los logros de la práctica social y de las necesidades que surgen en las nuevas condiciones, de las exigencias y reclamos que las nuevas realidades le hacen a la ciencia y a la profesión. Por lo tanto, la Psicología de la Salud, como disciplina y como profesión, está en constante cambio, no puede anquilosarse (Grau, 1996). Es cierto que mucho de la Psicología de la Salud contemporánea ha sido derivado de la Psicología Cognitiva y de la Psicología Social desarrollada entre 1950 y 1990. Teorías muy variadas han encontrado su aplicación en el campo de la Psicología de la Salud, sean las derivaciones del locus de control de Rotter, del aprendizaje social de Bandura, de los modelos salutogénicos de Kobasa o Antonovsky o los modernos conceptos de resiliencia, del “patrón A” de Friedman y otros, del debatido “patrón C” de predisposición al cáncer de Temoshock o del “tipo I” de Grossarth-Maticek y Eysenck, de los modelos transaccionales de estrés de Lazarus y su concepto de afrontamiento, de los estudios sobre emociones de Spielberger, de las teorías del control de Carver y Scheier, de los modelos para cambio de estilos de vida de Prochaska y DiClemente o de la teoría de la acción razonada de Fishbein-Aijzen, las concepciones sobre sufrimiento de Bayés y colaboradores, todos estos aportes desde distintas perspectivas teóricas pueden ser englobados en un modelo sumario de Psicología

de la Salud (Grau, 1996; 2001, 2002b). Recordemos que la propia Psicología de la Salud integra fuentes que tienen sus encuadres teóricos derivados del conductismo, del psicoanálisis, del estructuralismo, de la Psicología humanista...

Sin embargo, la Psicología de la Salud tiene su especificidad, no es una abigarrada yuxtaposición de pensamientos o posiciones clínico-biológicas, socio-culturales y educativo-pedagógicas. Absorbe, en una síntesis integradora, lo mejor de sus fuentes y puntos de partida, pero no se puede confundir con la Educación para la Salud, la Medicina Conductual o la Sociología de la Salud. Es Psicología y parte de la Psicología al estudiar el papel que tienen los factores psicosociales y las particularidades de la personalidad en el proceso salud-enfermedad y en la medida que los utiliza para promover estilos de vida más sanos o restaurar funciones psíquicas seriamente afectadas (Grau, Morales, 1989). La “multidisciplinariedad” de la Psicología de la Salud se refiere ante todo a su proyección y a su bregar en el marco institucional en salud, pero no niega su pertenencia psicológica, su derivación de las ciencias psicológicas (Grau, 1991, 1993, 1995a, 1996), esta es su principal diferencia con la Medicina Conductual, cuya naturaleza es en sí misma transdisciplinaria. Quizás, por todas estas razones, se intenta afanosamente hurgar en la epistemología y las teorías de la Psicología, para buscar “ordenadores” de la Psicología de la Salud, se observa –incluso– cómo la personalidad y el estrés están ganando cada día más como ordenadores de la Psicología de la Salud contemporánea. Se ha apuntado que la clave para la comprensión de la personalidad y de su papel mediatizador en el proceso salud-enfermedad es el estudio del significado y sentido de las acciones y de la intención que las anima, más que el mero estudio de la conducta externa (Grau, Morales, 1989; Grau, 1991, 1995a), el estudio de los componentes motivacionales en el proceso salud-enfermedad ha sido insuficientemente estudiado y puede orientar hacia la búsqueda de estos “ordenadores”. Tales búsquedas siguen siendo tarea difíciles, codiciadas y definitivamente poco resueltas hasta los días de hoy (Grau, Morales, Pérez Lovelle, 1990). Admitir que la Psicología de la Salud tenga un contenido científico, no significa asumir que es una disciplina científica constituida, con objeto y métodos propios. Aún hay que verla como un *gran campo de aplicación de los conocimientos psicológicos (de cualquier Psicología) a la solución de los problemas del proceso salud-enfermedad, al proceso de gestión de salud*. No es posible eliminar el carácter integrador de los sustratos teóricos, a nivel académico, interdisciplinar y también dentro de la práctica profesional de los psicólogos de la salud.

Olvidar estas particularidades distintivas de nuestro campo puede llevar a serios errores, no sólo conceptuales, sino prácticos y éticos. Es necesario precisar cómo se vincula la Psicología a las experiencias prácticas acumuladas en diferentes instituciones de un sistema dado de salud. El amplio espectro de situaciones problemáticas en salud a las que el psicólogo debe enfrentarse, como profesional, para responder a las demandas existentes, lo obligan a hacer uso de los recursos teórico-metodológicos disponibles hasta la fecha, así como a implementar intervenciones que no siempre es posible conjugar con un determinado encuadre teórico de la Psicología. Esto ha generado dificultades en el establecimiento de la correspondencia entre ambos niveles de abordaje, creando un falso cisma, casi mítico, entre los “*psicólogos prácticos*” que tienen que resolver problemas concretos en instituciones de salud, con cierto –y muchas veces hiper-crítico- eclecticismo, y los “*psicólogos académicos*”, que trabajan en Universidades o centros de formación. Tal contraposición se

observa mucho en aquellos países donde la Psicología de la Salud se desarrolla desde los centros académicos, y no directamente en instituciones de salud (Grau, 1997a, 2001). La Psicología de la Salud se integra, conceptual y de hecho, al reto que significa actualmente el abordaje multidisciplinario de los problemas más acuciantes de la salud del mundo de hoy. En consecuencia, en los últimos tiempos, el foco principal del análisis de la problemática de la Psicología de la Salud se desplaza desde las discusiones acerca de las contradicciones teóricas entre los distintos sistemas conceptuales hacia la búsqueda de presupuestos organizativos integradores que garanticen la accesibilidad y eficacia de la atención necesaria y suficiente en los sistemas de salud pública de nuestros países (Grau, 1991, 1996). Esto no significa, naturalmente, negar la pertinencia de la búsqueda consecuente de las bases teórico-metodológicas de una Psicología de la Salud estructurada como una disciplina científica. Solo que reducirnos a esta actividad y concentrarnos en las divergencias sería un “lujo” que en su tiempo se permitieron freudistas y conductistas, humanistas y gestaltistas, pero que hoy en día sería imperdonable para quienes deben sentir la responsabilidad de proponer soluciones viables en el marco concreto de los actuales sistemas y servicios de salud. La construcción de una nueva forma de pensamiento en salud y de la inclusión de la Psicología en la solución de viejos y nuevos problemas de salud, supone una flexibilidad de integración de los aportes de fuentes y corrientes teóricas, sin caer en un eclecticismo grosero e infértil. Siempre es saludable recordar que verdad no hay solamente una y de que para que unos tengan la razón, no es necesario que otros dejen de tenerla. De esta forma, las discrepancias o divergencias teóricas entre los psicólogos deben posibilitar un desarrollo y una síntesis enriquecedora, y no adoptar otras formas de expresión, que se tornan a veces agudamente agresivas y hasta personalmente dirigidas.

En el sentido de integración, algo similar sucede cuando se examinan los *métodos de trabajo* de la Psicología de la Salud. Se ha dicho que los métodos generales básicos de la Psicología de la Salud son el clínico, el sociopsicológico y el epidemiológico (Morales, Ascaño, 1987; Grau, 1991, 1996). El método clínico fue heredado de la Psicología Clínica y del desarrollo de la Medicina Conductual. Con las repercusiones sociales de la Psicología aplicada a la salud han cobrado especial relevancia los métodos sociopsicológico y epidemiológico, el condicionamiento social de los fenómenos psíquicos impone la incorporación de estos métodos para la solución de tareas concretas. La “epidemiología conductual o psicosocial”, que intenta estudiar si las modificaciones de factores psicosociales de riesgo pueden alterar la incidencia o curso de una enfermedad (por ejemplo, expectativas de autoeficacia o emociones asociadas al hábito de fumar y el cáncer del pulmón), permite introducir procedimientos concretos para evaluar el efecto de programas y facilita, incluso, el diseño de intervenciones para modificar estos factores “de riesgo asociado”. No hay dudas de que el conocimiento de la incidencia y prevalencia de las distintas enfermedades o disturbios en áreas de salud nos facilita determinar posibles factores causales y tomar medidas preventivas, y en este contexto, el método epidemiológico es válido para las acciones psicológicas en torno a la salud (Grau, 1996).

Naturalmente, los métodos sociopsicológico y epidemiológico no pueden convertirse en los métodos únicos para la investigación y las acciones psicológicas en salud. Al actuar sobre familias, grupos o comunidades, el psicólogo de la salud se vincula también con individuos, con personas, y esta es una particularidad psicológica específica que hace que el método clínico (que no significa necesariamente que deba ser entendido como el *método de trabajo*

frente a un paciente) no pueda ser desdeñado en el armamentarium de los procedimientos de trabajo del psicólogo, ni siquiera en sus acciones promocional-preventivas en la atención primaria. Por tanto, el método clínico deviene también en método fundamental para abordar determinadas tareas de la Psicología de la Salud y no debe ser menospreciado ni confundirse, groseramente, con el ejercicio de la Psicología Clínica. La integración metodológica de la clínica, la epidemiología y la psicología social y la sociología está también presente cuando se trata de examinar los métodos rectores de la Psicología de la Salud. Está aún por determinar el peso específico que tienen cada uno de estos métodos en la construcción de los procedimientos propios de la Psicología de la Salud, probablemente cada uno de ellos juegue un papel diferente en diversos ámbitos y ante distintas acciones. Sería deseable para la identidad de nuestro campo que en esta reconceptualización de los métodos no se olvidara el papel de los métodos y procedimientos que se dirigen a poner de manifiesto el papel de la personalidad como categoría psicológica mediatizadora de la influencia de diferentes agentes en el proceso salud-enfermedad. Este proceso de reelaboración metodológica, aún pendiente, exigirá entonces encontrar el ordenador metodológico sobre la base de categorías propiamente psicológicas.

Un aspecto particularmente importante en el análisis que se lleva a cabo es el de los *instrumentos y las medidas* apropiadas en Psicología de la Salud. Los investigadores y psicólogos prácticos usan a menudo instrumentos desarrollados en otros contextos, con una población muy particular y desde diferentes situaciones de evaluación. El resultado es que se emplean a menudo medidas incongruentes, extrapoladas desde otros entornos socioculturales, cuando lo que se pretende evaluar son precisamente factores psicosociales ligados a características idiosincráticas. Se hacen con frecuencia inferencias diagnósticas en determinados tipos de pacientes con instrumentos validados en estudiantes universitarios o con cuestionarios que no responden a lo que realmente se quiere medir (Grau, 1996).

Una solución a este problema podría ser la elaboración de instrumentos autóctonos, validados para una situación y en un entorno determinado. De esta forma, han surgido en los últimos años cientos de técnicas e instrumentos, agrandándose exageradamente el almacén de instrumentos a disposición del psicólogo. Se crea así un nuevo problema metodológico: el de la selección apropiada de las medidas o instrumentos a utilizar con un fin determinado. Entonces, por una parte, no siempre es posible la normalización directa de técnicas creadas en otros países, y por otra parte, no resulta aconsejable el crecimiento desproporcionado de instrumentos. La elaboración de soluciones a este problema supone varios pasos, pero también de la integración, no sólo de instrumentos que han demostrado ser válidos en trabajos precedentes y que quizás necesiten de una validación transcultural, sino de diversos criterios para sopesar unas u otras alternativas (Grau, 1991, 1996).

Finalmente, hay que hacer notar que la Psicología de la Salud ha alcanzado tal desarrollo en los últimos tiempos, que está ya en condiciones de elaborar no sólo tácticas de trabajo para la solución de los más diversos problemas concretos, sino *estrategias generales, globales*, para el enfrentamiento de estos problemas y el logro de beneficios en los sistemas y servicios de salud, estas estrategias pueden convertirse en motor autopropulsor del desarrollo posterior de la disciplina. En trabajos anteriores (Grau, 1992, 1993, 1995a, 1996; Grau, Martín, 1993) han sido propuestas cuatro estrategias generales para hacer viables las contribuciones de la Psicología en la solución de los problemas más actuales de salud: a) la

caracterización y modificación de la responsabilidad individual en la obtención y conservación de la salud, la calificación e intervención en los componentes psicológicos de los factores de riesgo, b) el incremento de los factores psicosociales asociados a la adaptación y a una mejor calidad de vida del enfermo, especialmente crónico, c) la preparación y calificación adecuada de los recursos profesionales que administran, ofertan o proveen salud, y, d) la caracterización del componente psicológico de los servicios de salud, la evaluación de su calidad y de la satisfacción de los usuarios, la reducción de los costos de estos servicios con la influencia sobre estos componentes. La mayor parte de las acciones psicológicas profesionales en salud se absorberían en una u otra estrategia, que jugarían el papel de directrices rectoras de la investigación y la intervención en salud.

Perfilar estas estrategias, desarrollarlas, supone intercambio, aprovechamiento de las experiencias más comunes que puedan o hayan podido resultar útiles en varios países, supone adaptación a las condiciones específicas de cada región o territorio. Requiere, en suma, no sólo de integración teórico-conceptual, sino también de integración metodológica y de carácter instrumental, y también integración de acciones profesionales y de estrategias globales de acción (Grau, 1996). No es casual que aumente el interés y el intercambio de políticas y experiencias en el marco de sociedades científico-profesionales como la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud (ALAPSA).

Las características de la Psicología de la Salud latinoamericana, analizadas en diferentes trabajos (Bayés y Marín, 1992; Rodríguez, Rojas, 1996; Grau, 1997a, 1998, 2001, 2002b), también han sido condicionadas por estos problemas teórico-conceptuales y metodológicos, pero además por problemas prácticos y profesionales. Resumiremos algunas de sus particularidades distintivas: a) crecimiento acelerado de recursos humanos ante una gran diversidad de demandas sociales en la solución de problemas de salud, b) limitada y poco equitativa incorporación de psicólogos en los sistemas de salud de cada país, en sus tres niveles de atención, pero especialmente en la atención primaria de salud, c) introducción creciente en los equipos multidisciplinares de salud, conservando de forma arraigada el perfil de formación psicológica de partida, d) ampliación del trabajo de los psicólogos a áreas como enfermedades crónicas, accidentes, violencia, adicciones, desastres, desbordando el trabajo en el esquema clásico con enfermedades mentales, e) proyección hacia la promoción de salud y prevención de las enfermedades, aunque con pocos resultados hasta el presente, y, f) insuficiente vinculación de las vertientes asistenciales o de atención a la salud, docente e investigativa y de desarrollo científico. Una característica que debe ser destacada y que consideramos clave para la región es la insuficiente formación de postgrado en países de la región: la formación previa en Psicología de la Salud en el pregrado es insuficiente, no formación práctica en escenarios clínicos y sanitarios; los escasos postgrados se buscan fundamentalmente en Norteamérica y Europa; la especialización que existe en nuestros países de la región es fraccionada, en temas particulares, sin dotar a los psicólogos de una visión holística en el campo; los programas tienen objetivos similares, pero metodologías bien diferentes, sin responder a demandas sociales propias y caracterizados por extrema diversidad de orientaciones teóricas, metodológicas o de intervención, con predominio del enfoque clínico; estos postgrados no propician la inserción de egresados en los sistemas de salud. A estas características, que se interrelacionan y potencian mutuamente, se añadirían otras como los problemas de acreditación profesional y el escaso reconocimiento socioprofesional desde el sector salud.

Se levantan, entonces, una serie de *barreras* vinculadas al desarrollo de la Psicología de la Salud contemporánea: a) la formación de recursos humanos en un modelo psicosocial, pero en un sistema “medicalizado”, b) la inserción de jóvenes profesionales en un sistema de salud que descuida la visión colectiva de salud y las herramientas de promoción/prevención, c) la inhabilidad para dar respuesta a nuevas demandas que desbordan el área de la “salud mental” o desarrollar estas respuestas en una “psicología de enlace”, teóricamente injustificada y prácticamente confusora, d) factores de carácter metodológico, y en especial, las lagunas entre el “pensar” y el “quehacer” en Psicología aplicada a la salud, e) las proyecciones de la Psicología de la Salud desde el área académica y no desde dentro de los sistemas de salud, f) la necesidad urgente de reciclaje técnico y conceptual de una gran cantidad de psicólogos para abordar las tareas desde esta disciplina (Werner, 2002; Grau, 2002b). En consecuencia, se levantan 4 grandes retos, derivados de la contradicción entre la pertinencia del incremento de la participación de psicólogos en el sector salud ante nuevas demandas sociosanitarias, a un nivel “macro” (de propuesta ó intención) y las barreras subsistentes a un nivel “micro”: 1) Cuál es el rol del psicólogo ante estas nuevas demandas? 2) Cómo movernos en la Psicología de la Salud desde el plano individual tradicional al plano colectivo en forma estructurada y metodológicamente adecuada, en correspondencia con posiciones de la Psicología?, 3) Cuáles deben ser los caminos para eliminar o atenuar las principales barreras?, 4) Cuáles deben ser las categorías y métodos propios de la Psicología de la Salud, de tal manera que no tenga que seguir “pidiendo prestado” conceptos y procederes a otras disciplinas?

De este modo, los *tres grandes condicionantes del desarrollo de la Psicología de la Salud en el siglo XXI*, y en particular en los países de nuestra región, pueden formularse como: 1) la inserción creciente y efectiva de psicólogos en círculos que establecen políticas de salud, con desarrollo de una orientación ético-humanista y de compromiso en la transformación social, con búsqueda de equidad y bienestar, 2) la disminución del distanciamiento entre la formación académica y el ejercicio profesional para la solución de demandas sociosanitarias, la implementación de profundos cambios en formación curricular de pre y postgrado, al tiempo que se consolida la armazón teórico-conceptual y metodológica de la disciplina, y, 3) el incremento de proyectos, resultados de investigaciones y estudios psicosociales con proyección transdisciplinaria, multisectorial y transcultural, sin abandono de la especificidad de cada país o región (Grau, 2002b). Quedan flotando tres preguntas a las cuales deberemos dar respuesta los propios psicólogos de la salud:

- 1) Seremos capaces de salvar las barreras para el desarrollo de la disciplina?
- 2) Podremos aceptar y afrontar los retos que este desarrollo genera?
- 3) Lograremos conducir la Psicología de la Salud por nuevos derroteros?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Almaguer, L., Jiménez, B. (1989). Caracterización psicológica de los estados depresivos patológicos. Trabajo de Diploma, Facultad de Psicología de la Universidad Central de Las Villas, Santa Clara, Cuba (tutor: M. Martín)

Alonso A., Grau J. (1992). Algunas consideraciones sobre el papel del desarrollo anómalo de la personalidad en las neurosis. *Revista Cubana de Psicología*; 3(4):104-26.

Amigó, I., Fernández C., Pérez; M. (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.

American Psychological Association Task Force on Health Psychology (1976). Contributions of Psychology to health research. *American Psychologist*, 31:263-74.

Arauz, J. (1998). Discurso inaugural del I Congreso Mexicano de Psicología de la Salud. Guadalajara, México.

Asken, M.J. (1979). Medical Psychology: toward definition, clarification and organization. *Professional Psychology*, 10: 66-73.

Angerami, V.A., Alves, F., Berger, R., Werner, R. (1995). *Psicología Hospitalar. Teoría e prática*. São Paulo: Pioneira.

Angerami, V.A., Benevides, H., Aparecido, E. (1992). *O docente, a Psicologia e o Hospital*. São Paulo: Pioneira.

Angerami, V.A., Benevides, H., Rosani M. (2003). *A Psicologia no Hospital*. 2ª. edição. São Paulo: Pioneira Thompson Learning.

Angerami, V.A., Benevides, H., Werner, R., Hares, M.L., Tavares, C. (1996). *E a Psicologia entrou no Hospital...* São Paulo: Pioneira.

Angerami, V.A., Favaro, A.A., Laganá, C., y cols. (1998). *Urgências Psicológicas no Hospital*. São Paulo: Pioneira.

Angerami, V.A., Guerreiro E., Benevides, H., y cols. (2000). *Psicologia da Saúde*. São Paulo: Pioneira.

Barra, E. (2003). Salud, estados afectivos y expresión emocional. Conferencia en II Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud, Cartagena de Indias, Colombia, sept. de 2003.

Bayés, R., Marín, B. (1992). La Psicología de la Salud en España y América Latina. Ponencia centrada en el área "Psicología de la Salud", Libro de Ponencias del Congreso Iberoamericano de Psicología, Madrid: 60-74.

- Beltrán F.J., Torres I. (1992). Lo psicológico en la determinación de la salud y lo psicológico determinado socialmente. En: Piña, J.A. (comp.). Psicología y salud: aportes del análisis de la conducta. Universidad de Sonora, 90-101.
- Bennett, C.C., Anderson, L.S., Hassol, L. et al (Eds.). (1966) Community Psychology: a report of the Boston Conference on Education of psychologists for Community Mental Health. Boston: Boston University and South Shore Mental Health Center.
- Blanchard, E.B. (1977). Behavioral Medicine: a perspective. In: Williams, R.B. and Gentry, W.D. (Eds.). Behavioral Approaches to Medical Treatment. Cambridge, Ballinger.
- Bloom, B.L. (1973). The domain of community psychology. American Journal of Community Psychology; 1: 8-11.
- Bloom, B.L. (1984). Community Mental Health, 2nd. ed. Monterrey, Ca.: Brooks/Cole.
- Bloom, B.L. (1988). Health Psychology. A Psychosocial Perspective. Englewood Cliffs, N.J.. Prentice Hall.
- Buela-Casal, G., Carrobes, J.A. (1996). Concepto de Psicología Clínica, Medicina Conductual y Psicología de la Salud. En: Buela-Casal, G., Caballo, V.E., Sierra, J.C. (Comps.). Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Madrid: Siglo XXI, 3-12.
- Buendía, J. (1999). Psicología Clínica. Perspectivas actuales. Madrid: Pirámide.
- Bustamante, J.A. (1969). Psicología Médica. La Habana: Científico-Técnica.
- Cáceres, D.E. (1998). Un modelo biopsicosocial para la predicción e intervención de complicaciones del embarazo y parto. En: Rodríguez, G., Rojas, M. (Eds.) La Psicología de la Salud en América Latina. México, DF: UNAM, 85-102.
- Cáceres, D.E. (2003). Intervención psicosocial sobre factores de estrés y su impacto en la disminución de variables de riesgo en salud. Conferencia en II Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud, Cartagena de Indias, Colombia, sept. de 2003.
- Carrobes, J.A. (1993). Prólogo. En: Simón, M.A. (Ed.). Psicología de la Salud. Aplicaciones Clínicas y Estrategias de Intervención. Madrid: Pirámide.
- Castellanos, B. (1986). Caracterización de la ansiedad personal presente en la personalidad premórbida de pacientes con trastornos transitorio-situaciones y neurosis de ansiedad. Trabajo de Diploma, Facultad de Psicología de la Universidad de la Habana (tutores: J. Grau y M. Martín).
- Colegio Oficial de Psicólogos (COP) (1996). El perfil del psicólogo clínico y de la salud. Madrid: COP.
- Costa, M., López, E. (1986). Salud comunitaria. Barcelona: Martínez Roca.

- De Quesada, T. (1995). Psicología y salud. El rol del psicólogo en República Dominicana. Ponencia presentada en el Simposio "El rol del psicólogo de la salud en América Latina", XXV Congreso Interamericano de Psicología, Puerto Rico, julio de 1995.
- Delay, C., Pichot, P. (1969). Psicología Médica. Barcelona: Toray Mason.
- DiMatteo, M.R. (1990). The Psychology of Health, Illness and Medical Care. An individual perspective. Belmonte: Brooks/Cole.
- Dominguez, B. (1989) Uso clínico de las técnicas de retroalimentación biológica. Academia Mexicana de Retroalimentación Biológica; I(1).
- Domínguez, B. (1996). Manejo psicológico no invasivo del dolor crónico y el estrés. Del estudio de la nocicepción a la reestructuración de la actividad cognoscitiva. México DF: UNAM.
- Domínguez, B., Martínez, O., Silva, A., Valderrama, P. (1992). Técnicas psicológicas no invasivas para el control del dolor crónico en pacientes adultos. México DF: Versim.
- Dominguez, B., Olvera, Y., González, L.M., et al. (1999) Retroalimentación biológica (RAB). Sustentable y nacional. Por qué? Para quién? Material elaborado con el apoyo de varios proyectos de investigación, versión/noviembre de 1999.
- Domínguez, B., Silva, A., Martínez, G., Olvera, Y., Kassian, A. (1999). Therapeutic potential of emotional disclosure for chronic pain relief. A mexican experience:1988-1998. Version; 285:1-6.
- Dominguez, B., Vázquez, R.E. (1998). Autorregulación del estrés y el dolor crónico. Temas de Ciencia y Tecnología; 3(7):33-51.
- Durán, L.I. (1998). La Psicología de la Salud en México. La participación del psicólogo en la atención integral a la salud. En: Rodríguez, G., Rojas, M. (Eds.) La Psicología de la Salud en América Latina. México, DF: UNAM, 61-82.
- Duran, L.I., Becerra, J.A., Torrejón, M. (1991). El proceso salud-enfermedad y su interrelación con el comportamiento humano. Psicología y Salud, 3: 101-3.
- Fernández del Valle, J. (1996). Evaluación eco psicológica de los estilos de vida. En: Buena-Casal, G., Caballo, V.E., Sierra, J.C. (Eds.). Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Madrid: Siglo XXI.
- Flórez, L. (1995). El rol del psicólogo de la salud en Colombia. Ponencia presentada en el Simposio "El rol del psicólogo de la salud en América Latina", XXV Congreso Interamericano de Psicología, Puerto Rico, julio de 1995.
- Flórez, L. (2000). El proceso psicológico de la promoción y de la prevención. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana, 18:13-22.

- Flórez, L. (2001). Modelo transteórico y prevención del consumo de alcohol en adolescentes. Conferencia en el I Congreso latinoamericano de Psicología de la Salud, Veracruz, México, mayo de 2001.
- Flórez, L. (2003). La dimensión psicológica en la promoción de la salud: el Programa "Escuela Saludable". Conferencia en II Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud, Cartagena de Indias, Colombia, septiembre de 2003.
- Friedman, H.C., DiMatteo M.R. (1989). *Health Psychology*. London: Prentice Hall.
- García Averastury, L. (1980). Psychology and Health Care in Cuba. *American Psychologist*, 35:108-9.
- García Avelastury, L. (1985). Community Health Psychology in Cuba. *Journal of Community Psychology*, 13: 117-23.
- García Avelastury, L. (1987). La Psicología de la Salud en Cuba. Situación actual y perspectivas. *Cuadernos PUC*, 11: 20-8.
- Gatchell, R.J., Baum, A. (1983). *An introduction to Health Psychology*. Reading; Mass.: Addison-Wesley.
- Gentry, W.D. (1984). Behavioral medicine: a new research paradigm. In: Gentry, W.D. (Ed.). *Handbook of Behavioral Medicine*. N.Y.: Guilford Press.
- Gil, Roales-Nieto, J. (1996). *Proyecto docente e investigador*. Universidad de Almería.
- Godoy, J.F. (1991). Medicina Conductual. En: Caballo, V.E. (Ed.) *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*, Madrid: Siglo XXI.
- Godoy, J. (1999). Psicología de la Salud: delimitación conceptual. En: Simón, M.A. (Ed.) *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva, capítulo primero, 39-76.
- Goldenberg, H. (1973). *Contemporary Clinical Psychology*. Monterrey, Ca.: Brooks/Cole.
- González, C. (1989) Ansiedad y personalidad en la clasificación diagnóstica psicológica de la disfunción sexual eréctil. Trabajo de Diploma, Facultad de Psicología de la Universidad Central de Las Villas, Santa Clara, Cuba (tutores: M. Martín, J. Grau)
- Grau, J. (1981). La Patopsicología: su objeto y tareas. Panorama histórico. Impresiones ligeras, Facultad de Psicología de la Universidad Central de Las Villas, Santa Clara, Cuba.
- Grau, J. (1982). Aspectos psicológicos de la ansiedad patológica. Tesis doctoral, referat publicado por la Editorial de la Universidad Estatal "Lomonosov" de Moscú (en ruso).
- Grau, J. (1983). El diagnóstico patopsicológico: consideraciones generales. Impresiones ligeras, Facultad de Psicología de la Universidad Central de Las Villas, Santa Clara, Cuba.

- Grau, J. (1987). La Psicología de la Salud en Cuba: pasado, presente y futuro. Conferencia presidencial al XXI Congreso Interamericano de Psicología, Palacio de Convenciones, La Habana, julio de 1987.
- Grau, J. (1991). Psicología de la Salud: necesidad de la integración. Conferencia magistral en el XXIII Congreso Interamericano de Psicología. San José de Costa Rica, 1991.
- Grau, J. (1992). La Psicología en la solución de los problemas de la salud pública contemporánea. Conferencia presidencial en la Conferencia Internacional "Psicología de la Salud-92". Sociedad y Salud (Universidad de Sonora), 1(2): 29-34.
- Grau, J. (1993). La Psicología en la solución de los problemas de la salud pública. Revista Avances de la ACISAM, 2: 7-15.
- Grau, J. (1995a). La Psicología de la Salud a las puertas del siglo XXI. Conferencia inaugural de la I Reunión ALAPSA de la Región Norte-Occidente de México. Guadalajara, febrero de 1995.
- Grau, J. (1995b). La Psicología de la Salud en Cuba. Ponencia presentada en el Simposio "El rol del psicólogo de la salud en América Latina", XXV Congreso Interamericano de Psicología, Puerto Rico, julio de 1995.
- Grau, J. (1996). Hacia una integración en la Psicología de la Salud. Conferencia inaugural de la II Reunión ALAPSA de la Región Norte-Occidente de México. Culiacán, feb. 1996.
- Grau, J. (1997a). Psicología de la Salud: una perspectiva latinoamericana. Boletín Latinoamericano de Psicología de la Salud; 1(19):6-19.
- Grau, J. (1997b). Calidad de vida y salud: problemas en su investigación. Tesis de Especialista en Psicología de la Salud, Facultad de C. Médicas "C. García", Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.
- Grau, J. (1997c). Ética, Calidad de Vida y Psicología de la Salud. Conferencia magistral en el IV Congreso de Psicólogos de Chile, Santiago de Chile, 1997.
- Grau, J. (1998). La Psicología de la Salud y las enfermedades crónicas: un paradigma del trabajo futuro. En: Rodríguez, G., Rojas, M. (Eds.) La Psicología de la Salud en América Latina. México, DF: UNAM, 45-60.
- Grau, J. (2001). Psicología de la Salud en Latinoamérica. Conferencia de clausura del I Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud, Veracruz, México, mayo de 2001
- Grau, J. (2002a). La Psicología de la Salud en Cuba. Ponencia en la Mesa Redonda sobre Psicología de la Salud. Conferencia Internacional "Psicosalud-2002", La Habana, diciembre de 2002.
- Grau, J. (2002b). La Psicología de la Salud en América Latina: tendencias y retos para el siglo XXI. Conferencia magistral en el I Congreso Nacional de Psicología de la Salud, Monterrey, México, octubre de 2002.

- Grau, J., Hernández, E. (1987). Personalidad y enfermedad. Memorias de la V Conferencia Científica de C. Sociales de la Univ. de la Habana, 46-52
- Grau, J., Knapp, E. (1984). Significación de la investigación patopsicológica en Cuba. *Revista Cubana de Psicología*, 1(1): 12-21.
- Grau, J., Martín, M. (1990). El enfoque multidisciplinario en el estudio de las enfermedades crónicas: una revisión de las investigaciones psicológicas cubanas. Memorias del Congreso sobre Investigaciones Multidisciplinarias acerca de la corporeidad humana, Moscú, 1990.
- Grau, J., Martín, M. (1993). La investigación psicológica de los enfermos crónicos en Cuba: una revisión. *Revista Psicología y Salud*, enero-junio: 137-49
- Grau, J., Martín, M., Portero, D. (1993). Estrés, ansiedad, personalidad: resultados de las investigaciones cubanas efectuadas sobre la base del enfoque personal. *Rev Interamericana de Psicología*; 27(1), 37-58.
- Grau, J., Más, M. (1986a). Investigaciones psicológicas en la clínica somática: algunas cuestiones metodológicas y resultados de los trabajos realizados en el Hospital C.Q. "Hermanos Ameijeiras". Memorias de la V Conferencia Internacional de Psicología de la Personalidad y del Desarrollo, Academia de Ciencias de Praga, 1986: 37-44 (en ruso).
- Grau, J., Más, M. (1986b). La investigación psicológica en la clínica somática: resultados y perspectivas del trabajo realizado en el Hospital C.Q. "Hermanos Ameijeiras". *Anuario de Psicología de la Universidad Estatal "Lomonosov" de Moscú*, 2(2):8-14. (en ruso).
- Grau, J., Más, M., Duque, A.Ma. (1987). Personalidad y enfermedad: un nuevo enfoque para la atención de diferentes enfermos. En: La atención psicológica en los hospitales clínico-quirúrgicos, Apuntes para un Taller precongreso, XXI Congreso Interamericano de Psicología, Palacio de Convenciones, La Habana: 5-20.
- Grau, J., Morales, F. (1989). Los servicios de Psicología en la atención primaria de salud: del modelo clínico al epidemiológico-comunitario. Ponencia al Taller Internacional sobre "Aspectos Psicosociales en la Atención Primaria", OPS-MINSAP, La Habana.
- Grau, J., Morales, F., Pérez Lovelle, R. (1990). La delimitación conceptual de la Psicología de la Salud. Trabajo presentado en el Congreso "PSICOLOGÍA-90", La Habana.
- Grau, J., Portero, D. (1984). Perspectivas del estudio del cuadro interno en diversas enfermedades. *Revista Cubana de Psicología*; 1(1):14-22.
- Hernández, E. (1994). Modificación del Patrón de Conducta Tipo A en el Marco de la Rehabilitación Cardiovascular Integral. Trabajo Presentado en el Simposium sobre Promoción y Rehabilitación de Salud. CIMEQ. La Habana, Cuba.
- Hernández, E. (1995). Evaluación de un Programa de Rehabilitación Integral. Trabajo Presentado en el Simposium sobre Promoción y Rehabilitación Cardiovascular. La Habana, Cuba

Hernández, E.(1996). Rehabilitación Cardíaca Integral en pacientes de la Tercera Edad. XI Fórum de Ciencia y Técnica. La Habana, Cuba..

Hernández, E.(1998). Evaluación de un Programa de Rehabilitación Integral en Pacientes con Transplante Cardíaco Ortotópico. Trabajo presentado en Cardiología'98. La Habana, Cuba.

Hernández, E. (1999). Estrés y enfermedades cardiovasculares. Conferencia dictada en el Centro Universitario de Ciencias de la salud. Universidad de Guadalajara, Jalisco, México.

Hernández, V., García, J. (1990). Estrés emocional en pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas y métodos diagnósticos cruentos. Trabajo de Diploma, Facultad de Psicología de la Universidad Central de Las Villas, Santa Clara, Cuba (tutor: D. Portero).

Hernández, E., Grau, J. (1989). Cuadro interno de la enfermedad, autorregulación y personalidad. Ponencia al II Simposium Internacional de Transplantes y Avances Tecnológicos, Hospital C. Q. "Hermanos Ameijeiras", La Habana, Cuba.

Hernández, E. y cols. (1999). Caracterización y modificación de los estilos de afrontamiento de un grupo de pacientes infartados con Patrón de conducta tipo A. Reporte de investigación. Cardiocentro Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras".

Holtzman, W.H. (1990). La Psicología de la Salud en el mundo. Memorias del I Congreso Internacional de Psicología de la Salud UNAM-Hospital General de México, DF, 141-8.

Holtzman, W.H., Evans R.I., Kennedy S., Izcoe I. (1988). Psicología de la Salud: contribuciones de la Psicología al mejoramiento de la salud y de la atención de salud. Boletín de la OPS, 105(3):245-82.

Kendall, P.C., Norton-Ford, J.D. (1982). Clinical Psychology: N.Y.: Wiley.

Knapp, E., Grau, J. (1986). La Neuropsicología y la Patopsicología como nuevas áreas de trabajo del psicólogo clínico en Cuba. Revista Cubana de Psicología, 1(3):23-30.

Korchin, S.J. (1976). Modern Clinical Psychology: Principles of Intervention in the Clinic and Community. N.Y.: Basic Books.

Krantz, D.S., Grunberg, N.E., Baum, A. (1985). Health Psychology. Annual Review of Psychology; 36: 349-83.

León, J.Ma., Jarana, L. (1992). Una perspectiva psicosocial de los servicios de salud. En: Gil, F., León, J.Ma., Jarana, L. (Eds.). Habilidades sociales y salud. Madrid: Eudema.

Lipowski, Z.J. (1986). Psychosomatic Medicine: Past and Present. Part I. Historical Background. Canadian Journal of Psychiatry; 31: 2-7.

- Lorenzo, A., Grau, J., Fumero A., Vizcaíno Ma.A., Martín M., Prado F.C. (2003). Validación del Inventario Rasgo-Estado para niños en adolescentes cubanos. *Psicología y Salud*; 13(2): 203-14.
- Luria, A.R. (1965). Neuropsychological analysis of focal brain lesions. In: Wolman, B.B. (Ed.). *Handbook of Clinical Psychology*. N.Y.: Mc Graw Hill.
- Luria, A.R. (1966). *Human brain and psychological processes*. N.Y.: Harper & Row.
- Luria, A.R. (1977). *Las funciones corticales superiores del hombre*. La Habana: Orbe.
- Luzoro, J. (1999). *Psicología de la Salud*. Santiago de Chile: Bravo y Allende Editores.
- Mann, P.A. (1978). *Community Psychology: concepts and applications*. N.Y.: The Free Press.
- Marks, D. (1995). Putting Health Psychology in context. In: Rodríguez Marín, J. (Ed.). *Proceedings of the 8th. Annual Conference of the European Health Psychology Society: Health Psychology and Quality of Life Research*. University of Alicante, Spain, 1: 39-51.
- Márquez, J. (1987). Estrés, capacidad de trabajo intelectual y mecanismos de autorregulación personal en pacientes cardiovasculares quirúrgicos. Trabajo de Diploma, Facultad de Psicología, Universidad Central de Las Villas, Cuba (tutor: E. Hernández).
- Martín, M., Grau, J., Portero, D. (1990). Las contradicciones internas de la personalidad como mecanismos motrices del estrés y la ansiedad. *Memorias del III Encuentro Latinoamericano de Psicoanálisis y Psicología Marxista*, La Habana.
- Martín, M., Grau, J, Grau R. (2003). El inventario de depresión rasgo-estado (IDERE): desarrollo de una versión cubana. *Terapia Psicológica*; 21(2): 121-35.
- Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new psychology. *American Psychologist*; 35: 807-17.
- Matarazzo, J.D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist*; 37: 1-4.
- Meda, R.M. (2003). Promoción de la salud en escenarios educativos.: "Escuela por la Salud", una experiencia mexicano-cubana. Conferencia en el III Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud, Cartagena de Indias, Colombia, septiembre de 2003.
- Miller, N.E. (1983). Behavioral medicine: symbiosis between laboratory and clinic. *Annual Review of Psychology*; 34, 1-31.
- MINSAP (1987). Programa de Desarrollo de la Especialidad (Psicología de la Salud) hasta el año 2000. La Habana. ECIMED.
- Mitjans, A. (1987). Estudio del cuadro vivencial en pacientes con amenaza vital. Trabajo de Diploma, Facultad de Psicología, Universidad de la Habana. (tutores: J. Grau, M. Martín).

- Morales, F. (1997). Introducción al estudio de la Psicología de la Salud. Hermosillo, México: Editorial UniSon.
- Morales, F. (1999). Psicología de la Salud. Conceptos básicos y proyecciones de trabajo. La Habana: Científico Técnica.
- Morales, Ascaño (1987) El marco conceptual de la Psicología de la Salud y su relación con la atención primaria. En: La Psicología de la Salud en la Atención Primaria. Apuntes para un Taller Pre-Congreso. XXI Congreso Interamericano de Psicología, Palacio de Convenciones, La Habana, 24-34.
- Murrell, S.A. (1973). Community Psychology and Social Systems. N.Y.: Behavioral Publications.
- Neder, M. (1995). El rol del psicólogo de la salud en Brasil. Ponencia presentada en el Simposio "El rol del psicólogo de la salud en América Latina", XXV Congreso Interamericano de Psicología, Puerto Rico, julio de 1995.
- Nikolaeva, V.V. (1987), Influencia de la enfermedad crónica sobre la psiquis. Moscú: Editorial UEM. (en ruso)
- OMS (1974). Health Education. A Programme Review. Ginebra: OMS.
- OMS (1978). Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Atá. Ginebra: OMS.
- Ortiz, G.R. (1988). El psicólogo en la atención primaria en salud. Psicología y Salud; 1(1):36-8.
- Ortiz, G.R. (1996). Psicología y Salud. La experiencia mexicana. Xalapa: Universidad Veracruzana.
- Ortíz, G.R. (2003). Bioética y Psicología de la Salud. Conferencia en II Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud, Cartagena de Indias, Colombia, sept. de 2003.
- Pérez Alvarez, M. (1991). Medicina, Psicología de la Salud y Psicología Clínica. Revista de Psicología de la Salud; 3: 21-44.
- Pérez Lovelle, R. (1987). La psiquis en la determinación de la Salud. La Habana: Científico-Técnica.
- Pineda, M.E., Grau J. (1983). Posibilidades del método de análisis psicológico de la historia clínica en el estudio de la personalidad de pacientes neuróticos. Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana; 13(4): 36-45.
- Piña, J.A. (1991). La Psicología en el proceso salud-enfermedad: la necesidad de una redefinición conceptual y práctica. Psicología y Salud, enero-junio: 85-93.

Piña, J.A., Obregón, F.J. (1992). La prevención en el campo de la salud: de la inmunización al análisis del comportamiento. En: Piña, J.A. (compilador). *Psicología y Salud: aportes del análisis de la conducta*. Hermosillo: Universidad de Sonora, 74-89.

Piña, J.A., Bulle-Goyri, R. (1994). La Psicología en el ámbito de la salud pública: perspectivas de un modelo psicológico para la investigación y la prevención. *Psicología y Salud*; 3: 177-85.

Piña, J.A., Obregón, F.J., Corral, V., Márquez, M. (1995). Constituye la Medicina Conductual una alternativa multidisciplinaria de la Psicología para el campo de la salud? En: Carpio, C., Díaz E., Sánchez Sosa, J.J. (Eds.). *Aplicaciones del conocimiento psicológico*. México: UNAM-Sociedad Mexicana de Psicología.

Pomerlau, O.F., Brady, J.P. (Eds.) (1979). *Behavioral Medicine: Theory and Practice*. Baltimore: Williams & Wilkins.

Portero, D. (1996). Las contradicciones internas de la personalidad en la determinación de los estados patológicos y no patológicos de ansiedad. Referat de Tesis doctoral, Facultad de Psicología de la Universidad Central de Las Villas, Santa Clara, Cuba.

Pupo, O. (1989). Ansiedad personal y calidad de la ejecución en sujetos normales y con disfunción sexual eréctil. Trabajo de Diploma, Facultad de Psicología de la Universidad Central de Las Villas, Santa Clara, Cuba (tutores: M. Martín, Ma. L. López}

Rachman, S. (1980). *Contributions to Medical Psychology*. Oxford: Pergamon Press.

Raiteri, J., Grau J. (1987). La investigación psicológica (patopsicológica) en el campo de la Neurología: Patopsicología y Neuropsicología. *Memorias de la V Conferencia Científica de Ciencias Sociales de la Universidad de la Habana*, 65-71.

Rappaport, D. (1977). *Community Psychology: Values, Research and Action*. N.Y.: Holt, Rinehar & Wilson.

Reiff, R.R. (1968). Social intervention and the problem of psychological analysis. *American Psychologist*; 23: 524-30.

Reig, A. (1981). La Psicología en el sistema sanitario. *Papeles del Colegio de Psicólogos*; 20: 7-12.

Reig, A. (1989). La Psicología de la Salud en España. *Revista Psicología de la Salud*; 1(1): 5-51.

Restrepo, M. (1992). Atención primaria de salud: un reto para la Psicología de Colombia. *Psicología y Salud*; 1:1-7.

Restrepo, M. (2003). Riesgos psicosociales en cáncer. Conferencia en II Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud, Cartagena de Indias, Colombia, sept. de 2003.

Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.

Rodin, J., Stone G.C. (1987). Historical highlights in the emergence of the field. In: Stone, G.C., Weiss, S.M., Matarazzo, J.D., Miller, N.E., Rodín, J., Belar, C.D., Follick, M.J., and Singer, J.E. (Eds.). *Health Psychology. A discipline and a profession*. Chicago: The University of Chicago Press.

Rodríguez Marín, J. (1991). *Psicología de la Salud: situación en la España actual*. *Revista de Psicología de la Salud*; 3: 55-91.

Rodríguez Marín, J. (1994). *Health Psychology. Applied Psychology: an international review*; 43(2): 213-30.

Rodríguez Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.

Rodríguez G. (2001). *Psicología de la Salud o Medicina Conductual: el dilema*. Conferencia en I Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud, Veracruz, México, mayo de 2001.

Rodríguez G. (2003). *Innovación tecnológica para la prevención de la diabetes mellitus tipo II*. Conferencia en II Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud, Cartagena de Indias, Colombia, septiembre de 2003.

Rodríguez, G., Hernández, R., Ramos, T. (1990). *Panorama preliminar del estado de investigación de la Psicología de la Salud en Latinoamérica*. *Memorias del I Congreso de Psicología y Salud, UNAM-Hospital General de México*, 271-280.

Rodríguez, G., Rojas M. (1996). *Health Psychology in Latin America*. Paper presented at the XXVI International Congress of Psychology, Montreal, august 1996.

Rodríguez, G., Rojas, M. (1998). *La Psicología de la Salud en América Latina*. En: Rodríguez, G., Rojas, M. (Coords.). *La Psicología de la Salud en América Latina*. México, DF: UNAM, 13-32.

Rojas, M. (2003). *Aspectos epidemiológicos y psicológicos de la actividad y la inactividad física*. Conferencia en II Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud, Cartagena de Indias, Colombia, septiembre de 2003.

Schwartz, G.A., Weiss, S.M. (1978). *Yale Conference on Behavioral Medicine: a proposed definition and statement of goals*. *Journal of Behavioral Medicine*; 1: 3-12.

Saforcada, E. (1992). *Introducción al libro de Psicología Comunitaria. El enfoque ecológico contextualista de James G. Kelly y otros*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

Sánchez, A. (1991). *Psicología Comunitaria: origen, concepto, características*. *Papeles del Psicólogo*; 50: 45-9.

Sánchez, L. (1995). *El rol del psicólogo de la salud en Venezuela*. Ponencia presentada en el Simposio "El rol del psicólogo de la salud en América Latina", XXV Congreso Interamericano de Psicología, Puerto Rico, julio de 1995.

- Sánchez, L. (2003). La red de apoyo psicológico. El psicólogo en las emergencias. Conferencia en el II Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud, Cartagena de Indias, Colombia, septiembre de 2003.
- Sánchez, L., Gisbert, C. (1993). Lineamientos metodológicos para el desarrollo de la Psicología de la Salud desde una perspectiva integral. Ponencia en XXIV Congreso Interamericano de Psicología, Santiago de Chile, julio de 1993.
- Sánchez, L., Parada, M. (1993). La intervención del psicólogo en el campo de la salud: el caso venezolano. *Revista Interamericana de Psicología*, 27(1): 23-6.
- Sánchez, S, Grau, J. (1984). La atención psicológica en las Unidades de Cuidados Intensivos: logros y proyecciones. Ponencia en Seminario Internacional de Psicología de la Salud, Palacio de Convenciones, La Habana, Cuba.
- Sánchez, S., Grau, J. (1985). Cuadro interno de la enfermedad en la miastenia gravis. Reporte de investigación, Hospital C.Q. "Hermanos Ameijeiras", La Habana.
- Sánchez Sosa, J.J. (1998). Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: la interfaz, intervención-investigación en Psicología de la Salud. En: Rodríguez, G., Rojas, M. (Coords.). *La Psicología de la Salud en América Latina*. México, DF: UNAM, 33-44.
- Santacreu, J. (1991). Psicología Clínica y de la Salud: marcos teóricos y modelos. *Revista Psicología de la Salud*; 3(1): 3-21.
- Sarafino, E. (1990). *Health Psychology: biopsychosocial interactions*. N.Y.: Wiley.
- Sarason, L.G. (1973). The evolution of Community Psychology. *American Journal of Community Psychology*, 1: 91-7.
- Simón, M.A. (1993). Presentación. En: Simón, M.A. (Ed.). *Psicología de la Salud, Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide, 3-5.
- Simón; M.A. (1999). Prefacio. En: Simón, M.A. (Ed.). *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva, 27-35.
- Stone, G.C. (1988). Psicología de la Salud: una definición amplia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20 (1): 15-26.
- Stone, G.C. (1990). An international review of the emergence and development of Health Psychology. *Psychology and Health*, 4, 3-17.
- Stone, G.C., Cohen, F., Adler, N.E. (1979). *Health Psychology: A Handbook. Theories, Applications and Challenges of a Psychological Approach to the Health Care System*. San Francisco, Ca.: Jossey-Bass.
- Suazo, O. (1989) Estudio del cuadro vivencial y de algunas características de personalidad en pacientes con infarto al miocardio y otras enfermedades. Trabajo de Diploma, Facultad de Psicología de la Universidad Central de Las Villas, Santa Clara, Cuba (tutor: D. Portero)

Szasz, T.S., Hollender, M.H. (1956). A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship. *Archives of Internal Medicine*, 97:585-92.

Taylor, S.E. (1995). *Health Psychology*, 3rd. Ed. N.Y.: Random House.

Torres, I., Beltrán, F.J. (1986). *Psicología de la Salud: campos y aplicaciones*. Xalapa: Universidad Veracruzana.

Urbina, S.J., Rodríguez, G. (1990). El psicólogo en el sector salud en México. *Memorias del I Congreso Internacional sobre Psicología y Salud, UNAM-Hospital General de México*, 349-60.

Vera, J.A. (1995). La Psicología de la Salud en México. Ponencia presentada en el Simposio "El rol del psicólogo de la salud en América Latina", XXV Congreso Interamericano de Psicología, Puerto Rico, julio de 1995.

Vera-Villaruel, P. (2003). Optimismo y salud. Estado actual y sus implicancias para la Psicología de la Salud. Conferencia en II Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud, Cartagena de Indias, Colombia, septiembre de 2003.

Weiss, S.M. (1982). *Health Psychology. A new journal for a new field*. *Health Psychology*, 1: 81-91.

Werner, R. (2000). Histórico e Evolução da Psicologia da Saúde numa Perspectiva Latino-Americana. En: Angerami, V.A., Guerreiro E., Benevides, H., y cols. (Eds.). *Psicologia da Saúde*. Sao Paulo: Pioneira, cap. 6, 201-22.

Werner, R. (2001). Estrés y calidad de vida en los profesionales de la salud. Conferencia en I Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud, Veracruz, México, mayo de 2001.

Werner, R., Pelicioni, M.C., Chiattonne, H.B.C. (2002). La Psicología de la Salud en Latinoamérica: hacia la promoción de salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(1):153-172.

Werner, R., Benevides, H. (2003). Humanización en las UTI: aspectos pediátricos. Conferencia en II Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud, Cartagena de Indias, Colombia, septiembre de 2003.

Winnicott, R., King, A., Altman, D. (1989). *Health Psychology and Public Health. An integrative Approach*. N.Y.: Pergamon Press.

Zax, M., Specter, G.A. (1978). *Introducción a la Psicología de la Comunidad*. México: El Manual Moderno.

Zeigarnik, B.W. (1979). *Introducción a la Patopsicología*. La Habana: Científico-Técnica (trad. de 1969).

Zeigarnik, B.W. (1976). *Patopsicología*. 1^a. ed. Moscú: Editorial de la Universidad Estatal de Moscú. (en ruso)

Zeigarnik, B.W., Bratus, B.S. (1980). Esbozos sobre la Psicología del desarrollo anómalo de la personalidad. Moscú: Editorial de la Universidad Estatal de Moscú. (en ruso)

Zeigarnik, B.W. (1986). Patopsicología (2da. ed.). Moscú: Editorial de la Universidad Estatal de Moscú. (en ruso)