

PANORAMA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

Luis Joaquín García-López

Universidad de Granada (España)
Correspondencia: ljarlo@ugr.es y ljarlo@cop.es

José Antonio Piqueras

Universidad de Alicante (España)

Raúl Rivero

Asociación Española de Psicología Clínica Cognitivo-Conductual (AEPPCC)

Victoriano Ramos

Servicios Sociales de Callosa de Segura (Alicante, España)

y Luis Oblitas Guadalupe

Universidad del Valle de México (Campus San Rafael, México, D.F.)

RESUMEN

Como consecuencia de los cambios que se han presentado en las últimas décadas en torno al concepto de salud, se consideran cada día más los aportes de la psicología en la prevención y tratamiento de las enfermedades. Es así como se ha desarrollado la Psicología Clínica y de la Salud como una disciplina o campo de especialización de la psicología, que integra, a su vez, dos campos de especialización separados, previamente existentes: la Psicología Clínica y la Psicología de la Salud. Desde esta perspectiva, el presente artículo expone un panorama general de esta disciplina, a través de aspectos como su desarrollo histórico, sus funciones, sus niveles de intervención y sus ámbitos de aplicación, con el fin de aportar al cuestionamiento, delimitación, proyección y consolidación de la misma.

Palabras clave: Psicología Clínica, Psicología de la Salud, Salud

ABSTRACT

As a result of the last changes related to the concept of health, psychological contribution has been taken into account in prevention and treatment of diseases. For this reason, Clinical and Health psychology is being developed as a discipline that joins these two separate fields: Clinical Psychology and Health Psychology. From this perspective, this paper presents a general overview of this area, through aspects such as, its historical development, functions, level of intervention, and areas of application; in order to contribute to the inquiry, delimitation, projection and consolidation of this field.

Keywords: Health. Clinical. Psychology.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se ha experimentado un importante cambio en los conceptos referentes a la salud. La obsoleta diferenciación entre salud física y salud mental se ha visto superada con el reconocimiento de la influencia biológica, sociológica, física y psíquica en los procesos de enfermedad, el llamado modelo bio-psico-social. Como consecuencia de estos cambios, se ha visto la importancia de la colaboración de equipos interdisciplinarios, así como la participación cada vez más acusada de la psicología como elemento de prevención y tratamiento, entre otras influencias, por la importancia que tiene el comportamiento en la génesis y desarrollo de algunas enfermedades. Por su parte, la psicología clínica ha pasado de la dedicación casi exclusiva a la evaluación por medio de autoinformes, al desarrollo de terapias psicológicas altamente efectivas en las últimas cinco décadas. Sin embargo, a pesar de que el desarrollo de enfermedades crónicas produce cambios importantes en el estilo de vida de las personas implicadas, lo que suele suponer un desajuste en sus vidas, las posibilidades de la psicología no sólo se reducen a la intervención con los pacientes. Estos desajustes suelen repercutir negativamente en el comportamiento del sujeto, algo que ha llevado a descubrir algunas de las carencias del modelo biomédico, incluso en los diagnósticos, siempre basados en las anormalidades bioquímicas y desestimando otros factores que también son necesarios, como por ejemplo la “subjetividad” del paciente cuando informa de su dolencia (Fernández, Amigo, Pérez y Fernández, 2003). En estos casos, el médico puede favorecerse de la psicología a través del entrenamiento en comunicación, cómo efectuar una entrevista, relajación, etc.

Por lo que respecta a la prevención, la confianza, la amistad, la justicia, la capacidad para el “buen humor”, el altruismo, la madurez psicológica (aceptar críticas -propias o externas-, valor y realismo para evaluar riesgos, autoestima, superación del narcisismo), la honestidad, la creatividad y, especialmente, el trabajo, fomentan un caldo de cultivo para esa hipotética y tan deseada “felicidad” (Flórez, 2003), la cual supone tranquilidad, estabilidad, adaptación, es decir, una serie de mecanismos psicológicos que nos alejan de estados depresivos y/o estresantes (irritación, fobias, estrés laboral). Por el contrario, la insatisfacción personal y/o laboral tiene efectos devastadores sobre la salud física y mental del individuo, con consecuencias tales como un menor rendimiento laboral o problemas en las relaciones interpersonales. Esta insatisfacción puede incluso modificar la fisiología del individuo (niveles de cortisol, adrenalina, colesterol, etc.) y, por consiguiente, puede llegar a producir enfermedades físicas (Hendrix, Ovalle y Troxler, 1985; Ivancovich y Matteson, 1980).

La misma definición dada en 1946 por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del término salud como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social”, aclara que “salud” no es sólo la ausencia de enfermedad como hasta ese momento se había venido considerando. Esto deja el campo abierto a la psicología en todos los ámbitos concernientes a la salud, pues hace hincapié en la salud mental y física, así como en la importancia de la calidad de las relaciones interpersonales. Todo ello también conlleva la promoción del campo biomédico,

potenciando la prevención de trastornos y enfermedades, dejando el tratamiento siempre como última alternativa y promocionando los hábitos de vida saludables (Oblitas, 2003).

En lo que se refiere a la importancia de considerar también las aportaciones de la psicología social, conviene tener en cuenta que es el propio contexto social el que determina, entre otras cosas, las actitudes y, como consecuencia, los comportamientos de las personas en todo lo referente a la salud y la enfermedad, al dar contenido precisamente a estos dos conceptos y construir así los esquemas comportamentales consecuentes. Por ejemplo, la estigmatización del SIDA en la sociedad moderna, como lo fueron la lepra o la tuberculosis en el pasado, está modulada por las creencias sociales acerca de esa enfermedad. Del mismo modo, los grupos sociales modulan los comportamientos sobre el mantenimiento y la promoción de la salud, así como los comportamientos de prevención de la enfermedad (Rodríguez-Marín, 1998). En referencia a la promoción de hábitos de vida saludables y su relación con la psicología social, en investigaciones realizadas desde las ciencias de la salud, llama la atención la marcada variabilidad entre individuos en lo que se refiere a patrones de cambio y estabilidad, es decir, las grandes diferencias que podemos encontrar a veces en la forma de desarrollarse y envejecer de las personas (Nelson y Dannerfer, 1992). Sin embargo, según Schaie (1990), esas diferencias son fruto de la interacción de lo biológico-genético por un lado y el ambiente, la cultura y el comportamiento, por otro.

Continuando con los niveles de calidad de vida, una de las variables que parecen estar muy implicadas es el “estilo de vida activo”, entendiéndose por tal la participación en actividades físicas, cognitivas y sociales (Pons, 1998). En lo que se refiere a la tercera edad, la investigación se centra en las condiciones que hacen que unas personas se desarrollen mejor que otras, es decir, qué aspectos influyen en que se mantengan las capacidades funcionales y se desarrollen mecanismos de compensación a los cambios producidos por el paso del tiempo (Fernández-Ballesteros, Izal, Montorio, Díaz y González, 1992).

A partir de este panorama general a continuación, en este artículo ahondaremos en los diferentes ámbitos de aplicación de la Psicología Clínica y de la Salud.

Desarrollo histórico

Al igual que la medicina, la Psicología Clínica y de la Salud tiene una serie de antecedentes históricos hasta su fundación con entidad diferenciada. La fundación en 1879 del primer laboratorio formal de psicología en la Universidad de Leipzig por Wilhelm Wundt y del primer centro de medición psicológica en el South Kensington Museum de Londres en 1885 por Sir Francis Galton fueron dos de los primeros hitos. A ello le siguió la apertura de la clínica psicológica de Sigmund Freud un año más tarde, la publicación en 1890 de principios de psicología por William James y la fundación de la American Psychological Association (APA) en 1892. Otros antecedentes pueden encontrarse en la fundación del primer laboratorio de psicodiagnóstico por Alfred Binet en 1895, la aportación de los

trabajos de condicionamiento de respuestas viscerales de Ivan Pavlov a la “Enfermedad Psicosomática” y el reconocimiento a sus trabajos con la concesión del Premio Nobel por su trabajo sobre la fisiología de la digestión en 1904. También cabe mencionar la fundación de la primera revista de psicología clínica en 1907 por Lightner Witmer *Psychological Clinic*, la creación del término “Medicina Psicosomática” en 1918, en un contexto psicoanalítico que introdujo la perspectiva de los trastornos funcionales no explicados por enfermedades somáticas y atribuidos de este modo a conflictos psíquicos. Un año más tarde, en 1919, se publican los trabajos de Watson y Rayner sobre el aprendizaje de los miedos infantiles, a lo que sigue la creación de la revista *Psychosomatic Medicine* en 1939, lo que permitió un acercamiento a la metodología científica de la psicología experimental y la medicina. La publicación en 1942 de *Counseling and Psychotherapy* de Carl Rogers y el Multiphasic Personality Inventory (MMPI), en 1943 también han sido antecedentes relevantes en esta historia. A ello se suma la definición en 1946 por parte de la Organización Mundial de la Salud del término salud como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social” o las publicaciones de Hans Eysenck en 1952 confirmando los eficaces resultados de las psicoterapias. En ese mismo año (1952) se publica el primer DSM (I) por parte de la APA. La publicación de *Ciencia y Conducta Humana* de B. F. Skinner y la utilización por primera vez en un informe técnico de la denominación “terapia de conducta” junto a otros colegas en 1953 son otras fechas a recordar. Mencionar la publicación también en 1953 del primer código ético para psicólogos por parte de la APA o la publicación del modelo psicológico de Aaron T. Beck de la depresión en 1967. Posteriormente, cabe resaltar las aportaciones del condicionamiento operante a la autorregulación de respuestas hasta entonces involuntarias a través del uso de técnicas de biofeedback, que en 1973 constituyeron la llamada “Medicina Conductual” y que llegó a ser, más allá que el biofeedback propiamente dicho, la aplicación de las técnicas de Modificación de Conducta a la medicina. Por último, en 1978 se crea la División 38 de la APA dedicada a la Psicología de la Salud.

En la actualidad, la Medicina Conductual, la Medicina Psicosomática (dedicada inicialmente a la interpretación psicoanalítica de la enfermedad), así como la antiguamente llamada Psicología Médica (centrada en estudios psicométricos de las alteraciones físicas y en los procesos curativos que se daban en la interacción médico paciente) han quedado integradas en la llamada Psicología de la Salud, que en 1978 quedó dividida como área propia dentro de la APA y cuenta desde 1982 con una revista propia.

En lo que se refiere a Europa, la primera revista del continente fue creada en 1989 en España por Jesús Rodríguez Marín (*Revista de Psicología de la Salud*), que desde entonces hasta que dejó de publicarse, tuvo una importante repercusión internacional.

Definición de la Psicología clínica y de la salud.

Ante la falta de una única definición, se ha tendido a denominarla como “la psicología clínica interesada en el ámbito médico” o “la confluencia entre la psicología clínica y la medicina”. Además de la tentativa expresada líneas arriba, haciendo uso de la definición de salud de la OMS, la Psicología Clínica y de la Salud

podríamos definirla como “la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar”.

Según otros autores, como Matarazzo (1980), la Psicología de la Salud es el conjunto de contribuciones explícitas educativas y de formación, tanto científicas, como profesionales de la disciplina de la psicología para:

1. Promoción de estilos de vida saludables.
2. Prevención de enfermedades: modificando hábitos insanos asociados a enfermedades (por ejemplo, el tabaquismo).
3. Tratamiento de enfermedades específicas como pueden ser la diabetes, el intestino irritable, el cáncer, el sida, etc. En estos casos los psicólogos trabajan junto a otros especialistas de la salud combinando los tratamientos médicos habituales con los tratamientos psicológicos.
4. Evaluación y mejora del sistema sanitario.

En otras palabras, la Psicología de la Salud podría entenderse como la especialización dentro de la psicología que se ocupa de la salud física. Comprende a la salud mental cuando ésta afecta al bienestar físico de las personas.

De cualquier manera, sea cual sea la definición que escojamos, siempre nos encontramos con que la Psicología Clínica y de la Salud integra dos campos de especialización separados, previamente existentes: la Psicología Clínica y la Psicología de la Salud, la primera dedicada a los trastornos considerados clásicamente clínicos o mentales y centrada en los tratamientos; y la segunda a los fenómenos y trastornos psicológicos relacionados con los problemas médicos o de salud en general, centrándose también en la prevención y promoción de la salud, añadiendo la perspectiva social en todos los casos (modelo biopsicosocial).

Funciones de la Psicología clínica y de la salud, formación del psicólogo clínico y de la salud, así como momento, nivel y lugar de la Intervención

Al respecto de las funciones que un psicólogo clínico y de la salud puede cumplir, el Colegio Oficial de Psicólogos (1998) recoge las siguientes ocho principales:

1. *Evaluación.*

La evaluación consiste en la reunión de la información necesaria con la que más tarde se efectuará una intervención o planificación. En cuanto a lo que se refiere a la Psicología Clínica, los instrumentos más utilizados suelen ser: tests, cuestionarios, entrevistas, observaciones y registros psicofisiológicos. Estos procedimientos a veces se utilizan en combinación, constituyendo lo que se denomina: una batería de pruebas. La Psicología de la Salud además puede

utilizar estadísticas acerca de prevalencia de enfermedades, características de la población, etc.

2. *Diagnóstico.*

Se trata de la identificación y categorización del problema/s concreto/s del paciente, de un determinado grupo de riesgo o problemática laboral o social de algún colectivo (estrés laboral). Tras el análisis e interpretación de resultados de las pruebas previamente aplicadas (batería), el psicólogo clínico y de la salud deberá decidir: (a) si se trata de su competencia la actuación sobre ese paciente en concreto o si debe compartir con otros profesionales la ayuda que se precise; (b) decidir sobre la severidad del problema y la rapidez de la intervención; (c) efectuar un diagnóstico y (d) diseñar el tratamiento.

3. *Tratamiento*

La Psicología Clínica y de la Salud efectúa tratamientos e intervenciones. Cuando hablamos de tratamientos, éstos pueden ser individuales o en grupo, así como basarse en diferentes escuelas psicológicas para llevarlos a cabo: Modificación de Conducta, Terapia Cognitiva, Psicoanálisis, Modelo Humanista, Terapia Sistémica, Terapia de Aceptación y Compromiso, etc. Las intervenciones suelen referirse más concretamente a programas de prevención de la salud o programas diseñados para acompañar procesos de enfermedad, como por ejemplo control del dolor o reducción del estrés cuando se aplica quimioterapia.

4. *Asesoramiento, información y coordinación*

Una de las funciones de cualquier psicólogo es la de asesorar a una persona a la hora de elegir una alternativa de solución para determinado problema cuando ésta, o bien la organización, efectúa una demanda. El psicólogo puede diseñar en colaboración y colaborar en la ejecución de los programas destinados al efecto deseado. Del mismo modo, puede poner a disposición de la persona interesada sus conocimientos, cuando se trate de aportar información con los mismos objetivos detallados anteriormente, a la vez que su ámbito incluye coordinar las actuaciones de los diferentes profesionales implicados en una determinada intervención.

5. *Promoción de la salud/prevenición de la enfermedad*

En esta función la actuación del psicólogo es eminentemente comunitaria. En concreto, la dedicación se centra en el análisis de las problemáticas que llevan a generar “riesgos” para la salud, la difusión de estudios referidos a la problemática, así como la realización de recomendaciones que lleven a la prevención de una enfermedad concreta. A todo esto, habría que añadir esfuerzos por incrementar los conocimientos de la población comunitaria en riesgo, fomentando los hábitos saludables para una enfermedad concreta, promoviendo la accesibilidad a instrumentos preventivos y dando a conocer los

recursos materiales y humanos disponibles, haciéndolos extensivos a toda la sociedad.

6. *Investigación*

Como en cualquier otra área profesional, la investigación es una parte esencial del papel del psicólogo clínico y de la salud. Las investigaciones del psicólogo clínico y de la salud son llevadas a cabo básicamente en los propios contextos aplicados, aunque también puede realizarse en laboratorios donde las condiciones para efectuar estudios controlados son más adecuadas. Una connotación especial del psicólogo clínico y de la salud sería el trabajo en equipo, por la relación directa que tiene la disciplina de la psicología con la medicina en el área de la salud y la facilidad que proporciona a su vez en orden a la consecución financiación para la propia investigación.

7. *Enseñanza*

Al igual que la investigación, la transmisión de conocimiento es esencial para los profesionales que conforman las profesiones sanitarias. En concreto las áreas de intervención de un psicólogo clínico y de la salud son las de enseñanza directa (másters, monográficos, universidad, etc.), supervisión de *practicums* o residencias, o bien la elaboración de material docente (manuales, publicaciones en general).

8. *Dirección, administración y gestión*

Esta función, que está directamente relacionada con la gestión del sistema sanitario, aún siendo más cercana al psicólogo dedicado a recursos humanos, es también un importante ámbito de intervención para el psicólogo clínico y de la salud. Sus labores serían las de dirección, coordinación, supervisión, etc., tanto en atención primaria como en situaciones hospitalarias. Sería esencial para esta tarea ser un especialista en: Solución de Problemas, Relaciones Humanas, Interacción Personal, Dinámica de Grupos, etc. Se trataría de poner en práctica el modelo bio-psico-social de atención integral que implicaría la intervención en enfermedades crónicas, discapacidades, enfermedades terminales, trastornos mentales puntuales, etc.

Al respecto de la formación del psicólogo, hasta este momento, el primer y esencial requisito es la obtención del primer grado: la licenciatura en psicología. Tras ese primer escalón, la formación se hace esencial también en el área práctica. Seguidamente, la formación especializada puede efectuarse a través de títulos de postgrado (Másters específicos en psicología clínica o en psicología de la salud) o bien la obtención del título de doctor cuando la investigación se va a convertir en el principal ámbito de trabajo. La duración de la especialización ha de durar un mínimo de 2 años cuando hablamos de Másters y de 3 años cuando nos referimos a la titulación de Doctor.

En relación con la psicología clínica, la formación suele centrarse en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales, dedicando un porcentaje de tiempo a las prácticas notablemente elevado.

En referencia ahora a la psicología de la salud, la rotación por todas las unidades en los hospitales, supervisados por los profesionales del equipo interdisciplinar se convierte en el principal objetivo de la post-graduación. Es deseable que el tutor que acompaña al nuevo psicólogo sea así mismo licenciado en psicología y con una actividad profesional de al menos cuatro años de experiencia, y que ambos a su vez sean supervisados en cada servicio por un profesional específico (médico especialista) miembro también del equipo multidisciplinar.

Aunque, como hemos mencionado, la práctica es el objetivo principal, una formación teórica especializada complementaria se llevará a cabo en cada una de las áreas o materias implicadas en cada momento.

Al respecto de los niveles de intervención, éstos son básicamente tres:

1. **Prevención Primaria:** Se centra en la modificación de contextos ambientales y sociales, así como en los aspectos conductuales que pudiesen afectar a la salud con el tiempo, así como en la promoción de las conductas alternativas que favorecen la salud. Se trataría en suma de intentar que el problema no se produzca. Este tipo de intervención suele ser llevado a cabo en el ámbito comunitario, aunque puede estar dirigido también a determinados colectivos o grupos de riesgo.
2. **Prevención Secundaria:** El objetivo en éste segundo nivel se centraría en la intervención (tratamiento) propiamente dicha en un determinado trastorno cuando éste acaba de iniciarse o está a punto de hacerlo. Esta intervención precoz suele tener mejores resultados y expectativas de éxito que el siguiente nivel.
3. **Tratamiento:** Se refiere igualmente a la intervención en un determinado trastorno. La diferencia con la prevención secundaria estriba en la consolidación (mayor o menor) de dicho trastorno, la cual no estaba en el nivel anterior.
4. **Prevención Terciaria:** El objetivo aquí se centra en la actuación sobre tratamientos ya efectuados, con la finalidad de prevenir la “recaída” o posibles complicaciones posteriores. En el caso de trastornos crónicos, un objetivo puede ser la reducción o disminución de los efectos negativos de éstos; ya que la curación en muchos casos no es posible, al menos que sí lo sea el nivel de calidad de vida.

Los niveles de intervención, por otra parte, son cuatro: (a) individual, (b) grupal, (c) familiar y (d) comunitario. Al respecto de los lugares de intervención, en la actualidad, y por lo que a España se refiere, el sector privado de la psicología clínica y de la salud goza de un gran dinamismo y diversidad, pudiendo encontrar

desde gabinetes privados unipersonales hasta centros más o menos complejos con equipos multidisciplinares.

En lo que se refiere al ámbito público (seguimos refiriéndonos a España), desde hace unos 20 años se ha venido produciendo una progresiva incorporación de psicólogos clínicos y de la salud, que ha afianzado y reforzado el papel de la psicología dentro de la sanidad pública y de la atención sanitaria. Las funciones desempeñadas son las de un facultativo especialista que trabaja dentro de equipos multidisciplinares.

Por lo que respecta a lugares específicos de intervención, podemos mencionar los siguientes:

- Gabinetes privados de consulta, asesoramiento y tratamiento.
- Equipos de atención primaria en centros de salud u hospitales.
- Unidades de salud mental en hospitales.
- Unidades de Neuropsicología (centros privados u hospitales).
- Unidades de rehabilitación (hospitalarias o comunitarias).
- Hospitales psiquiátricos.
- Centros Geriátricos.
- Unidades Materno-Infantiles en hospitales.
- Centros de atención psicológica infantil (privados o en hospitales).
- Unidades de dolor crónico.
- Cuidados paliativos y atención a enfermos terminales.
- Centros de voluntariado u Organizaciones No Gubernamentales de atención a personas con discapacidades.
- Unidades de Salud Laboral.
- Otros dispositivos (Centros educativos, Equipos de psicología clínica en el ejército, etc.).

Como puede apreciarse, las actividades desempeñadas por la Psicología Clínica y de la Salud pueden manifestarse en diversas áreas y contextos, y no están reducidas por tanto a contextos clínicos, centros de salud mental u hospitales, aunque éstos sean los principales ámbitos de actuación.

Ámbitos de aplicación

De acuerdo con la revisión realizada por Fernández, Amigo, Pérez y Fernández (2003), la Psicología de la Salud cubre al menos los siguientes ámbitos de aplicación:

1. Promoción de la salud. Se trataría de todas aquellas actuaciones dirigidas a promover un estilo de vida saludable, entendiendo por salud no sólo la ausencia de enfermedad sino la presencia de un estado de bienestar físico y anímico en el individuo. En este sentido, se destacarían las destinadas a fomentar aquellos hábitos de salud que pueden hacer que las personas se sientan mejor en su vida diaria.

2. Prevención de las enfermedades. Esta tarea pasaría por la modificación de hábitos no saludables asociados a múltiples patologías, bien crónicas o agudas (por ejemplo, el tabaquismo). En este aspecto, se hace aún más evidente la estrecha relación entre los ámbitos de la promoción y de la prevención. Sin embargo, existen otros muchos comportamientos de riesgo cuya eliminación es la única y más eficaz forma de evitar muchas enfermedades graves. Por ejemplo, el uso del cinturón de seguridad y el fomento de una conducción prudente es una forma de reducir el alto número de patologías medulares. Otro ejemplo sería el del uso del preservativo, que no sólo puede servir para detener epidemias como el sida o las enfermedades de transmisión sexual, sino que también puede contribuir a disminuir otras enfermedades menos conocidas como el cáncer de útero.
3. Evaluación y tratamiento de enfermedades específicas. Son muchas las alteraciones que han sido objeto de tratamientos basados en las técnicas de modificación de conducta.
4. Evaluación y mejora del sistema sanitario. En este epígrafe se encuadrarían todas las propuestas dirigidas a mejorar la atención sanitaria en lo que se refiere a la práctica profesional, a la educación sanitaria de los usuarios y a la relación entre los colectivos implicados, además de la formulación de una política de salud.

A continuación, vamos a detenernos en algunos ámbitos de actuaciones específicos.

Enfermedades terminales

Aunque afortunadamente cada vez son más los profesionales que consideran los aspectos psicológicos como algo fundamental en el cuidado del enfermo en fase terminal, aún quedan algunos profesionales médicos que piensan que si el paciente padece un momento de nervios, necesita un sedante; si tiene crisis de llanto, necesita antidepresivos; si muestra expresión de enfado, está atacando personalmente al profesional, o incluso, en ocasiones, a la familia se la ha considerado un factor de entorpecimiento de las tareas profesionales, más que una unidad a tratar.

Cada vez más, las necesidades emocionales del paciente y de la familia están recibiendo atención profesional en el momento adecuado. El psicólogo enmarcado dentro del área de la Psicología Clínica y de la Salud tiene el importante papel de sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre las necesidades emocionales de sus pacientes y familias, educar, ofrecer criterios adecuados de derivación y formar un soporte emocional (Organización Mundial de la Salud, 1990). Asimismo, el psicólogo trata de adecuar sus servicios profesionales al plan general de tratamiento de su equipo interdisciplinar, de tal modo que todos los profesionales del equipo compartan los objetivos emocionales y los apoyen. De esta forma, su propia actuación puede ser coherente con los objetivos de las otras especialidades y permite que se trabaje en colaboración para conseguir el máximo bienestar para el paciente y la familia.

Por tanto, atender a las necesidades de todas las personas en esta etapa tan importante de la vida constituye un deber profesional y moral.

Cáncer

Podemos definir la Psico-oncología como una sub-especialidad de la oncología enmarcada en el campo de la Psicología Clínica y de la Salud que pretende los siguientes objetivos fundamentales:

- 1) La prevención primaria: detectando e interviniendo sobre los factores psicosociales que pudieran estar influyendo en el origen del cáncer.
- 2) La prevención secundaria: detectando e interviniendo sobre los factores psicológicos más importantes que pueden facilitar una detección precoz del cáncer.
- 3) La intervención terapéutica, la rehabilitación y/o los cuidados paliativos: interviniendo en la respuesta emocional de los pacientes, los familiares y de todas las personas encargadas del cuidado del paciente (médicos, psicólogos, enfermeras, auxiliares...) en todas las diferentes fases de la enfermedad: diagnóstico, tratamiento, intervalo libre, recidiva, enfermedad avanzada y terminal, fase de duelo o remisión con el objetivo de mantener o recuperar la calidad de vida (en los niveles de sintomatología física, autonomía y hábitos cotidianos, nivel familiar y social y nivel psicológico-emocional) que está siendo afectada por la enfermedad o su tratamiento.
- 4) La investigación: como en el resto de campos, los estudios científicos en psico-oncología son fundamentales para avanzar en el desarrollo de protocolos de evaluación e intervención más eficaces y eficientes.

Según Font Guiteras (2003), existe un amplio consenso en la comunidad científica al respecto de que las intervenciones psicológicas enmarcadas dentro del área de la Psicología Clínica y de la Salud pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes de cáncer. En síntesis, la terapia psicológica ha demostrado su eficacia para:

- Reducir la alteración emocional y mejorar la adaptación a las nuevas situaciones.
- Facilitar el paso por la enfermedad con un menor desgaste psicológico.
- Contribuir a una mayor recuperación a todos los niveles: físico, psicológico y social.

Además, los datos no parecen sugerir que exista claramente un tipo de intervención más eficaz para ayudar a los todos pacientes a la preparación ante al cáncer. Varios estudios muestran que algunos sujetos se benefician más de intervenciones individuales, mientras que en otros trabajos se apunta a la superioridad del tratamiento en grupo. Pese a todo, los resultados parecen señalar que las intervenciones tipo *counselling* (asesoramiento) son el procedimiento a

seguir ante problemas de comunicación, especialmente en la fase de diagnóstico; mientras las intervenciones cognitivo-conductuales muestran su mayor eficacia de cara a que el paciente mejore en el afrontamiento de los síntomas, los efectos secundarios y los problemas concretos de la vida cotidiana (fase de tratamiento). Por otra parte, la terapia no directiva parece ser más recomendada para los problemas emocionales e interpersonales (fase de intervalo libre) y, por último, la psicoterapia parece más apropiada para cubrir las necesidades de reflexión existencial sobre la propia vida y los nuevos valores (fase de remisión). En cualquier caso, parece claro que el tratamiento más efectivo es aquel que considera todas las necesidades del paciente e intenta cubrirlas con las formas de intervención psicológica que sean necesarias.

Tabaquismo

Hasta el momento, las revisiones llevadas a cabo indican que las técnicas más eficaces para dejar de fumar son las psicológicas o conductuales (p. ej., Becoña, 1990, 1991; Becoña, Galego y Lorenzo, 1988; Leventhal y Cleary, 1980; Schwartz, 1987; U.S.D.H.H.S., 1988). Por esta razón, la Psicología de la Salud dispone de un campo fértil en el que desarrollar programas psicológicos para prevenir e intervenir en esta adicción que tantas consecuencias negativas conlleva para la salud de las personas.

Desde la aparición de las técnicas conductuales, las técnicas más empleadas son los procedimientos aversivos (fumar rápido, saciación, retener el humo, sensibilización encubierta, shock eléctrico) y otras técnicas como la autoadvertencia, la relajación, el control de estímulos, la reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán, fumar controlado; así como el manejo de contingencias, la desensibilización sistemática, la terapia de estimulación ambiental restringida, los contratos de contingencias, los métodos de automanejo y autocontrol y los programas multicomponentes. De todas éstas, los datos sugieren que las que han demostrado una mayor eficacia, y consiguientemente las que más se utilizan son: la técnica de fumar rápido, la de retener el humo, la de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán y, finalmente, los programas multicomponentes.

Los tratamientos médicos (sustitutivos de la nicotina) no ofrecen mayor eficacia que los tratamientos psicológicos disponibles. Por el contrario, pueden generar importantes pérdidas de eficacia a lo largo del tiempo. Además, las terapias farmacológicas arrojan cifras de eficacia parecidas a las terapias con una sustancia placebo. Ello lleva a pensar que estas terapias podrían resultar útiles para un porcentaje de fumadores que tengan la expectativa de que es posible dejar de fumar si toman algún tipo de medicamento.

Es importante resaltar que probablemente todos los tratamientos disponibles (incluidos los farmacológicos) estén siendo parcialmente eficaces de acuerdo con un porcentaje de sujetos cuyas características personales “encajan” con las demandas del programa. Por este motivo, la elección de uno u otro tratamiento está dada principalmente por el tipo de fumador a quien se vaya a aplicar, en tanto que ya se dispone de alguna información con respecto al mejor ajuste de ciertos

tipos de tratamientos para ciertos tipos de fumadores. Por ejemplo, si se trata de fumadores en una fase cercana a la enfermedad, o convencidos de que su adicción requiere de un tratamiento externo, es muy probable que su perfil se ajuste a un tratamiento farmacológico. Para aquellos fumadores convencidos de que fumar no es una enfermedad, ni un comportamiento que pueda controlarse con medios naturales y/o que perciban necesita algo de ayuda para lograrlo, el tratamiento psicológico podría resultar el más adecuado.

La psicología Clínica y de la Salud aporta a este campo más ventajas adicionales, tales como, la ausencia de efectos secundarios, menor tasa de abandono, fortalecimiento de la autoestima, el sentido de implicación en el cambio frente a la dependencia de un medicamento para cambiar el comportamiento y un menor coste económico.

Alcoholismo

A lo largo del tiempo se ha utilizado una amplia variedad de tratamientos para la dependencia del alcohol, los cuales han ido variando según el tiempo y evolucionando desde el no tratamiento a la medicalización exclusiva del trastorno, para finalmente concebir el problema desde un abordaje interdisciplinar, con la integración de diferentes profesionales del área de la Psicología Clínica y de la Salud.

A pesar de que algunos autores conceptualizaron como “crónico” el abuso y/o dependencia del alcohol, hoy se dispone de tratamientos eficaces para hacerle frente. Podemos decir que las estrategias que resultan más eficaces son los programas llevados a cabo desde la familia (a través del entrenamiento a padres en habilidades de comunicación y resolución de conflictos) y desde la escuela (a través del entrenamiento a profesores en habilidades de detección de casos de riesgo, derivación, entrenamiento en competencia social a los chicos y programas para fomentar una mayor implicación de éstos en la escuela). Intervenir en estos ámbitos (familia y escuela) parece potenciar las estrategias para reducir los factores de riesgo e incrementar los factores de resistencia. Gil y Ballester (2002) argumentan que la eficacia de los programas llevados a cabo en la familia y en la escuela se podrían explicar si tenemos en cuenta que los dos mejores predictores del consumo y abuso temprano del alcohol son el hecho de que: (a) los padres inicien a los niños en el consumo con motivo de celebraciones o fiestas y (b) la asunción de la creencia de que el alcohol facilita la diversión por parte del grupo de iguales.

Finalmente, para la prevención de los efectos del abuso del alcohol, y más concretamente de los riesgos del abuso de alcohol en la conducción, los programas más eficaces parecen ser los legislativos que inciden en la edad mínima legal para conducir y beber, el establecimiento de horas límite para servir alcohol y las medidas penales y sanciones administrativas para el incumplimiento de las normas, como el retiro del permiso de conducir.

Dolor crónico

El dolor es una experiencia subjetiva que solo es accesible de una forma directa para la propia persona. El dolor también es el resultado no sólo de factores biológicos, tal como se ha sostenido durante mucho tiempo en el modelo médico, sino también de factores psicológicos y sociales.

Melzack y Casey (1968) describen el dolor como una experiencia tridimensional, dividida en sensorial, afectiva y cognitiva. La dimensión sensorial se corresponde con el *input* sensorial que da origen a la experiencia del dolor. Es el pinchazo de una aguja o el espasmo vascular o la tensión muscular. La dimensión afectiva supone una integración superior de esa información a nivel intermedio. Implica inicialmente una caracterización emocional del dolor, con implicaciones comportamentales de acercamiento o alejamiento a las situaciones ligadas a la estimulación dolorosa. Finalmente, la dimensión cognitiva recoge el aspecto superior de integración de la experiencia de dolor y se encuentra más cerca de la experiencia subjetiva de dolor que el resto de las dimensiones.

Con respecto a los tratamientos psicológicos para el abordaje del dolor, los programas conductuales y cognitivo-conductuales han mostrado ser herramientas eficaces para controlar el dolor crónico (Chambless et al., 1997), según diversas medidas de resultados (reducción del dolor, incremento de la movilidad física y mejora del estado afectivo y cognitivo).

A pesar de la gran cantidad de tipos de dolor y programas cognitivo-conductuales que existen para su abordaje, uno que ha demostrado su valía es el Programa de Tratamiento de Philips (1988). Este programa está estructurado para ser aplicado a lo largo de nueve sesiones semanales, cuyo contenido puede incluirse en cuatro apartados: 1) información e instrucción al paciente sobre las posibilidades de control del dolor; 2) introducción y práctica de estrategias terapéuticas concretas; 3) tareas a realizar durante la semana, y 4) revisión de éstas en la consulta.

Como conclusión, a pesar de la eficacia de los programas cognitivo-conductuales, aún no existe claridad sobre cuáles son los principios activos responsables del éxito de los tratamientos, y tampoco sobre en qué pacientes y en qué síndromes concretos son más eficaces estas intervenciones. Por ello, se hace necesario reconocer que todavía existe mucho camino por recorrer, para poder abordar estas limitaciones.

Trastornos cardiovasculares

La psicología de la salud en el campo de los trastornos cardiovasculares interviene tanto en los factores de riesgo como en el tratamiento farmacológico o psicológico, mejorando la adherencia a las medidas terapéuticas.

Con respecto a la intervención preventiva de la enfermedad coronaria, es importante centrar el interés en la evaluación y modificación de diversos aspectos del comportamiento del paciente, en concreto aquellos relacionados con los factores de riesgo biomédicos y conductuales, como pueden ser una alimentación rica en grasas, sobrepeso, abuso de tabaco y alcohol, falta de ejercicio físico,

hipertensión y la presencias del patrón de conducta tipo A. Dado que marginar algunos de estos factores de riesgo llevará, probablemente, al establecimiento de un tratamiento o programa preventivo de poca eficacia, Fernández-Abascal (1994) propone un programa que incluye los siguientes módulos:

- Módulo de evaluación de factores de riesgo: todos los sujetos son evaluados en cada uno de los factores de riesgo especificados en el programa para adscribir al sujeto a los módulos de intervención que más interés puedan ofrecer para su caso concreto.
- Módulo de anti-hipertensión: se aplica una técnica indirecta de reducción de la presión, por ejemplo, mediante un entrenamiento en relajación progresiva, en habilidades sociales o en resolución de problemas, por ser en las que más frecuentemente aparecen déficit en este tipo de pacientes.
- Módulo antitabaco: se usa un programa antitabaco que potencie la eficacia del programa.
- Módulo anti-alcohol: al igual que en el módulo anterior, se utiliza un programa anti-alcohol.
- Módulo de control de dieta: no difiere en lo esencial de los programas de obesidad actualmente desarrollados en terapias conductuales. Se pone el acento no sólo en la reducción del peso sino también en el control de la ingesta de alimentos ricos en ácidos grasos saturados (carne, huevos, etc.)
- Módulo de ejercicio físico: es especialmente importante debido a que los beneficios terapéuticos que se obtienen de él, se generalizan a otros factores de riesgo y hace que este módulo sea útil para el mantenimiento a largo plazo de los logros obtenidos.
- Módulo Patrón tipo A: incluye técnicas como el refuerzo positivo para comportamientos típicos del Tipo B (paseos en el parque, hojear libros, etc.); prevención de respuesta (eliminando el reloj para evitar un sentimiento de urgencia); procedimientos de coste de respuesta (penalizaciones a uno mismo por comportarse de una manera Tipo A); técnicas de detención de pensamiento para neutralizar pensamientos negativos acerca de competir con otros o acerca de no tener tiempo; relajación, y, por último, modificación cognitiva.

Con respecto a los programas de intervención, Fernández-Abascal (1994) propone incluir los siguientes módulos:

- Módulo de evaluación psicológica: presta especial interés a los niveles de ansiedad y depresión. Igualmente es necesario la evaluación de los componentes del patrón de conducta tipo A y estilos de afrontamiento.
- Módulo de tratamiento individual: funciona como un apoyo a los restantes módulos específicos. Se establece como una tutoría que dirige su intervención.
- Módulo de adherencia al tratamiento: tiene como objetivos preparar al paciente para las intervenciones médicas dolorosas, preparar al paciente para las intervenciones quirúrgicas y los períodos de post-operatorios, y para aumentar el seguimiento de los medicamentos farmacológicos.
- Módulo de reinserción social: se aplica cuando los pacientes han sufrido fuertes incapacidades como resultado del proceso de su enfermedad

coronaria. Es importante considerar aspectos laborales y sexuales junto a los demás contenidos de cualquier programa de inserción social.

Trastornos del sueño

Numerosos estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto la elevada prevalencia de los trastornos del sueño en diferentes culturas y grupos de pacientes. Se estima que alrededor de una cuarta parte de la población presentará algún tipo de disfunción del sueño a lo largo de su vida, especialmente las mujeres y las personas mayores de ambos sexos, siendo el insomnio la principal queja. El insomnio tiene una serie de consecuencias en la vida del individuo, tales como los síntomas de irritabilidad, falta de energía, depresión, etc. Por otro lado las personas con insomnio suelen reportar un mayor número de problemas persistentes y recurrentes de salud general. En este sentido, los trastornos del sueño constituyen un importante factor de riesgo para el desarrollo de otros problemas psicológicos, médicos o sociales, tales como deterioro funcional, alteraciones del estado de ánimo o problemas cardiovasculares (Buela-Casal y Sánchez, 2002).

Respecto al tratamiento, la mayoría de trastornos del sueño han recibido una atención insuficiente, por lo que el desarrollo de técnicas eficaces es escaso. En cualquier caso, existen tratamientos psicológicos validados empíricamente para el insomnio y en alguna medida para las pesadillas. En el caso del insomnio, las técnicas que han demostrado su eficacia son la relajación progresiva, la terapia de control de estímulos, la intención paradójica y los programas multicomponentes. En los últimos años, también se han aplicado otras intervenciones alternativas, tales como la reducción de peso, el abandono del consumo de alcohol o tabaco o los cambios en la postura del cuerpo durante el sueño, observándose una mejoría en la sintomatología diurna y nocturna y una mejor aceptación de la terapia por parte del afectado (Miró, Sánchez y Buela-Casal, 2003).

Asma bronquial

El asma bronquial es una enfermedad respiratoria crónica común que afecta a un porcentaje próximo al 5% de la población general. Existe cierto consenso respecto al papel que juega la combinación de factores genéticos, alérgicos, infecciosos, físicos y psicológicos para producir y mantener la enfermedad.

Actualmente se acepta la posible influencia de los factores psicosociales sobre la evolución del asma bronquial o en el mantenimiento de algunos de sus síntomas (Amigo, Fernández y Pérez, 2003). Es decir, tanto variables cognitivas como emocionales y comportamentales desempeñan un importante papel en la evolución de la enfermedad asmática. Por tanto, el psicólogo de la salud en este campo debe hacerse cargo de variables cognitivas, tales como facilitar una información correcta de la enfermedad, fomentar un apropiado estado de alerta y una comprensión adecuada del tratamiento para que los pacientes se sientan más preparados, afronten la enfermedad más positivamente y se adhieren mejor al tratamiento. También tendrán que atender a las múltiples relaciones entre variables emocionales y asma, así como a las variables conductuales, tales como ciertos hábitos de conducta no saludables, como por ejemplo, fumar, el ejercicio

físico arduo, etc. (Barton, Clarke, Sulaiman y Abramson, 2003; Vázquez, Romero-Frais y Sáñez, 2003).

Para atender a esta multitud de factores asociados al asma, los planteamientos terapéuticos se basan en proporcionar estrategias adecuadas, bien sean farmacológicas o psicológicas. El objetivo último es el control de la ansiedad y la depresión, la mejora de estilos de afrontamiento y de la capacidad de percepción de los síntomas asmáticos, y la reducción/eliminación de las conductas no saludables. Entre las técnicas que han mostrado su utilidad para conseguir estos objetivos se encuentran los programas de automanejo en pacientes con asma severa o pobremente controlada y las técnicas de relajación en pacientes con un componente emocional asociado a la evolución del trastorno.

VIH

El Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) es el agente infeccioso etiológico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). La situación actual de esta enfermedad permite dividir las necesidades de intervención de los enfermos con VIH en diferentes campos de actuación para los psicólogos de la salud. En primer lugar, el psicólogo de la salud tiene como una de las principales áreas de actuación la prevención primaria, que tiene por fin intervenir sobre los mecanismos de transmisión que son comportamientos que pueden evitarse. También se trabaja en la prevención secundaria y terciaria, es decir, en la detección precoz, la prevención de la reinfección y de infecciones oportunistas y la potenciación del autocuidado. Un área relacionada con lo anterior es la intervención para mejorar la adherencia al tratamiento con antirretrovirales y el afrontamiento de los efectos secundarios (por ejemplo, la lipodistrofia), que como es bien sabido es uno de los principales problemas para incumplir las prescripciones médicas. Otra área de acción es el afrontamiento del impacto emocional que supone el diagnóstico de seropositividad. Cada vez es más necesaria la intervención neuropsicológica en el deterioro cognitivo asociado a la propia cronificación de la enfermedad gracias al aumento de la edad media de esperanza de vida. No obstante, la enfermedad sigue estando asociada a la muerte en un alto porcentaje de afectados, por lo que el acompañamiento en el proceso de morir y en el proceso de duelo del entorno es otro objetivo de la Psicología de la Salud (Tulldrà, Izquierdo, Fumaz y Ferrer, 2003).

Por tanto, podemos dividir en dos grandes grupos las áreas de actuación en los casos de infección por VIH. Respecto a la prevención primaria, las intervenciones más eficaces parecen ser aquellas que combinan información con entrenamiento en habilidades. En relación con las personas diagnosticadas como seropositivas al VIH, las intervenciones se dirigen a varios objetivos: a) mejorar el estado emocional de los afectados, para lo cual la combinación de información y técnicas cognitivo-conductuales parece tener una demostrada solidez (v.gr., Antoni, 2003); b) mejorar la adhesión al tratamiento antirretroviral; c) asesorar y apoyar el entorno de la persona enferma y, d) mejorar los déficit neuropsicológicos. Es necesario recordar que las tres últimas áreas se caracterizan por la escasez de estudios, aunque serán campos de desarrollo en el futuro.

Diabetes

La diabetes mellitus es una de las enfermedades más frecuentes. La diabetes es un trastorno crónico de base genética cuya característica principal es la hiperglucemia y sus consecuencias. En la práctica clínica se diferencian dos tipos de diabetes: la diabetes mellitus tipo 1 insulino-dependiente y la diabetes mellitus no-insulinodependiente o tipo 2.

Investigaciones recientes apoyan la existencia de una relación entre diferentes factores psicológicos y la diabetes mellitus. El primero de ellos hace referencia al impacto psicológico de esta enfermedad en los afectados, hasta el punto de afirmar que los diabéticos presentan mayor prevalencia de ciertos trastornos psicológicos frente a la población normal, si bien el alcance de los estudios es relativo. Otra de las asociaciones frecuentes entre este trastorno y los aspectos psicológicos ha sido la influencia de las situaciones estresantes y las estrategias de afrontamiento en el control metabólico de la diabetes. También hay necesidad de intervenir en los problemas de adherencia al tratamiento que se presentan a cualquier edad, pero principalmente en adolescentes y jóvenes, que por diferentes motivos pueden llegar a reaccionar negando u ocultando su enfermedad exponiéndose a riesgos o accidentes graves (Amigo et al., 2003).

Por lo tanto, la Psicología de la Salud con relación a la diabetes se caracteriza por la amplitud de los ámbitos de aplicación. Así, existen intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento, para amortiguar o mejorar el impacto del diagnóstico y el afrontamiento de la enfermedad, para controlar los episodios hipoglucémicos y el autocontrol glucémico y, por último, para intervenir sobre los trastornos psicológicos que pueden acompañar a esta enfermedad.

En general, se cuenta con numerosos ejemplos de intervención que han sido eficaces tanto en la adherencia al tratamiento en pacientes con los dos tipos de diabetes como en la mejora de la estimación del nivel de glucosa en sangre y en el control de hipoglucemias. En la diabetes mellitus tipo 2 también se han llevado a cabo intervenciones psicológicas más centradas en unos aspectos de la adherencia al tratamiento, como el cumplimiento de la dieta recomendada y la reducción del peso, obteniendo resultados positivos, pero poco concluyentes. Respecto a la intervención psicológica en los trastornos psicológicos en pacientes diabéticos, cabe señalar la posible eficacia de los tratamientos mediante el manejo de la ansiedad o la relajación (asistida o no con biofeedback), bien sea al permitir mejorar el control metabólico de la enfermedad, o bien porque genera una mayor adherencia de los pacientes al tratamiento (v.gr., Surwit et al., 2002). No obstante, tal y como señalan estos autores, la existencia de estudios con resultados negativos apunta hacia la necesidad de continuar investigando sobre esta cuestión.

Fibromialgia

La fibromialgia es un síndrome que se manifiesta a través de un estado doloroso crónico musculoesquelético generalizado y que presenta una exagerada sensibilidad en múltiples puntos predefinidos, sin alteraciones orgánicas demostrables. Tiene

una evolución crónica y su pronóstico a largo plazo aún no queda claro. Se cree que la fibromialgia es un trastorno de los mecanismos de percepción del dolor que condiciona una hiperalgesia a estímulos mecánicos. Las causas por las que esto ocurre son desconocidas y probablemente multifactoriales. Desde el punto de vista de la Psicología de la Salud, existe unanimidad en la literatura con relación a la existencia de factores psicológicos y sociales en el proceso fibromiálgico. De este modo, el cuadro clínico incluye sentimientos de tristeza, así como ansiedad, fatiga, insomnio, irritabilidad o falta de concentración. Otros síntomas son la apatía, la hipocondría, las cefaleas, la dispepsia y la preocupación por la normalidad de las funciones fisiológicas. Cuando se realizan pruebas psicométricas a personas con fibromialgia se obtienen altas puntuaciones en las escalas de depresión, hipocondriasis y somatización, y es frecuente la comorbilidad con otras enfermedades médicas con acreditado contenido psicológico como el síndrome del intestino irritable, la migraña, problemas de sensibilización alérgica y en especial el síndrome de fatiga crónica (Miralles, Otin y Rojo, 2003).

Respecto al tratamiento de esta enfermedad, se han utilizado tanto tratamientos unimodales como multicomponentes. Los primeros se han centrado sobre todo en la reducción de la ansiedad y el estrés presente en la fibromialgia mediante la aplicación de técnicas relacionadas con la relajación, tales como la relajación progresiva, la hipnosis y el masaje. Por su parte, los tratamientos multicomponentes además del control de la ansiedad y el estrés se han dirigido a enseñar técnicas de afrontamiento para reducir la intensidad del dolor, disminuir las conductas de dolor, reducir los pensamientos negativos y la percepción de indefensión y descontrol de la situación. La combinación de técnicas que parece más adecuada es el ejercicio, la educación y la discusión cognitiva, la reinterpretación del dolor, la imaginación y el biofeedback (Creemer, Singh, Hochberg y Berman, 2000; Turk, Okifuji, Sinclair y Stara, 1998).

Síndrome del intestino irritable.

El síndrome del intestino irritable es una de las enfermedades más frecuentes del aparato digestivo. Se caracteriza por episodios recurrentes de dolor abdominal, estreñimiento y diarrea, en ausencia de anomalías estructurales detectables. Las hipótesis sobre su etiología son variadas aunque se sabe que los factores psicológicos tienen un papel importante. Según algunos de los trabajos publicados, hasta el 70% de los pacientes cumple criterios para algún trastorno psiquiátrico, siendo los trastornos de ansiedad y los depresivos los más frecuentes (Miralles et al., 2003).

Por lo tanto, en su tratamiento se deben combinar aspectos médicos y psiquiátricos. La literatura especializada proporciona evidencias acerca de la superioridad del abordaje psicológico frente al médico (Svedlund, 2002). Así pues, por lo que respecta a la intervención psicológica en el síndrome de intestino irritable, las técnicas de control de ansiedad y estrés propias de la terapia de conducta en un formato multicomponente han demostrado que son eficaces para reducir/eliminar la sintomatología característica de este trastorno. El manejo de contingencias está bien justificado cuando la ocurrencia sintomática tiene un carácter operante. La hipnosis y el biofeedback también han demostrado su

utilidad, aunque en el caso de la hipnosis los mecanismos de su acción aún no se han explicitado. También se han realizado aproximaciones desde la psicoterapia de orientación dinámica (Amigo et al., 2003).

En resumen, el número de enfermedades crónicas objeto de estudio y consideración por parte de la Psicología de la Salud es mucho más amplio. Así, la Psicología de la Salud se ocupa también de la dismenorrea primaria, las enfermedades inflamatorias intestinales, los trastornos dermatológicos, otros trastornos endocrinos, las enfermedades neurológicas, como los diferentes tipos de dolores de cabeza y un largo etcétera. No obstante, en este artículo se presentaron aquellas que resultan más frecuentes entre la población general.

REFERENCIAS

- Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (2003). *Manual de Psicología de la Salud* (2ª ed.). Madrid: Pirámide.
- Antoni, M.H. (2003). Stress Management Effects on Psychological, Endocrinological, and Immune Functioning in Men with HIV Infection: Empirical Support for a Psychoneuroimmunological Model. *Stress: The International Journal on the Biology of Stress*, 6, 173-188.
- Barton, C., Clarke, D., Sulaiman, N. y Abramson, M. (2003). Coping as a mediator of psychosocial impediments to optimal management and control of asthma. *Respiratory medicine*, 97, 747-761.
- Becoña, E. (1990). Estrategias efectivas para dejar de fumar. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 8, 91-108.
- Becoña, E. (1991). El programa para dejar de fumar. *JANO*, 41, 1874-1878.
- Becoña, E., Galego, P. y Lorenzo, M.C. (1988), *El tabaco y su abandono*. Santiago de Compostela: Dirección Xeral de Saúde Pública da Consellería de Sanidade.
- Buela-Casal, G. y Sánchez, A.I. (2002). *Los trastornos de sueño*. Madrid: Síntesis.
- Chambless, D.L. (1997). *An update on empirically validated therapies II*. Washington DC: American Psychological Association.
- Colegio Oficial de Psicólogos (1998). *Perfiles profesionales del psicólogo*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de España
- Creemer, P., Singh, B.B., Hochberg, M.C. y Berman, B.M. (2000). Sustained improvement produced by nonpharmacologic intervention in fibromyalgia: results of a pilot study. *Arthritis Care and Research*, 13, 198-204.
- Fernández-Abascal, E.G. (1994). Intervención comportamental en los trastornos cardiovasculares. *Terapia de conducta y Salud*. UNED y Fundación Universidad-

Empresa.

Fernández-Ballesteros, R., Izal, M., Montorio, I., Díaz, P. y González, J.L. (1992). *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*. Barcelona: Martínez-Roca.

Fernández Rodríguez, C., Amigo Vázquez, I., Pérez Álvarez, M. y Fernández Hermida, J.R. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II: Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.

Flórez-Lozano, J.A. (2003). Felicidad y salud. *Salud Global*, 3(1), 2-7.

Font Guiteras, A. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el cáncer. En *Manual de Psicología de la Salud (2ª ed.)*. Madrid: Pirámide.

Freixa, F. (1991). Tratamiento psicológico de la adicción al alcohol. En G. Buela-Casal y V.E. Caballo (Eds.), *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid: Siglo XXI.

Gil, M.D. y Ballester, R. (2002). Inicio temprano de consumo de alcohol entre niños de 9 a 14 años. *Análisis y Modificación de Conducta*, 118, 165-211.

Haskell, W.L. (1984): Overview: Health benefits of exercise. En J.D. Matarazzo y otros (Eds.), *Behavioral Health*. Nueva York: John Wiley and Sons.

Hendrix, W. H., Ovalle, N.K. y Troxler, R.G. (1985). Behavioral and physiological consequences of stress and its antecedent factors. *Journal of Applied Psychology*, 70, 188-201.

Ivancevich, J.M. y Matteson, M.T. (1980). *Stress and Work: A Managerial Perspective*. Glenville, Illinois: Scott- Foresman and Co

Leventhal, H. y Cleary, P.D. (1980). The smoking problem: A review of the research and theory in behavioural risk modification. *Psychology*, 81, 242-249.

Matarazzo, J. (1980). Behavioral health and behavioral medicine. *American Psychologist*, 35, 807-817.

Melzack, R. y Casey, K.L. (1968) Sensory, motivational, and central control determinants of pain: a new conceptual model. En D. Kenshalo (ed.). *The skin senses*, pp. 423-443. Springfield: Thomas

Miralles, L., Otin, R y Rojo, J.E. (2003). Factores psicológicos que afectan al estado físico. *Medicine*, 8, 5654-5664.

Miró, E., Sánchez, A.I. y Buela-Casal, G. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en los trastornos del sueño. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coord.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la Salud* (pp. 255-286). Madrid: Pirámide.

- Nelson, A.E. y Dannerfer, D. (1992). Aged heterogeneity, Fact or Fiction? The fate of diversity in gerontological research. *Gerontologist*, 32, 17-23
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. 2da. ed. México: Thomson.
- OMS. Organización Mundial de la Salud, (1990). *Alivio del dolor en cáncer*. Ginebra: Autor
- Philips, H.C. (1988) *The psychological Management of Chronic Pain*. N. York: Springer. Traducción Española (1991) *El tratamiento psicológico del dolor crónico*. Madrid: Pirámide
- Pons, D. (1998). Vivir activos para vivir mejor. Estilos de vida activos en tercera edad. *Informació Psicológica*, 67, 18-21.
- Rodríguez-Marín, J. (1998). Psicología Social de la Salud. *Informació Psicológica*, 67, 4-11.
- Saldaña, C. (1989). *La obesidad*. Barcelona: Martínez Roca.
- Schaie, K.W. (1990). Intellectual Development in Adulthood. En J.E. Birren y K.W. Schaie (Eds.). *Handbook of psychological aging*. New York: University Press.
- Schwartz, J.L. (1987). *Review and evaluation of smoking cessation methods: The United States and Canada, 1978-1985*. Department of Health and Human Services.
- Surwit, R., van Tilburg, M., Zucker, N., McCaskill, C., Parekh, P., Feinglos, M., Edwards C., Williams, P. y Lane, J. (2002). Stress management improves long-term glycemic control in Type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 25, 30-34.
- Svedlund, J. (2002). Functional gastrointestinal disease. Psychotherapy is an effective complement to drug therapy. *Lakartidningen*, 17, 172-174.
- Tulldrá, A., Izquierdo, I., Fumaz, C.R. y Ferrer, M.J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en la infección por el virus de inmunodeficiencia humana. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coord.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la Salud* (pp. 199-213). Madrid: Pirámide.
- Turk, D.C., Okifuji, A., Sinclair, D.J. y Stara, T.W. (1998). Differential responses by psychosocial subgroups of Fibromialgia syndrome patients to an interdisciplinary treatment. *Arthritis Care and Research*, 11, 397-404.
- U.S.D.H.H.S. (1988). *The health consequences of smoking. Nicotine addiction. A report of the Surgeon General*. Rockville, Maryland, U.S.: Department of Health and Human Services.

Vázquez, M. I., Romero-Frais, E. y Sáñez, E. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el asma bronquial. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coord.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la Salud* (pp. 23-55). Madrid: Pirámide.

Artículo recibido: Agosto de 2007
Artículo aceptado: Septiembre de 2007