

*Revista de*  
**PSICOLOGIA  
DE LA SALUD**

*Journal of*  
**HEALTH  
PSYCHOLOGY**



- 3 José Santacreu Más      Psicología Clínica y Psicología de la Salud: Marcos teóricos y modelos.
- 21 Marino Pérez Alvarez      Medicina, Psicología de la Salud y Psicología Clínica.
- 45 Julio Alfonso Piña López      Alternativa conductual sobre salud: Justificación para el cambio conceptual.
- 55 Jesús Rodríguez Marín      Psicología de la Salud: Situación en la España actual.
- 93 Ramón Bayés      Prevención y Psicología de la Salud.
- 109 Silverio Barriga y José M<sup>a</sup> León Rubio      El marketing social en los servicios de salud.
- 119 Diego Maciá Antón, Fco. Xavier Méndez Carrillo y José Olivares      Intervención comportamental-educativa para la salud en atención primaria.
- 147      Libros revisados.
- 159      Congresos y reuniones.

### Directores:

Silverio Barriga  
(Univ. de Sevilla)

Jesús Rodríguez  
(Univ. de Alicante)

José Santacreu  
(Univ. Autónoma Madrid)

### Directores asociados:

José A.I. Carrobles  
(Univ. Autónoma Madrid)

Diego Maciá  
(Univ. de Murcia)

Manuel F. Martínez  
(Univ. de Sevilla)

### Secretario:

José A. García-Rodríguez  
(Univ. de Alicante)

### Coordinador Edición:

José V. Castejón  
(Univ. de Alicante)

### Jefe de Redacción:

Fco. Xavier Méndez  
(Univ. de Murcia)

### Consejo de Redacción:

Arturo Bados  
(Univ. de Barcelona)

Victoria del Barrio  
(U. N. E. D.)

José M<sup>a</sup> Farré  
(Univ. de Barcelona)

Juan Godoy  
(Univ. de Granada)

José M<sup>a</sup> León  
(Univ. de Sevilla)

José J. Mira  
(Univ. de Alicante)

Rafael Peiró  
(Ayuntamiento Gandía)

Marino Pérez  
(Univ. de Oviedo)

Victor Rubio  
(Univ. Autónoma Madrid)

M.A. Simón  
(U. Santiago Compostela)

M<sup>a</sup> Olivá Marquez  
(Univ. Autónoma Madrid)

Barbara VanOss Marín  
(Univ. California. S. F.)

### Consejo Editorial:

Amalio Blanco  
(Univ. Autónoma Madrid)

Ramón Bayés  
(U. Autónoma Barcelona)

José Bermudez  
(U. N. E. D.)

Johannes C. Brengelmann  
(I. Max Planck, Múnich)

José Cáceres  
(Univ. de Deusto)

Cristine Eiser  
(Univ. de Exeter, R. U.)

J. Richard Eiser  
(Univ. de Exeter, R. U.)

Rocio Fdez. Ballesteros  
(Univ. Autónoma Madrid)

José L. Fdez. Trespalacios  
(U. N. E. D.)

Tomás de Flores  
(Univ. de Barcelona)

Francisco J. Labrador  
(U. Complutense Madrid)

Vicente Pelechano  
(Univ. de La Laguna)

Aquilino Polaino  
(U. Complutense Madrid)

Bertran Raven  
(Univ. California, L.A.)

Carmina Saldaña  
(Univ. de Barcelona)

Fernando Silva  
(U. Complutense Madrid)

George C. Stone  
(Univ. California, S.F.)

Shelley Taylor  
(Univ. California, L.A.)

Josep Toro  
(Univ. de Barcelona)

Manuel Valdés  
(Univ. de Barcelona)

Jaime Vila  
(Univ. de Granada)

La Revista de Psicología de la Salud pretende servir de espacio común para que los estudiosos de la Psicología de la Salud y los profesionales de la salud puedan intercambiar información y opiniones acerca de la delimitación, definición, desarrollo y progresos del área de la Psicología de la Salud, así como para facilitar y promover el estudio y la aplicación de los resultados, principios y metodología que pueden obtenerse en la investigación sobre los diferentes tópicos de esta materia. Para ello, la RPS intentará incorporar en sus páginas trabajos de investigación teórica o empírica que sean relevantes para cualquier aspecto de la salud, del sistema y políticas de salud, dentro de un modelo biopsicosocial, y estimular la realización de descripciones, evaluaciones y valoraciones de diseños y programas de intervención psicológica y/o biopsicosocial dirigidos a sistemas, organizaciones o individuos, y referidos a la prestación de servicios clínicos individuales o grupales, de servicios comunitarios, o la formación y educación en comportamientos de salud.





**INDICE**

**José Santacreu Más. Psicología Clínica y Psicología de la Salud: Marcos teóricos y modelos. 3.**

**Marino Pérez Alvarez. Medicina, Psicología de la Salud y Psicología Clínica. 21.**

**Julio Alfonso Piña López. Alternativa conductual sobre salud: Justificación para el cambio conceptual. 45.**

**Jesús Rodríguez Marín. Psicología de la Salud: Situación en la España actual. 55.**

**Ramón Bayés. Prevención y Psicología de la Salud. 93.**

**Silverio Barriga y José M<sup>a</sup> León Rubio. El marketing social en los servicios de salud. 109.**

**Diego Maciá Antón, Fco. Xavier Méndez Carrillo y José Olivares. Intervención comportamental-educativa para la salud en atención primaria. 119.**

**Libros revisados. 147.**

**Congresos y reuniones. 159.**



**CONTENTS**

**José Santacreu Más. Clinical and Health Psychology: Theoretical bases and explaining models. 3.**

**Marino Pérez Alvarez. Medicine, Health Psychology and Clinical Psychology. 21.**

**Julio Alfonso Piña López. Behavioral alternative to health: Justification to behavioral change. 45.**

**Jesús Rodríguez Marín. Health Psychology in Spain: Present issues. 55.**

**Ramón Bayés. Prevention and Health Psychology. 93.**

**Silverio Barriga y José M<sup>a</sup> León Rubio. Social Marketing in the Health Services. 109.**

**Diego Maciá Antón, Fco. Xavier Méndez Carrillo y José Olivares. Behavioral and Educational Intervention in Primary Care. 119.**

**Books reviews. 147.**

**Meeting Announcements. 159.**

**PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOLOGÍA DE LA SALUD:  
Marcos teóricos y modelos.**

**José Santacreu Mas**

*Facultad de Psicología  
Universidad Autónoma de Madrid*

**RESUMEN**

El objetivo del presente trabajo es mostrar las diferencias entre los planteamientos y modelos de la Psicología Clínica y los de la Psicología de la Salud. El autor entiende que los supuestos teóricos que definen el trabajo en la clínica, los modelos explicativos del problema y los métodos de evaluación e intervención exigen, con independencia de los enfoques psicológicos, *un paciente o cliente que demanda ayuda para afrontar un problema* (ejemplo: diagnóstico de cáncer o pérdida de un ser querido). En Psicología de la Salud, por el contrario, la demanda como tal no existe, si no que el objetivo es estudiar la salud e intervenir para lograr la prevención de la enfermedad o daño sobre una población en la que, aún estando sana, puedan concurrir ciertos riesgos.

**Palabras clave:** Psicología Clínica, Psicología de la Salud, prevención, tratamiento.

## ABSTRACT

The aim of this study is to show the differences between Clinical and Health Psychology bases and models. It is assumed that theoretical bases which define clinical work, its explaining models, assessment and interventive methods need a *patient or client who demandes for help to face a problem* (i.e.: cancer diagnosis or losing a lover human been) --with independency on psychological view point--. By the other side, in Health Psychology the demand does not exist. The main goal is to study and to follow sickness or damage prevention in a population which, even in a healthy state, can suffer some risks.

**Key words:** Clinical Psychology, Health Psychology, prevention, treatment.

## INTRODUCCIÓN

Con objeto de mostrar las diferencias entre el marco teórico de la Psicología Clínica y de la Psicología de la Salud, vamos a señalar las características subyacentes de los modelos de explicación del comportamiento humano que se manejan en ambas disciplinas, señalando, en primer lugar, las diferencias entre el comúnmente llamado **modelo biopsicosocial** y el **modelo clínico cognitivo-conductual**. En segundo lugar, intentaremos diferenciar entre Psicología Clínica y Psicología de la Salud, disciplinas psicológicas ambas y, como tales, con el mismo objetivo general, que no es otro que el estudio del comportamiento humano en un sentido amplio, pero que difieren en sus objetivos específicos y en las estrategias de investigación.

## EL MODELO BIO-PSICO-SOCIAL

Como ocurre con todos los modelos, surge por la incapacidad de los anteriores de explicar de forma sencilla los datos respecto a la **salud** (física o mental si la distinción no es una contradicción en si misma, de acuerdo con las últimas definiciones de la O.M.S.) (Breslow, 1972; Feist y Brannon, 1988; Matarazzo, 1980, 1982). A efectos didácticos, simplificaremos la cuestión del origen del modelo, tarea compleja y que los historiadores se encargarán de dirimir desde su perspectiva a su debido tiempo (Engel, 1977, 1980; Schwartz, 1982; Leigh y Reiser, 1985).

Vamos a abandonar la perspectiva histórica, obviando las aportaciones de las distintas disciplinas, escuelas y grupos para intentar plasmar el conjunto de supuestos teóricos con los que opera el modelo. Se trata de un conjunto de supuestos básicos de la Psicología, que intenta explicar el comportamiento humano de un individuo en un momento temporal dado y en su evolución a lo largo del tiempo. El modelo, que en parte es una superación del modelo clínico conductual al intentar integrar otras posiciones para explicar los datos, se amplía enormemente, hasta el punto de considerarse tan general que, al decir de muchos autores, no explique nada, más allá de dar cabida a todas las posiciones y tendencias. Por ello consideramos que para entender la diferente óptica con la que la Psicología de la Salud afronta sus objetivos y metodología, debemos hablar del modelo subyacente y en consecuencia, de sus supuestos básicos y de sus características funcionales en relación al modelo clínico anterior: el modelo cognitivo-conductual.

Las cuestiones a tener en cuenta para comprender como se perfila el modelo **bio-psico-social** son las siguientes (Engel, 1977; Schwartz, 1982; Rose y Solomon, 1985; Mchugh y Vallis, 1986; Santacreu, Márquez y Zaccagnini, 1989):

1º La Psicología se plantea como objeto de estudio el comportamiento humano, que incluye las llamadas **cogniciones** (pensamientos, imágenes, que son respuestas encubiertas, no observables pero de las que en cierta medida se puede tener fehaciencia de su ocurrencia a través del autoinforme del sujeto); respuestas **fisiológicas** o biológicas no observables directamente, aunque en algunos casos se puede obtener su valor a través de análisis o registros precisos de las mismas, y, **conducta manifiesta** u observable, lo que siempre se ha entendido por comportamiento, es decir lo que el sujeto hace y puede ser observado por otros.

2º Las leyes, modelos o teorías que describen, explican o predicen el comportamiento humano son las mismas para el comportamiento normal y anormal, para la salud y para la enfermedad.

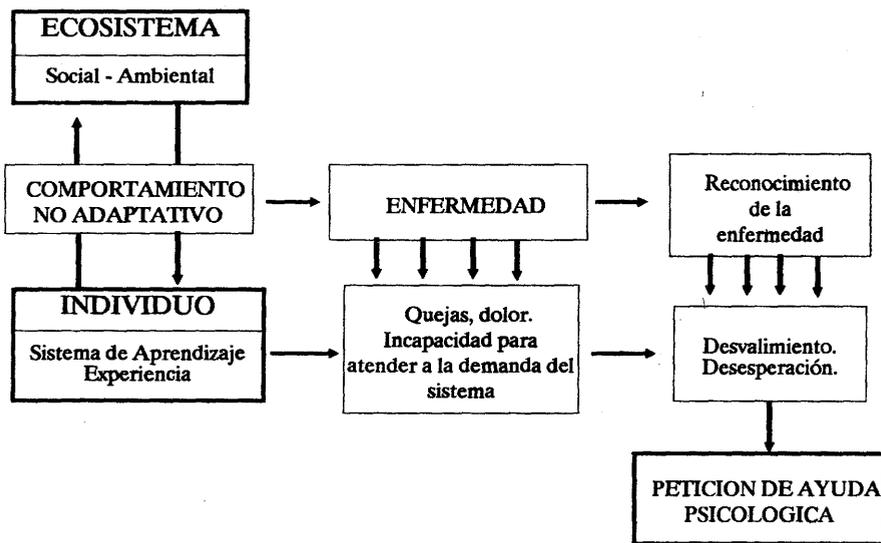
3º El comportamiento humano anormal esta constituido por formas de adaptación al ecosistema que finalmente resultan inadecuadas a corto o a largo plazo. Por ejemplo, en el caso del alcoholismo, ingerir bebidas alcohólicas en determinadas situaciones, es reforzante para el sujeto y adaptativo en un amplio número de casos. Sin embargo la ingestión frecuente y continuada puede resultar desadaptativa.

4º Los psicólogos clínicos intentan aliviar a los individuos que demandan su ayuda a través de los conocimientos psicológicos. El resultado cuando

es positivo, muestra que el cliente presenta un comportamiento más adaptado al ecosistema personal y que también ha modificado su sistema general de adaptación, su visión del mundo. En general no se plantean el cambio del ecosistema, entre otras cosas por que no está a su alcance, excepto si se trata de niños o de adultos con actividad restringida. El modelo clínico (*figura 1*) solo puede hacer frente al problema cuando se plantea una demanda de ayuda por parte del individuo; en otro caso, carece de sentido.

## MODELO DE ACTUACION EN PSICOLOGIA CLINICA

**Figura 1.- Modelo de actuación en la Clínica desde una perspectiva psicológica, para la resolución de problemas con manifestaciones biológicas o psicológicas.**



5º Los ecosistemas en los que el organismo está inmerso, el ambiente físico y social en el que el individuo se mueve determina en gran parte, no solo los comportamientos adaptativos concretos sino los sistemas generales de adaptación. Además, y ésta es la cuestión importante, determinados ecosistemas producen/inducen sistemas de adaptación específicos, inadecuados en otros ecosistemas o en un sistema más amplio. Por ejemplo en un ecosistema con pocos recursos, en los que se pasa hambre o frío, la *agresión* podría ser adaptativa. En otros ecosistemas,

*el anterior "comportamiento adaptativo" es considerado patológico. Finalmente, algunos ecosistemas, como los barrios más deteriorados de una gran ciudad, producen un mayor número de individuos con conducta desadaptada para la sociedad en general.*

6º La capacidad de adaptación de un individuo a su ecosistema es función de los recursos biológicos y psicológicos que posea y de las exigencias del propio ecosistema. Un ecosistema que tenga pocos recursos y mal distribuidos forzará a los individuos que vivan en él a comportamientos agresivos para disputarse dichos recursos, y en cualquier caso siempre habrá un gran número de sujetos que no lograrán sobrevivir adecuadamente, presentarán mayores problemas de salud, mientras que en un ecosistema más rico en recursos, las exigencias personales de adaptación son menores y el desajuste individual menos probable. De tal manera que podemos estudiar y comparar los distintos *ecosistemas por su capacidad para provocar personas desadaptadas*. Por poner un ejemplo, ambientes ruidosos, donde el espacio personal es muy limitado, donde la pobreza afecta a un número importante de habitantes, pueden producir mayores desajustes personales, problemas de salud física y psicológica que ambientes rurales en donde las limitaciones económicas sean semejantes.

7º Un individuo (organismo) se comporta respondiendo al medio o ecosistema, manipulando o modificando ese medio, intentando adaptarse teniendo en cuenta que la máxima prioridad son, para un mismo valor de refuerzo, *los efectos a corto plazo*. El grado de **autocontrol** que posea el individuo determinará la posibilidad de que considere los refuerzos a largo plazo. Todo ello significa que el individuo reacciona ante el medio, y por tanto su conducta es función del ecosistema en el que está inmerso, pero también este ecosistema se modifica en la medida en que los individuos actúan o se comportan en él. La *prioridad de los efectos a corto plazo* significa que si queremos entender o explicar el comportamiento de un individuo en un determinado medio o situación estimular y en un momento dado, deberemos estudiar los antecedentes y consecuentes inmediatos de dicha conducta, porque éstos explican la mayor parte de la varianza. Por el contrario, si el individuo es adulto, *posee un cierto grado de autocontrol*, es decir, no es excesivamente sensible al refuerzo a corto plazo, entonces entenderemos mejor su comportamiento actual si estudiamos sus esquemas básicos de funcionamiento, habilidades básicas o esquemas cognitivos.

8º El comportamiento no es más que el conjunto total de actuaciones de un individuo en un medio o ecosistema y, acotado dicho ecosistema en

cuanto a sus dimensiones, (familia cercana, barrio, ciudad o país) puede ser valorado en cuanto a la dimensión de **saludable**. Esto quiere decir que podemos calificar un comportamiento de saludable para un determinado contexto o medio, pero no sería adecuado valorar lo saludable de los comportamientos con independencia del ecosistema en el que se observan.

9º Los **comportamientos saludables** en un determinado medio a *corto plazo* no lo son siempre a largo plazo. Por ejemplo, conseguir atención y aprecio de los semejantes puede ser saludable a corto plazo, pero en algunos casos, por ejemplo cuando ésto se obtenga con comportamientos de "sumisión", podría ser poco saludable a largo plazo (un niño que obedece en todo a sus compañeros, sin criterios de actuación). Las adicciones son elocuentes en este aspecto. Por el contrario los **comportamientos no saludables** (enfermos) a *corto plazo* son prácticamente improbables en el repertorio de respuestas del individuo y su probabilidad es función del tiempo entre respuesta y daño.

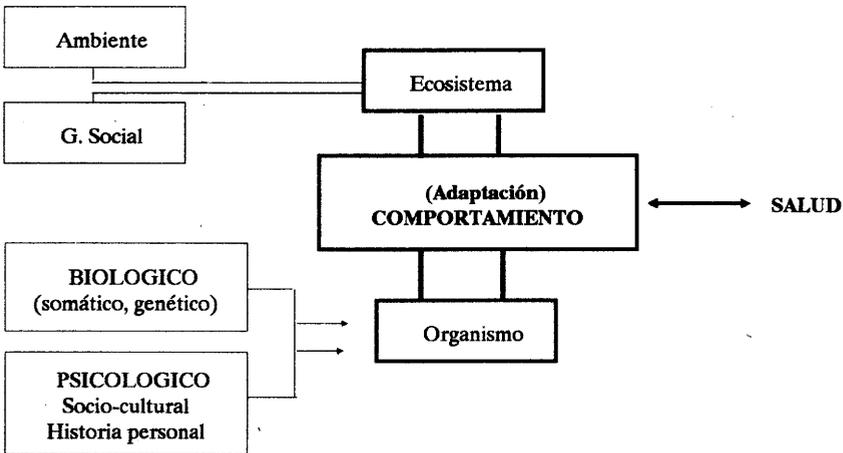
10º El comportamiento de un individuo no es uniformemente saludable o enfermo ni siquiera a corto plazo. Esto es, un comportamiento puede ser saludable y no saludable a la vez aunque podemos darle un "valor compendio de salud" (por ejemplo, usar medicinas con corticoides; fumar un porro, o tomar varias copas en una fiesta). Suele ocurrir en situaciones límite para el individuo en donde éste elige entre dos situaciones aversivas, o en donde la respuesta reforzante incluye castigo. En estos casos, los parámetros en los que se mueven dichas conductas son muy importantes.

11º La **salud** es el resultado del proceso de adaptación general de un individuo. Cuando la evaluamos en un determinado individuo siempre lo hacemos con referencia a un ecosistema con independencia de que lo explicitemos o no. Tomada como variable dependiente del proceso de adaptación de un organismo, la salud oscila a través del tiempo, con valores máximos y mínimos y depende de las variaciones del ecosistema y del grado y rapidez de adaptación del individuo. La enfermedad no es exactamente el mínimo alcanzado por un individuo en su curva de salud. No siempre se puede determinar de forma objetiva externa. La enfermedad se presenta en forma de *queja* por parte del individuo que la padece o del grupo cercano que sufre al etiquetado como enfermo y, de forma genérica, se queja de su incapacidad para adaptarse a los nuevos cambios en el ecosistema (incapacidad de afrontar la situación, bien sea una infección vírica o una pérdida económica).

La **Psicología de la Salud** surge en el marco de los supuestos que acabamos de enumerar, tratando de describir las variables del individuo y del ecosistema que inciden en el comportamiento y en la salud, e intentando construir un modelo que las relacione.

En la figura 2 se trata de representar las relaciones que se establecen entre ecosistema, organismo, comportamiento y salud en el modelo bio-psico-social. Comenzaremos describiendo cada uno de los elementos y posteriormente las relaciones que se establecen entre ellos. El **ecosistema** hace referencia al conjunto de situaciones estímulares en las que el sujeto está presente y ante las que reacciona tratando de adaptarse. La determinación del tamaño del ecosistema es importante y se puede considerar desde la calle en la que vive o el continente en que se ubica. Se señalan dos aspectos importantes del ecosistema en el diagrama:

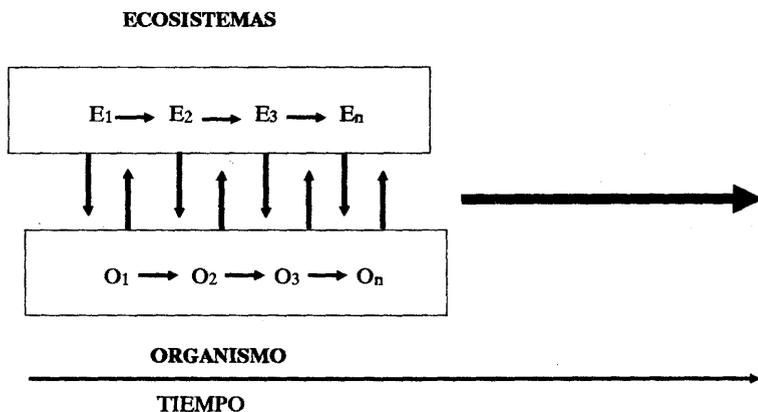
**Figura 2.- El modelo bio-psico-social. La salud es función del grado de adaptación del organismo a su ecosistema, a corto, medio y largo plazo (Santacreu, Márquez y Zaccagnini, 1989).**



El ambiente (características físicas del entorno) y el grupo social (porque se quiere poner de manifiesto la importancia de los grupos en los que está inmerso el individuo, familia, escuela, barrio, ciudad, etc.). El término elegido, *ecosistema*, trata de englobar las características relevantes que podemos encontrar en el medio estímular. En el **organismo** se resumen las características biológicas y psicológicas del individuo de forma integrada, relacionándose entre sí. Hemos querido señalar en el esquema, como aspectos más importantes de lo biológico, lo congénito y lo somático, y de lo psicológico, el aprendizaje entendido como conjunto de procesos y de experiencia, y dentro de este último apar-

tado, como historia personal y sociocultural. El organismo evoluciona y se va construyendo, pero en un momento dado de interacción con el ecosistema se pueden definir las características específicas que presenta (figura 3). Hemos señalado anteriormente que el comportamiento son las manifestaciones del organismo en su ecosistema en su intento de adaptarse, que en unos casos da lugar a una modificación importante del ecosistema (los menos) y en otros a un cambio en las concepciones psicológicas del individuo. La salud resulta del grado de adaptación a corto, medio y largo plazo del comportamiento de un individuo en un ecosistema.

**Figura 3.-** Se desea representar la evolución del Organismo a través del tiempo como fruto de la interacción con el medio, un medio que no es exactamente el mismo en la medida en que es modificado en cada respuesta por el sujeto.

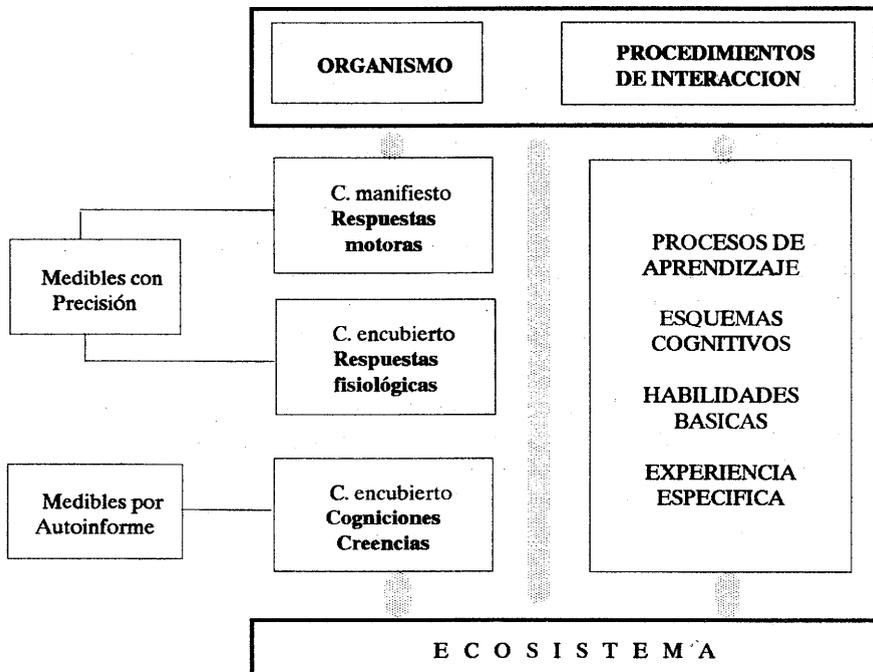


Así pues, el modelo **bio-psico-social** surge por que no es posible explicar todos los comportamientos del individuo desde un modelo centrado en el organismo. Este hecho, que es perfectamente reconocido en todos los modelos conductuales anteriores, se obvia en la clínica debido a la consideración de que el sujeto es un **enfermo**, un sujeto desadaptado, que necesita ser mejorado o reparado. El modelo clínico cognitivo-conductual del que partimos supone que el organismo se desarrolla biológica y psicológicamente, que aprende de su experiencia con el medio y que además integra y organiza esta experiencia de una determinada manera, hasta el punto de que se comporta como si se tratara de un individuo distinto conforme va pasando el tiempo, moldeado por su ecosistema. Con este planteamiento los psicólogos clínicos, mediante el *modelo cognitivo-conductual*, han intentado explicar y modificar el comportamiento no

saludable de aquellos que les pedían ayuda psicológica. Es evidente que los aspectos *biológico y psicológico* están perfectamente contemplados en este modelo, en cuanto que los aspectos fisiológicos, motores y cognitivos, se tienen en cuenta desde una perspectiva **psicológica** que lo integra (véase figura 4). Sin embargo los aspectos del ecosistema y en especial los aspectos sociales se descartan de la intervención clínica. Se considera que es a través de la participación política como se pueden y deben modificar dichos ecosistemas. Si se modifica el ecosistema del sujeto con la intervención clínica, es cómo resultado de la conducta de éste o de los cambios producidos por la misma.

### MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL

**Figura 4.- El modelo cognitivo-conductual intenta explicar el comportamiento anormal del individuo en un ecosistema dado y las razones de sus dificultades de adaptación a dicho ecosistema, en función de las características del organismo.**



Hemos de tener en cuenta que el comportamiento y el tipo de demanda de un individuo que pide ayuda, que se reconoce *enfermo*, se produce en una si-

tuación especial, que es la situación clínica. El modelo que pudiera ser útil para explicar y/o modificar su comportamiento es un modelo centrado en la persona, donde la "situación estimular" o el ecosistema es solo una pantalla ante la que el sujeto tiene que reaccionar. La situación clínica no tiene nada que ver con el comportamiento general de los individuos (que es lo que nos está interesando cuando estudiamos la salud) sino solo de aquellos que reconocen que su comportamiento no es saludable, que quieren modificar su propia conducta y no el ecosistema (por que estiman quizás que ello no es posible). Este modelo de explicación psicológica solo necesita conocer la descripción del ecosistema, las distintas caras que presenta, porque lo que interesa al psicólogo son *los patrones de interacción del paciente con su medio*. En algunos casos, para conocer la génesis del problema o la enfermedad, interesa la historia o *experiencia personal del sujeto* y, especialmente, conocer que comportamientos son desadaptativos y en que situaciones. Por otro lado, el *modelo cognitivo-conductual* en la **Psicología Clínica** se plantea con mucha más fuerza la modificación del individuo que desea terapia, que la explicación del comportamiento más allá del imperativo de modificarlo.

Así pues ¿qué aporta el estudio del ecosistema (físico y social) a la explicación general del comportamiento humano?. A nuestro modo de ver, el estudio del ambiente y de las condiciones sociales en las que vive un individuo, al tiempo que las características personales del mismo y su **interacción con el ecosistema**, permite explicar de modo más completo el comportamiento en cuanto a su **génesis** y, en consecuencia, permite elucidar cuales son las condiciones del ecosistema que facilitan en determinados sujetos la aparición de conductas mórbidas. A nuestro entender, el modelo que tratamos de describir en la figura 2 es el que mejor se adecúa a estas características y se ha dado en llamar, en la actualidad, el modelo **bio-psico-social**.

Queremos ante todo aclarar que queremos decir con que el modelo permite explicar la **génesis** de los comportamientos saludables o enfermos. En Psicología Clínica se suele estudiar la génesis de los problemas o de la enfermedad, pero al contrario de la *Psicología de la Salud*, el interés del terapeuta por la génesis no va mucho más allá del intento de satisfacer la curiosidad. Lo que importa al psicólogo clínico es conocer las variables que mantienen el problema, como reacciona el paciente ante la consideración de que tiene problemas, y como reacciona el entorno al identificar tales problemas en el paciente en cuestión. El objetivo del psicólogo clínico es "restaurar" al cliente, dejarle en las condiciones necesarias para que él, por sí mismo, pueda adaptarse, autocontrolarse, en un ecosistema que quizás sea facilitador de conductas desadaptadas. En el momento que va a pedir ayuda, el cliente se siente *desesperado*, incapaz de resolver el problema por si mismo, sin las habilidades o esquemas de actuación para afrontar las demandas del ecosistema, y la función

del terapeuta es facilitarle el aprendizaje de tales habilidades (Franks, 1984, Avia y Ruiz, 1985).

La *Psicología de la Salud* está interesada en la **génesis** de los problemas de forma central porque lo que le interesa realmente es la **prevención**. Pero conocer la génesis de los problemas, siendo importante, no lo es tanto como conocer porqué los sujetos se mantienen saludables. Conocer exclusivamente las características de los sujetos en su proceso evolutivo es insuficiente para conocer la génesis de la salud y la enfermedad, y por tanto para prevenir, ya que como hemos señalado las condiciones del ecosistema determinan en gran medida el *comportamiento adaptativo del sujeto*. Desde esta orientación no se asume que el problema consista en que algunos individuos tienen problemas de adaptación a priori, sino que, como ocurre con las drogas, no sabemos en que consiste el problema, aunque se hayan intentado numerosas soluciones.

## COMPORTEAMIENTO HUMANO Y SALUD

En el diagrama de la figura 2 se describe como funciona el modelo bio-psico-social y se señala que el *comportamiento son las manifestaciones de la interacción entre el sujeto y su medio*. El organismo se modifica a si mismo, evoluciona a través de la relación con el ecosistema. A través del comportamiento observamos los cambios que se producen en el individuo. El ecosistema tiene sus propios procesos de evolución, pero los *comportamientos* de los numerosos individuos que lo habitan constituyen una de las fuentes de evolución más potentes. Por otra parte, como ya hemos señalado, podemos calificar el comportamiento de un individuo como adaptativo en relación a un determinado ecosistema, que en cualquier caso es un sistema en evolución, está constantemente cambiando. En tal caso la virtud de la adaptación está en la rapidez de la adecuación al cambio, entre otras variables ya enumeradas.

¿Pero que entendemos por Salud?. La Salud no es algo relacionado y en oposición con la enfermedad (entendida como un trastorno orgánico), sino que desde la perspectiva de la *Psicología de la Salud*, y así lo entienden hoy organismos internacionales, como la O.M.S., el término hace referencia al *bienestar físico, psíquico y social de los seres humanos*. Como podemos observar, el término **Salud** se redefine hoy en día a la luz del modelo bio-psico-social; sin embargo, especificar que es el bienestar de un individuo resulta complejo (Breslow, 1972; Rodríguez Marín, 1987; Seeman, 1989). En cualquier caso podríamos acotar la cuestión en los siguientes términos:

1º La **salud** se puede evaluar a través de las manifestaciones del individuo, esto es, de su *comportamiento* (biológico, motor y cognitivo).

2º Todo comportamiento adaptativo puede ser calificado de saludable.

3º Los comportamientos no adaptativos, aunque en sí mismos no tiene porque ser calificados como *mórbidos*, si que conducen a comportamientos enfermos o a manifestaciones de enfermedad.

4º El comportamiento interactúa recíprocamente con la salud del propio individuo, de manera que el nivel de salud es, en parte, función del comportamiento del sujeto, y éste a su vez, está condicionado por las características psicológicas, biológicas y del ecosistema del propio individuo. Pero además hay que tener en cuenta que la salud se manifiesta a través del propio comportamiento.

5º La Salud, entendida como el bienestar de un organismo, es función de las características estructurales de éste (aspecto biológico), del ecosistema en el que está inmerso y en suma, de la estructura organizativa de su propia experiencia (aspecto psicológico), y como tal se manifiesta a través del comportamiento.

¿Pero como identificar el comportamiento saludable, y, sobre todo, como identificar el comportamiento precursor de lo saludable?. Téngase en cuenta que, como hemos dicho, algunas manifestaciones de lo saludable como comer o fumar, pueden ser precursores a largo plazo de la enfermedad. Por otra parte, cómo identificar comportamientos precursores de salud si el ecosistema es cambiante, y por tanto los comportamientos que hoy son precursores de salud en el futuro quizás no lo sean en absoluto.

Parece claro que nuestro objetivo en temas de salud ha de ser el estudio del comportamiento humano, en especial el estudio del comportamiento que no es precursor de enfermedad, y si resultara infructuosa esta búsqueda, por entender que son efímeros los conocimientos adquiridos, habría que identificar en aquellos individuos que manifestaron salud de forma permanente y duradera, cuales fueron sus normas de actuación o sus esquemas cognitivos. El objetivo de tal estudio es, en todo caso, la actuación preventiva.

El problema que plantea la prevención en general y, en especial, en el campo de la Salud, es que la actuación se ha de llevar a cabo cuando el problema (enfermedad) no existe como tal, y ello conlleva dificultades. Por ejemplo, tanto en Medicina como en Psicología, se han dedicado grandes esfuerzos a es-

tudiar la anormalidad, lo disfuncional y muy pocos al estudio de lo normal, lo funcional o lo sano, lo cual tiene diversas implicaciones:

A) En Psicología Clínica Conductual y en Medicina existen complejos y detallados modelos explicativos de la depresión, la obesidad, las fobias, la miopía, etc., tanto de su génesis como de su constitución como patología, y no existen modelos detallados que expliquen porque un sujeto no ha padecido depresiones, úlceras, escoliosis, etc. La Psicología de la Salud y la Medicina Preventiva, que se dedican a promover la SALUD, tienen que proponer modelos que expliquen el bienestar.

B) Conocemos el camino que se sigue desde la Salud a la Enfermedad, y con el tratamiento, el camino que se sigue de la Enfermedad a la Salud, pero no conocemos que hay que hacer para permanecer en la Salud.

C) La intervención en prevención, en su acepción más completa consiste en "obtener información con antelación del posible daño y actuar (prepararse) para impedir que aparezca definitivamente dicho daño". Obtener información con antelación equivale a conocer la génesis del problema y esto se puede conocer, entre otras cosas porque ha sido el objetivo de la Medicina y de la Psicología Clínica. Sin embargo, actuar (prepararse) desde el modelo bio-psico-social para impedir el daño, en el sentido de mantener la Salud que inicialmente se posee, es algo en lo que no se tiene experiencia y constituye el gran reto de las intervenciones en "Prevención".

D) Desde esta perspectiva la Prevención es el tratamiento o intervención que se lleva a cabo para mantener saludables a las personas. Sin embargo, aquí se plantea un grave problema, que consiste en que es muy difícil listar todas las acciones o comportamientos que facilitan o llevan a la SALUD, entre otras cosas porque son muchos, muy diversos, en algunos casos aparentemente opuestos, distintos según las personas y difíciles de imaginar dados sus efectos a largo plazo.

## **PSICOLOGIA CLINICA Y PSICOLOGIA DE LA SALUD**

Aunque nuestro interés nunca ha sido forzar una determinada definición conceptual de los términos correspondientes a este encabezamiento, si querríamos aclarar nuestra posición en un mar de distinciones conceptuales marcadas diferentes autores (Matarazzo, 1982; Taylor, 1986; Sarafino, 1990).

*A priori* nos reconocemos pretenciosos en nuestro objetivo, ya que muchos otros autores han fracasado en su intento de conseguir imponer su definición de Psicología Clínica y Psicología de la Salud al resto de los especialistas del área. Creemos que, como ocurre con otras disciplinas, estas *concepciones* se podrían imponer democráticamente en congresos o convenciones *ex profeso*. La Psicología es tan nueva que ni siquiera nos podemos poner de acuerdo en su objeto y metodología, ni tampoco lo pueden lograr algunas de sus muchas orientaciones o enfoques. Los psicólogos no hemos contemplado la necesidad de reunirnos y de acordar la definición de los muchos conceptos que utilizamos en nuestra disciplina (como hacen médicos, economistas o ingenieros).

En el caso de Psicología Clínica y Psicología de la Salud, el enredo conceptual es tan grande que el Colegio Oficial de Psicólogos en 1990, promueve una revista llamada "Psicología Clínica y de la Salud", en la que no se sabe si tal cosa forma una sola disciplina o si por el contrario se trata de la adición de ambas disciplinas, aceptándose artículos tanto de una como de otra.

Los conceptos de salud (física) y salud mental tan ampliamente utilizados refiriéndose al **objeto** de la disciplina psicológica y los **fin**es de la intervención psicológica, prevención o curación, están, a nuestro entender, en el meollo de la cuestión de la definición de la *Psicología de la Salud*. La cuestión de los métodos de investigación e intervención parece que es una cuestión alejada del problema conceptual, por cuanto la mayoría de los autores solo admiten como adecuada la metodología calificada de científica, que incluye tanto los métodos experimentales como los no experimentales y en donde lo importante es la utilidad de los métodos y estrategias de investigación en su aplicación a las llamadas *ciencias humanas*.

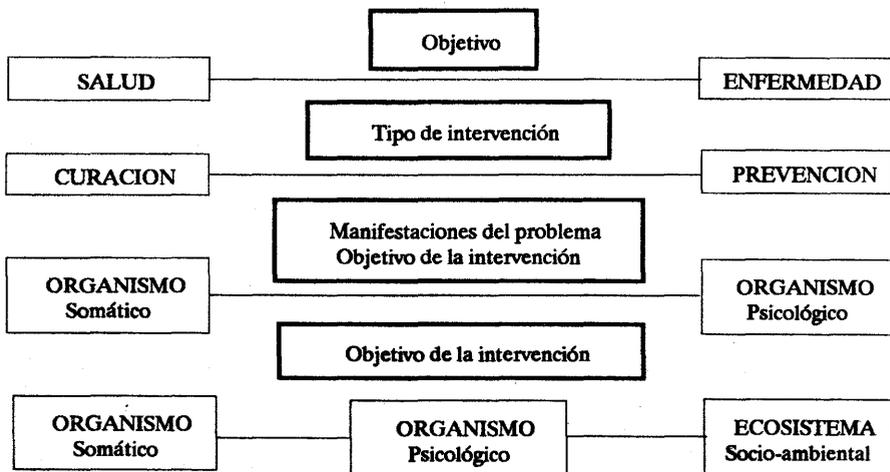
De acuerdo con la definición de la O.M.S., en nuestro planteamiento no cabe la distinción entre la salud física y mental. El modelo bio-psico-social que propugnamos hace referencia a las interacciones entre sujeto y ecosistema y al *comportamiento manifiesto* como una parte importante de esas interacciones. La salud hace referencia tanto a manifestaciones orgánicas como psicológicas, y la *adaptación* del organismo al ecosistema a través del comportamiento determina la salud.

Las relaciones entre salud física y psicológica o mental como resultado de un proceso de interacción (adaptación) han sido descritas en la mayoría de los casos como recíprocas, en el sentido de que la salud física ha influido en la psicológica (lo cual ha sido tradicionalmente admitido en el caso de traumatismos diversos y depresión), e igualmente la salud psicológica ha influido en la salud física (neurosis y úlceras de estómago, enfermedades psicosomáticas). En cuanto a las relaciones de la salud física y psicológica con sus antecedentes in-

mediatos, la mayoría de los especialistas han dejado de considerar, como causas relevantes de la salud, las variables importantes del ecosistema (físico) o del organismo (biológico) para pasar a tener en cuenta tanto las variables del *ecosistema y del organismo, en su conjunto*, como las de *interacción, es decir, el comportamiento*. El comportamiento de un individuo puede ser la cuestión relevante tanto en los casos de infarto de miocardio o úlcera (trabajo en exceso), como en los de caries dental (falta de higiene bucal), como en los de infecciones intestinales (higiene en la manipulación de la comida), como en la miopía funcional (abuso del trabajo a corta distancia), etc, y por tanto su estudio como antecedente o precursor de la salud y la enfermedad, es crucial.

En el diagrama 5 se pretende aclarar lo que pudiera ser el área de la Psicología de la Salud y de la Psicología Clínica, integrando disciplinas y campos profesionales muy distintos: la Medicina, la Sociología y la Psicología. Pensamos que la Psicología de la Salud abarca conocimientos que hoy por hoy poseen otros profesionales de la salud además de los psicólogos y que tales conocimientos no están relacionados con la patología general. Se podrían adoptar nombres para esta disciplina como Medicina Preventiva, Medicina Conductual (ya conocidos) o también Sociología de la Salud, Medicina de la Salud, etc, pero creemos que los aspectos psicológicos o comportamentales son la cuestión crítica, el vehículo de la *interacción* y, por ello y por la dedicación de los psicólogos a estos temas, quizás convenga adoptar el nombre de **Psicología de la Salud**, a pesar de las reticencias de los otros profesionales. Otra solución que seguro que plantería menos problemas interprofesionales sería hablar de **Salud**, como sustantivo y sin ningún otro calificativo o de **Ciencias de la Salud**.

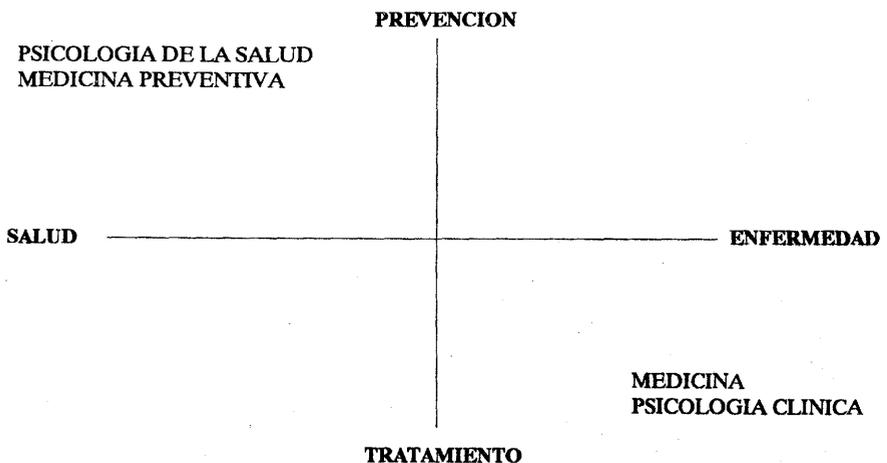
**Figura 5.- Dimensiones a tener en cuenta para distinguir conceptualmente la Medicina, de la Psicología Clínica, la Medicina Conductual, la Medicina Preventiva y la Psicología de la Salud.**



Entendiendo que la distinción cartesiana entre salud física y mental no tiene demasiado sentido, no asumimos que éste pueda ser el eje en cuyos extremos se situen ambas disciplinas, por mucho que la historia de la Psicología sugiera lo contrario. La distinción que, en el campo de la Psicología Aplicada, hacemos entre Psicología de la Salud y Psicología Clínica, hace referencia a la dimensión *curación-prevención*.

En este caso, basándonos en el modelo bio-psico-social que hemos descrito, en la definición de SALUD que hemos adoptado y en el marco de interdisciplinariedad que propone la OMS, proponemos considerar las dimensiones expresadas en la figura 6. De esta manera podríamos señalar que la Psicología de la Salud tiene como objetivo de estudio la **salud**, que el tipo de intervención es la **prevención**, que el tipo de manifestaciones que presente el problema que se quiere prevenir **no es excesivamente relevante**, (porque se estudia a los sujetos cuando están saludables y en la medida que se asume el modelo bio-psico-social se entiende que los eventos precursores no tienen por que estar relacionados con el tipo de manifestaciones del problema) y, finalmente, el objetivo directo de la intervención es tanto el organismo en su aspecto biológico (vacunación) como el psicológico (adherencia al tratamiento) como socio-ambiental (cloración del agua, desratización de una zona), considerándose que las acciones sinérgicas en los distintos sistemas son las que efectivamente tienen éxito.

**Figura 6.- En el diagrama se muestra la posición que ocuparía la Medicina y la Psicología según hicieran más hincapie en la salud o en la enfermedad, en el tratamiento o en la prevención.**



El objetivo o tema de estudio de la Psicología Clínica y de la Medicina en general es la **enfermedad**, el tipo de intervención está centrado en la **curación**. En el primer caso las manifestaciones pueden ser de índole psicológica o somática, mientras en el segundo suelen ser exclusivamente somáticas. Finalmente ambas disciplinas se dirigen al organismo como objetivo de la intervención en su aspecto más psicológico o en su aspecto más biológico o somático. Este sería el planteamiento más opuesto a la Psicología de la Salud. La Medicina Preventiva sin embargo, coincide en casi todas las dimensiones con la Psicología de la Salud, haciendo hasta ahora mucho menos hincapié en lo psicológico. La Medicina Conductual tal como la entienden un buen número de autores (entre los que nos contamos) tiene más interés en los aspectos de la enfermedad que en los de salud y, por consiguiente, la intervención es también de tipo curativo. El objetivo de la intervención se centra en el organismo, pero dirigiéndose primordialmente a los aspectos psicológicos de éste, mientras que las manifestaciones de los problemas sobre los que interviene son de tipo somático.

## REFERENCIAS

Avia, M.D. y Ruiz, M.A. (1985): Psicoterapia y curación. **Revista de Psicología General y Aplicada**, 40, 4: 793-810.

Breslow, L. (1972): Quantitative approach to the World Health Organization Definition of Health: Physical mental and Social Wellbeing. **International Journal of Epidemiology**, 1: 347-355.

Engel, G.L. (1977): The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. **Science**, 196: 129-136.

Engel, G.L. (1980): The clinical application of the biopsychosocial model. **American Journal of Psychiatry**, 137: 535-544.

Feist, J. y Brannon, L. (1988): **Health Psychology: An introduction to behavior and health**. Belmont, CA, Wadsworth Publishing Co.

**Franks, C. (1984): On Conceptual and Technical Integrity in Psychoanalysis and Behavior Therapy: Two Fundamentally Incompatible Systems. En H. Arkowitz y S. Messer (Eds.): Psychoanalytic Therapy and Behavior Teraphy. Is Integration Possible? New York: Plenum Press.**

**Leigh, H. y Reiser, M. (1985): The patient: biological, psychological and social dimensions of medical practice. New York: Plenum Press.**

**Matarazzo, J. (1980): Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a new health Psychology. American Psychology, 35: 807-817.**

**Matarazzo, J. (1982): Behavioral health's challenge to academic scientific and profesional psychology. American Psychologist, 37: 1-14.**

**Santacreu, J.; Márquez, M.O. y Zaccagnini, J.L. (1989): Estudio sobre definición conceptual y marco teórico para el desarrollo de intervención preventiva en drogadicción. Documento sin publicar. Madrid: Comunidad Autónoma de Madrid.**

**Sarafino, E.P. (1990): Health Psychology: Biopsychosocial Interactions. New York, John Wiley & Sons, Inc.**

**Seeman, J. (1989): Toward a model of positive Health. American Psychologist, 44, 8: 1099-1109.**

**Schwartz, G.E. (1982): Testing the biopsychosocial model: The ultimate challenge facing behavioral medicine? Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50: 1040-1053.**

**Taylor, S.E. (1986): Health Psychology. New York: Random House.**

## **MEDICINA, PSICOLOGIA DE LA SALUD Y PSICOLOGIA CLINICA**

**Marino Pérez Alvarez**

*Departamento de Psicología.  
Universidad de Oviedo.*

### **RESUMEN**

Se discute el estatus de la psicología de la salud en relación con la medicina y la psicología clínica. Reciben particular atención las nociones de **salud y enfermedad**. Por lo que respecta a la salud se propone una noción unitaria, y en cuanto a la enfermedad se pone de relieve su carácter heterogéneo. Se concluye que la psicología de la salud se diferencia en calidad de especialización profesional definida sobre todo por su orientación hacia las consecuencias fisiológicas de la conducta.

*Palabras clave:* Enfermedad, salud, psicología de la salud.

### **ABSTRACT**

In this paper, the health psychology status in relation to medicine and clinical psychology is discussed. It is paid especially attention to the concepts **health and illness**. Health is defined in an univocal sense, so the contrary, it is

point out the heterogeneous meaning of illness. It is concluded that health psychology is different of clinical psychology in professional especialization degree, characterized by its concern with the physiological consequences of behavior.

*Key words:* illness, health, health psychology.

## **MEDICINA, PSICOLOGIA DE LA SALUD Y PSICOLOGIA CLINICA**

La psicología de la salud viene a constituir un nuevo campo de investigación científica y de dedicación profesional. Por ello mismo, se ha de suponer que su situación sea problemática. Aunque ciertamente el campo temático no es reciente, sin embargo es verdad que su espacio ya estaba ocupado (lo que sin duda añade complicación). Por un lado, por la medicina clínica, que no siempre ha descuidado el factor psicológico en la enfermedad y la salud y más o menos se las ha arreglado sin psicólogos (aunque quizá no sin la psicología). Por otro lado, por la propia psicología, bien la psicología clínica cuyo nombre y modelos ya sugieren la intromisión médica o bien otras disciplinas, como son precisamente la medicina psicosomática, la psicología médica y la medicina conductual.

La cuestión es que la psicología de la salud participa necesariamente de ambos campos, pues sino difícil sería ver su vinculación con la medicina y se habría de suponer que es otra psicología, por lo que a la psicología clínica se refiere. Pero se dice que tiene un campo propio. Entonces, se percibe que la condición problemática tenga que ver con sus relaciones con esas disciplinas entre las que se abre paso. Lo que se va a hacer aquí es plantear esa situación. Se extremarán las diferencias para después contemplar las relaciones.

### **I.- LA PSICOLOGIA DE LA SALUD EN RELACION CON LA MEDICINA**

Primeramente, se constata la situación de hecho relativa a los intereses de la psicología en la salud, después se señalan los problemas concernientes a sus implicaciones en el campo biomédico, para terminar con la propuesta de una esencial distinción entre la psicología y la medicina como mejor manera de entender sus relaciones. Se apuntan unos ejemplos que ilustran estas relaciones precisamente en supuestos extremos.

## 1. La situación.

Se puede establecer como una cuestión de principio que cualquier enfermedad tiene alguna participación psicológica. Aunque sólo fuera porque la enfermedad dada ya es una circunstancia que interviene en los asuntos de la vida. Pero la situación también puede ser que las circunstancias psicológicas influyan en la aparición de la enfermedad, en su curso o en las condiciones del tratamiento y recuperación. No es necesario que se trate de una etiología psicológica. Es suficiente para su consideración el que situaciones y estados psicológicos coparticipen en su proceso. Habría que admitir incluso que tal participación sea de decimales, de modo que los enteros fueran una cuestión estrictamente médica. Si fuese así, de todos modos los decimales también cuentan. Por lo demás, el organismo es de un paciente, y la medicina clínica por supuesto trata con él.

Por lo mismo que los factores psicológicos pueden ser cómplices de la enfermedad, así también son aliados de la salud, tanto como protectores como coadyuvantes de la curación. Es más, ello quizá no ya sólo por el beneficio que suponga eliminar los factores negativos, sino por su aportación positiva, como condiciones saludables. No en vano la disciplina comprometida en estas cuestiones se denomina precisamente *psicología de la salud*. Naturalmente, estos no son más que enunciados de principio, que si acaso se habrían de especificar en cada supuesto.

Como una cuestión de hecho, la psicología de la salud constituye un campo de investigación y profesional, ya organizado, sin perjuicio no obstante de las dificultades que presente en cuanto a su definición. Lo que se quiere decir ahora es que las prácticas y el contexto de la llamada psicología de la salud existen. Sin duda efectivamente hay que reconocer un conjunto de contribuciones educativas, profesionales y científicas por parte de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la enfermedad, a la identificación de factores correlacionados con la enfermedad y la salud, y disfunciones asociadas, así como al análisis y mejora del sistema sanitario y de la política de la salud. Revistas especializadas y numerosos manuales con el título de *psicología de la salud* dan buena cuenta de los contenidos de esa definición por extenso, ya convencional.

La situación es ésta, la psicología participa en la enfermedad y la salud, y los psicólogos han organizado un campo científico y profesional que entiende en ello. ¿Cuál es el problema?

## 2. El problema.

Un problema es de naturaleza conceptual, pero no por ello excusable. Antes bien, supone que las prácticas son ellas mismas problemáticas en algún punto. El punto problemático concierne a la relación entre el ámbito de la psicología y el ámbito de la fisiología. Dos géneros de materialidad distintos, el de la naturaleza física y el de la cultura, y sin embargo inseparables. Dos campos científicos diferentes, el biomédico y el conductual, pero con intereses interpuestos. En fin, dos tipos de prácticas profesionales particulares, de todos modos en mutua recurrencia. No es otro, en efecto, que el sempiterno problema de las relaciones entre la mente y el cuerpo, entre la *psyche* y la *physis*. Por eterno que sea, no deja de complicar aquí y ahora las tareas de la psicología en relación con la medicina. Cuando se habla de las implicaciones de la psicología en la enfermedad, el asunto remite a la cuestión de cómo la mente interviene en el cuerpo (y en su caso, al revés). ¿Cómo es que el espíritu altera la materia? ¿Cómo es que cierta manera subjetiva de percibir el mundo altera los procesos fisicoquímicos del cuerpo? ¿Las inquietudes del alma desasosiegan el corazón? ¿Las preocupaciones descompensan el sistema cardiovascular?

El problema ciertamente no es baladí. De hecho recibe varias soluciones, sean elaboradas o trámites de paso. El caso es que las soluciones mismas podrían ser problemáticas.

Unas veces se ha asumido la yuxtaposición *psyche/soma*. De esta manera se ha supuesto un aparato psíquico con una dinámica propia, como estando acoplado a un *soma* que podría **padecer** sus psicopatologías. Si bien esta solución psicósomática (en la tradición freudiana) ha tratado de mantener el ámbito psicológico en sus propios términos, sin embargo su definición de los mismos ha sido **delirante** respecto a los procesos somáticos. En consecuencia, lo que principalmente ha aportado a la medicina ha sido psicología ficción. Es cierto no obstante que no ha dejado de atinar en algunas correlaciones psico-somáticas, pero aún así ha oscurecido los mecanismos de la co-relación.

Otras veces se ha asumido la unificación *psyche/physis*. Naturalmente, lo que se trata de ver es un proceso unitario, y en este sentido es una solución **obvia**. De acuerdo con ello, lo que se tiene entre manos sería un proceso psicofisiológico. Ahora bien, al establecer esto, lo que quedaría mal-tratado es el aspecto psicológico, al incorporarlo en el ámbito fisiológico, esto es, al darle **cuerpo** fisicoquímico, cuando la realidad psíquica tiene una objetividad distinta a la física, al ser de distinto género de materialidad. Cuando la solución psicofisiológica se ofrece integrada en la teoría de sistemas, se gana, cómo no, la presencia de otros ámbitos del lado del mundo psicológico como son el social y cultural. Sin embargo, hay varios inconvenientes en este planteamiento aparen-

temente tan razonable. Por un lado, su emergentismo, cuando presenta un sistema compuesto de subsistemas de abajo-arriba, de la química de la vida a la vida en la cultura, suponiendo que el siguiente es más complejo que el anterior. A parte de que es mucho suponer que, póngase por caso, el *sistema* de una familia sea más complicado que el *sistema* de una célula, sugiere que los sistemas superiores emergen de los más básicos, lo que también es excesivo. Por otro lado, su **confusionismo**, al relacionar todo con todo (pero del todo), que más allá de representar la organización de variables relevantes a un campo, resulta en ocasiones efectivamente más confuso que clarificador.

Finalmente, también se ha asumido una suerte de separación en paralelo, consistente en situar la mente y el cuerpo en planos autónomos. Esta solución es precisamente la que se pretende superar, pues es aquélla en la que se considera que la enfermedad tiene sus leyes internas (*internistas*) ajenas a las circunstancias sociales.

La cuestión es sin embargo que se trata de dos campos bien distintos, pero que al mismo tiempo constituyen una unidad funcional.

Otra problemática viene de parte de las prácticas profesionales. Las dificultades conceptuales antes enunciadas se ven ahora en la práctica. Ante todo, hay que apreciar que la formación del psicólogo y la del médico son distintas, en función de la diferencia de sus géneros, a que se ha hecho referencia. Naturalmente, esto no es el problema. La situación problemática está o puede estar en la puesta en común, en la complementación de competencias. Aquí (dada por supuesto la buena voluntad) está la distinta *mirada clínica* del médico y del psicólogo. Uno dentro del cuerpo, en el espacio físico, y el otro en las circunstancias personales, en el tiempo biográfico. Y el caso es que ninguna de ellas totaliza el asunto.

Para el médico es difícil de ver el **proceso psicológico** debido a su formación probablemente **sesgada** en cuanto a carencia de perspectiva holista y a que, como es natural, tiene que atenerse a la posible condición física identificada, aparte quizá una deficiente preparación psicológica. Por su lado, el psicólogo tampoco está en buena disposición para ver el proceso fisiológico, debido también a su formación en otro sentido, de manera que no es fácil que su intervención psicológica en tal dirección sea específica. De hecho, a menudo, no se hacen más cosas que las genéricas que siempre vienen bien, y tal vez lo peor que pueda pasar es que no suceda nada.

El punto es que el médico ha asumido históricamente en su práctica este aspecto que ahora se figura como psicológico. Porque, la propia práctica médica de alguna manera ya incorpora la función psicológica. Aparte el que hoy día

la función psicológica suponga una especialización que desborde la psicología que figura en la carrera médica, el punto es que lo que puede ofrecer el psicólogo tiene que darse en un campo ya ocupado, que incluso se pueda percibir a sí mismo como autosuficiente.

### 3. La propuesta.

Se excusa decir que una solución plenamente satisfactoria a la problemática planteada, desborda el alcance de este escrito (y aún sería mucho conceder que su autor pudiera hacerlo contando con espacio suficiente). Puesto que tampoco se debe dejar de lado la cuestión, se propone un criterio que pueda ser útil para abrirse paso en esta problemática.

Ante todo, se habría de tener claro que el ámbito de la ciencia médica y el de la psicología son distintos. Mientras que el primero se organiza en torno a los procesos fisicoquímicos tomando la célula como unidad, cuyas relaciones en todo caso se dan en la escala de la contigüidad (por contacto **proximal**), la psicología se organiza en torno a la conducta de acuerdo con las circunstancias, cuyas relaciones tienen un carácter fenoménico, **distal**, definido por la funcionalidad en y debida al ambiente cultural.

El tipo de relaciones por contigüidad o a distancia, fisicoquímicas o fenoménicas, proximales-distales, aquéllas dadas en el cuerpo como organismo, y éstas en el individuo como persona, constituyen el rasero que diferencia esencialmente el ámbito biomédico y el psicológico. Una referencia a la práctica profesional puede ilustrar esta diferencia. Intervenciones típicamente médicas consisten en administrar una sustancia o medicamento, hacer una operación quirúrgica o modificar una función mecánica, mientras que las psicológicas consisten en cambiar alguna condición ambiental respecto a modificar alguna conducta, decir algo para situar al individuo en otra perspectiva ante sus circunstancias, o llevar a cabo cierta práctica conductual con algún interés relativo a aprendizaje.

Un supuesto de la investigación científica también calibra esta diferencia. Sea por ejemplo una investigación en la que se trate de ver el efecto en la secreción salivar de una sustancia aplicada sobre la lengua (de un perro). El investigador coloca tal sustancia en determinado sitio y mide la actividad glandular. El tipo de efecto esperable, debido a alguna conexión nerviosa conocida o que acaso se trate de identificar o precisar, posiblemente se llame *respuesta refleja*. En todo caso, tanto la operación científica como el proceso fisiológico implicado se dan en el plano de la contigüidad. Supóngase ahora que la secreción ocurre antes de que la sustancia llegue a contactar la lengua, por ejemplo, cuando el científico se dispone a hacer el experimento que viene ensayando. La

respuesta fisiológica puede ser la misma, pero la operación que la produce ahora es distinta. Esta respuesta se ha producido *a distancia*, en la escala perceptiva (fenoménica) del sujeto experimental. A este resultado que efectivamente se ha dado en un laboratorio de fisiología digestiva, lo llamó Pavlov *reflejo a distancia* y finalmente *reflejo psíquico*. El estudio de las condiciones de este efecto consiste en presentar ciertos estímulos (por lo general visuales o auditivos), según determinadas relaciones temporales respecto de la aplicación de la sustancia, y de acuerdo quizá también con otros arreglos ambientales.

Es decir, la respuesta fisiológica se construye ahora en virtud de la presentación *a distancia* de ciertos estímulos dentro del contexto de haber aplicado las sustancias *por contigüidad*. Nótese que la operación del científico se da en el plano fenoménico, como relación distal, según ciertas manipulaciones del ambiente. Estas operaciones son psicológicas, y el efecto fisiológico si se quiere denominase psicofisiológico. Pero la cuestión es que las operaciones psicológicas que crean esa respuesta no sólo son bien distintas a las que lleva a cabo el fisiólogo para su producción natural, sino que el tipo de relaciones implicadas en el efecto son también diferentes, precisamente, debido a la condición contigüa-distal, esto es, física-psíquica. Así que, el tipo de relaciones (ontológicas) implicadas en la realidad y de operaciones (epistemológicas) llevadas en la práctica científica son bien diferentes.

Otorgar al fenómeno **psicofisiológico** una entidad mental, al suponer una actividad psíquica interior medio confundida con el cerebro, no sólo no aclara nada, sino que desvía la atención del sitio en el que efectivamente operan las condiciones psicológicas. El propio efecto ya de entrada llamado *psicofisiológico* lleva a suponer una relación físico-contigüamente estrecha entre lo que sea psicológico y fisiológico, como si se tratara de algo cual *relé* entre la mente y el cerebro, es decir, entre la cosa extensa y la cosa pensante. Nada más lejos de eso. Por el contrario, reconocer las esenciales diferencias entre ambos planos puede dar una mejor disposición para entender sus relaciones.

El asunto es que las condiciones psicológicas pueden tener consecuencias fisiológicas, incluyendo algunas con importancia médica, para decirlo de la manera que lo hiciera Skinner, (Gil Roales-Nieto, 1991). Lo que interesa aquí es identificar las circunstancias personales respecto a determinadas implicaciones corporales. Las circunstancias psicológicas suponen un análisis funcional de acuerdo con el contexto biográfico, y por lo que respecto a los posibles efectos fisiológicos, se trataría de asegurar su covariación y de identificar las conexiones que la permiten.

El que los asuntos psicológicos tengan efectos fisiológicos ya no es un asunto psicológico. Su condición de posibilidad remite a una consideración

evolucionista, donde el organismo forma parte de una unidad funcional con el ambiente. La conducta forma parte de esta adaptación, sin perjuicio de que en ciertas circunstancias tenga efectos que en un momento dado sean trastornos. Así pues, lo psicológico está integrado en el proceso salud-enfermedad, pero tener presentes las diferencias facilita la cooperación.

Dicho esto, la cuestión no es duplicar los profesionales ni repartir al paciente, sino considerar el doble plano de la atención pro-salud, que puede ser llevado por un único profesional. Aquí, hay que reconocer que la situación estándar remite al médico. La medicina ha ocupado efectivamente el campo de la salud-enfermedad, y en este sentido ha asumido de una u otra manera el aspecto psicológico. Aunque las ciencias médicas se han organizado como es natural en torno a la physis, la medicina clínica ha atendido la condición psicológica, siquiera con su preocupación por la relación médico paciente y el reconocimiento del efecto placebo. De todos modos, el interés biologicista, quizá haya ido en detrimento de la consideración psicológica. El caso es que hoy día la situación se plantea de otra manera. El mayor re-conocimiento de enfermedades ligadas a las condiciones de la vida y la especialización médica, junto con aportaciones por parte de la psicología, han creado unas condiciones más propicias y efectivas para el campo de lo que ya viene constituyéndose como Psicología de la Salud.

Con todo, no es cuestión de que el médico y el psicólogo tengan necesariamente que trabajar juntos y ver ámbos al paciente. Eso puede ser en algún supuesto. Una condición más general quizá sea que el médico cumpla también el papel psicológico, de manera que, además de innovarse su formación en esa medida, el psicólogo figurara como asesor o consultor. Otra situación podría ser la actuación directa del psicólogo haciéndose cargo del proceso clínico, siendo ahora el médico el consultor. Aparte del cambio en ciertas estructuras para estos relativamente nuevos papeles, sería necesaria también una formación psicológica más médicamente orientada. Todo ello contando con que, al menos, no se tenga una teoría oscurantista de las relaciones mente/cuerpo. Es cierto, sin embargo, que hay papeles del psicólogo en la salud en los que esta cuestión no es decisiva, como por ejemplo en la facilitación de la adhesión al tratamiento médico.

Con lo dicho, únicamente se ha pretendido sugerir que las relaciones entre la psicología y la medicina, incluyendo la cuestión de la mente y el cuerpo se entienden mejor al considerar sus esenciales diferencias (ontológicas y epistemológicas). La unidad que se ha de asumir tiene un carácter dialéctico, esto es, se trata de un par conjugado, tal que uno no se reduce al otro, pero se piden y suponen mutuamente. La unidad dialéctica no confunde psique y soma, sino que considera que uno y otro aspecto son momentos distintos de un continuo,

en el que o bien es de *mirada* médica, de acuerdo con el concepto dialéctico de *regressus* a la estructura fisicoquímica, o bien de *escucha* psicológica, según un *progressus* hacia el organismo como individuo, (Pérez Alvarez, 1990, p. 22-23).

#### 4. Ejemplos extremos.

Precisamente, el hacerse cargo de las esenciales diferencias entre la mente y el cuerpo, permite comprender las implicaciones psicológicas en las enfermedades más alejadas de una consideración **psicosomática**, aquéllas que se ofrecen en verdad como **contramodelo psicofisiológico**.

Uno de estos supuestos extremos vendría dado por una enfermedad infecciosa. Hablar de **psicología de la infección** casi parece un despropósito. Pues, el proceso infeccioso se ha constituido como modelo de enfermedad típicamente médica, con su etiología, curso, pronóstico y (si acaso) tratamiento específico, y autónoma por tanto del contexto psicológico. Pues bien, ciertas condiciones psicológicas influyen en el curso de la infección, sin que para nada la infección tenga una naturaleza psicológica.

Dada la infección, las situaciones de estrés según sea la forma del individuo para afrontarlo, pueden disminuir la capacidad inmunitaria (a través de respuestas neuroendocrinas), de modo que el proceso infeccioso tenga su curso facilitado. Aún tal condición puede hacer vulnerable al individuo para **coger** la infección (por ejemplo, una gripe). Aunque la investigación deba todavía especificar más las variables implicadas y los mecanismos, es evidente que la patología infecciosa esta asociada a la situación psicológica, (Cohen y Williams, 1991). Es decir, las circunstancias psicológicas, dadas en el campo fenoménico, tienen repercusiones fisiológicas, en este caso, en la capacidad inmunitaria. Ciertamente, ello es posible dentro de unos límites estrechos, cuando la capacidad inmunitaria y el huésped patógeno estén en equilibrio, (Pérez Alvarez, 1990, p. 66). La cuestión es que el análisis de la implicación psicológica en la enfermedad infecciosa requiere el reconocimiento del doble plano ontológico y epistemológico a que se ha hecho referencia. Por su parte, la posible colaboración clínica médico-psicológica remite a la **unidad dialéctica** cuerpo-paciente, también en el sentido apuntado.

En particular, las infecciones de herpes víricos ofrecen una condición extremadamente interesante, por el aspecto de alternarse fases latentes y manifiestas, probablemente intervenidas en alguna medida por circunstancias psicológicas. En este sentido, el herpes virus presenta uno de los supuestos **psico-biológicos** de máximo interés para un análisis epistemológico.

Otro ejemplo extremo sería la **psicología de la diabetes**. Se trata de un proceso metabólico autónomo dañado en su estructura, y sin embargo con un cierto (y aún decisivo) interés psicológico. El asunto es que la autorregulación dañada del metabolismo de la glucosa puede suplirse artificialmente mediante determinadas prácticas llevadas por el propio paciente. El paciente puede aprender a medir el nivel de glucosa en sangre (y aún a discriminarlo a partir de ciertas claves ambientales), a autoadministrarse la insulina que se requiere en el momento y a combinar dieta y ejercicio físico, de tal manera que haga **por fuera** lo que el páncreas no puede cumplir. Se diría que una autorregulación conductual suple la autorregulación fisiológica, (Wing, Epstein, Nowalk, y Lamparski, 1986). Una enfermedad para nada **psicosomática**, como la diabetes, tiene en su tratamiento **momentos psicológicos** decisivos. Casi se podría decir que se convierte en una situación psicológica, donde la regulación conductual sobre-pasa la regulación metabólica.

## II.- LA PSICOLOGIA DE LA SALUD EN RELACION CON LA PSICOLOGIA CLINICA.

Se constatan en primer lugar los compromisos de la psicología de la salud con la psicología clínica, luego se discuten las nociones de enfermedad y de salud, para proponer al final una noción unitaria, de manera que las diferencias entre estas disciplinas psicológicas resultarían debidas a la especialización profesional, en vez de a las realidades distintas que fueran la salud mental respecto de la salud física. Igualmente, unos ejemplos seleccionados pretenden ilustrar la **fluidez** entre uno y otro campo.

### 1. La situación.

La psicología clínica preexiste a la llamada psicología de la salud, de modo que ésta se ha de situar respecto de aquélla, que en todo caso mantiene su estatus. Es más, la psicología clínica aún contando con sus variantes, ha creado en buena medida el estatus de la psicología, que si bien cada vez más diversificada, en su día era fundamentalmente *clínica*, esto es, interesada en el campo de la salud. Ciertamente se refería a la salud psíquica, en torno a la psicopatología, que finalmente también se denominaría salud mental. Pero, como cuestión histórica decisiva, la psicología clínica delimitó de la medicina, en particular de la neuropatología, una definición psicológica de trastornos hasta entonces dados como enfermedades neurológicas. La figura de Freud tiene que ser destacada en este sentido. Es verdad también que esta definición psicológica arrastró la lógica médica, como así es no sólo en la psicopatología de corte psiquiátrico, sino en el psicoanálisis, y por supuesto en la superposición de ambos.

(Otras teorías tratarían de redefinir este campo en términos comprometidos con la tradición de la psicología experimental, constituyendo la modificación de conducta).

Por lo demás, la psicología clínica se hizo cargo de trastornos médicos que resultaron ser de naturaleza psicológica, las llamadas enfermedades funcionales, y consideró también las repercusiones médicas de algunos trastornos psicopatológicos. Ello concerniría a la medicina psicosomática, y también a la psicología médica. Lo que se quiere decir es que la psicología clínica dió cuenta también de la temática psicológica de importancia para el contexto médico. En buena medida, sin duda, la contribución de la psicología a la medicina se ha construido principalmente en la psicología clínica.

Así pues, hay que reconocer el contexto de la psicología clínica en el desarrollo de la psicología de la salud. La cosa podría ser que ahora la temática de la psicología de la salud sobrepase el dominio de la psicología clínica tradicional. Porque, si el espacio psicológico se ha extendido hacia (o quizá mejor *sobre*) el campo médico, también es cierto que la temática fundamental de la psicología clínica se mantiene. Por decirlo así, el tema de las psicosis y de las neurosis sigue vigente en sus términos psicopatológicos. La cuestión es que hoy se reconocen más consecuencias médicas de circunstancias psicológicas.

## 2. El problema.

El problema viene dado precisamente por las peculiares relaciones y delimitaciones de la psicología de la salud respecto de la psicología clínica. La pregunta sería en qué medida son dos campos diferenciables o acaso uno sea extensión del otro. Esta problemática tiene al menos dos zonas de interés. Una se cifraría en torno a las nociones de salud mental y salud física (esta última autotofreciéndose a menudo como *salud*, sin más adjetivos). ¿Qué entidad tiene esta distinción? Otra haría referencia a las prácticas profesionales. ¿Se autoreconocen los psicólogos en la diferencia? Aquí únicamente se van a plantear algunos aspectos de esta temática, de la que se excusa decir que es bien delicada.

Aunque esté en circulación la doble consideración de la enfermedad (mental y física), y la correspondiente tomando como referencia la salud, no se ha de ocultar que una tal distinción parece como mínimo problemática. La mayor parte de los supuestos presentan un perfil confuso, siendo relativamente rebuscados los que parecen definidos, sin dejar en último extremo de presentar dificultades.

La cuestión es la siguiente. De acuerdo con las relaciones de la medicina y la psicología que se han asumido, resulta que la salud (y por su lado la enfer-

medad), refiriéndose al campo médico, participa en alguna medida y en cierto momento del aspecto psicológico. En coherencia con esta implicación no se podría decir estrictamente que hubiera salud en sentido médico. Toda salud lo sería también mental. Ahora bien, sería excesivo identificar la salud definida por el médico, como *salud mental* en atención al aspecto psicológico considerado y porque fuera entonces una noción comprensiva, que ya incluyera la condición fisiológica. Por lo demás, la noción tradicional de salud mental remite a otras figuras, que en principio no tienen necesariamente por qué compartir un compromiso médico. En consecuencia, se podría identificar la *salud* de la tradición médica sin más calificativos (suponiendo incorporado el aspecto psicológico). Sin embargo, dado el contexto de la distinción, en el supuesto de **enfermedad mental**, ya no se daría tampoco la salud en términos médicos, puesto que no existiría un bienestar general. Entonces, en un sentido médico especializado, habría que retornar a una noción fisiológica, definitoria de por sí, al margen del aspecto psicológico (que sería el trastornado). Otras situaciones todavía añaden más dificultad. Por un lado, puede ser que alguna perturbación psicológica precipite el disfuncionamiento fisiológico, en cuyo caso estarían perjudicados ambos tipos de salud. Incluso, se puede dar la circunstancia de que ciertas condiciones psicológicas resulten problemáticas únicamente por sus consecuencias fisiológicas. En efecto, algunas pautas conductuales que forman parte de la adaptación social, pueden sin embargo repercutir negativamente en términos de alguna alteración física, en virtud de la cual aquéllas serán objeto de preocupación. Así, por ejemplo, el estilo de conducta *tipo A* sin duda es una pauta adecuada a ciertas demandas sociales, pero su implicación en la enfermedad cardíaco-coronaria la convierte en un objetivo clínico, de modo que si no fuera por sus consecuencias en la patología cardiológica no constituiría un problema. Pues bien, sería excesivo considerar a tal estilo de vida como una enfermedad mental. Su importancia tiene que ver ante todo con la salud del corazón, de modo que si acaso sería un asunto de la salud física. Pero es un asunto de salud física muy peculiar, puesto que tiene un carácter psicológico.

Por otro lado, una perturbación física se convierte a su vez en una circunstancia psicológica constitutiva de una merma de la salud mental. Sin embargo tal perturbación no puede decirse que sea mental por oposición a física. Si acaso, tiene una forma psicológica (ansiedad, depresión, preocupaciones), pero es solidaria del estado fisiológico, al que incluso agrave.

De cualquier manera, ¿en virtud de qué criterio se puede decir que se trata de una enfermedad física o mental? Más cabalmente se entendería como enfermedad física y mental, y entonces, ¿por qué no enfermedad sin más? Lo mismo, referido desde el lado de la salud. De esta manera se tendría una concepción de la salud definida en términos positivos (frente a la noción negativa,

por ausencia de enfermedad), y globales (en vez de las parcelaciones tradicionales).

Cabe sin embargo invocar situaciones límite, de todos modos no exentas de dificultades. Una vendría dada por el supuesto de una condición fisiológica de enfermedad que no esté dentro del campo de conciencia de la persona, esto es, que ni tiene síntomas ni conoce el estado alterado, como por ejemplo un proceso infeccioso latente. Sería una enfermedad de acuerdo con criterios médicos objetivos, pero sin alcance psicológico. Por supuesto, tal estado subclínico puede manifestarse sintomáticamente (e incluso debido a circunstancias psicológicas), pero esta eventualidad remite ya a la condición general. Caso de que se mantenga el estado subclínico, la verdad es que se tendría una enfermedad sin padecerla. La enfermedad manifiesta supondría el caso general de la implicación psicológica, donde *ambos tipos* de salud estarían comprometidos. Todavía habría un supuesto donde cabría hablar solamente de enfermedad (física), aquél en el que el individuo estuviera psicológicamente adaptado a tal condición objetivamente definida (por ejemplo, una congénita, pero quizá no se podría hablar de *falta de salud*, puesto que el individuo no habría sufrido una pérdida o merma, ya que siempre ha estado así).

Otra situación límite sería una condición psicológica trastornada que no ha interesado el estado fisiológico, es decir, el individuo físicamente está bien y de hecho su cuerpo-persona no es de por sí problemático, como por ejemplo en un proceso delirante. Sería una enfermedad mental, definida por la ruptura del juego normativo constitutivo de la vida social. Se diría que ha perdido la razón. Con todo, cabría invocar una alteración física de base, en cuyo caso sería una enfermedad médica tradicional. Aún cuando tomara una forma psicológica en cuanto a contenido y circunstancias de ocurrencia, su consideración biopsiquiátrica contravendría precisamente su definición psicológica. Se podría todavía (re)buscar un supuesto en el que fuera cabal hablar de salud física, justamente, por contraposición a la condición psicológica. Sería la hipocondrías, puesto que se objetivaría un estado de salud, esto es una adecuación fisiológica, respecto de la cual se define precisamente una sobrepreocupación ya entonces de naturaleza neurótica o aún delirante. Si la disfunción fisiológica existe, ya no sería una preocupación neurótica o un delirio de enfermedad. De esa manera, se podría decir que hay salud física y enfermedad mental. Ahora bien, si en la base de la propia enfermedad hipocondríaca se pone una condición física (bioquímica o neurológica), ya no sería una enfermedad propiamente mental. Incluso ni sería ya siquiera hipocondrías, porque entonces la misma condición de la **preocupación enferma por la enfermedad** se justifica de por sí, con lo cual se tendría una enfermedad de la enfermedad, donde el momento psicológico se perdería en el circuito que empieza y termina en la fisiología trastornada. En último extremo (según esto) un trastorno bioquímico neuronal crea una neuro-

sis o un delirio de enfermedad, la cual se confirmaría a sí misma, puesto que entonces la enfermedad existe.

Planteado lo anterior, se podría decir que lo que se discutiría aún es la noción de *lo mental*, en atención a la confusión a que remite (en el sentido señalado antes). Podría denominarse *psicológica* o aún *conductual*, por referencia al concepto de campo y su señalamiento interactivo y contextual. Pero la situación sería igualmente confusa. En esta caso se tendría *salud psicológica* o *salud conductual*.

Así pues, aún concediendo crédito a la distinción entre enfermedad física y enfermedad mental, sin embargo se habrá de reconocer que cuando menos es problemática, si es que no confusa.

La otra zona de interés se refiere a si hay un rasante profesional entre el psicólogo de la salud y el psicólogo clínico. Pues, a pesar de las dificultades para una nitidez entre enfermedad 'medica' y enfermedad psicológica y aún tenida en cuenta la vinculación histórica de la psicología de la salud respecto de la clínica, la formación y delimitación profesional parecen más bien configurar perfiles distintos o al menos diferenciables.

En cuanto a la formación, en la actualidad se dispone de un denso conjunto de hallazgos empíricos que muestran la importancia de la psicología en relación con la medicina clínica. Los textos y manuales, así como las revistas tituladas *psicología de la salud* o *medicina conductual* ofrecen más y nuevos contenidos, en referencia a las correspondientes fuentes de la psicología clínica y la psicopatología, que también han progresado **por su lado**. Un psicólogo que se vaya a dedicar al campo de la salud en el contexto de la medicina tendrá que hacerse cargo de conocimientos, pautas de intervención y líneas de investigación que ya no encontrará en las fuentes de la psicología clínica y de la psicopatología, sin perjuicio, por supuesto, del interés que tienen en ello estas disciplinas. Es obvio que un campo interdisciplinar como es el de la psicología de la salud, una de sus (principales) vinculaciones es precisamente la tradición clínica de la psicología. Así mismo, la formación académica ya ha incorporado el tema de la salud en sus planes de estudios y especialidades. Así que, como una cuestión de hecho, los contenidos conforman una relativa diferenciación en la carrera del psicólogo en cuanto a estos aspectos que se discuten. Donde *relativa* quiere decir tanto que es parcial, *en parte*, como que está relacionada, en el sentido de que tampoco puede ser totalmente separada.

Por lo que respecta a la identificación profesional en los sitios aplicados, la situación es más complicada, en función del propio estatus del psicólogo en la organización sanitaria. Acaso los psicólogos puedan reconocer el curriculum

de otro psicólogo, pero la sociedad ciertamente no está forma(tea)da de acuerdo con las autoconcepciones de la psicología. En todo caso, hay que hacerse cargo de que la situación presente es constituyente, de manera que el proceso social se la selección por las consecuencias sea también lento en estas materias.

### 3. La propuesta.

La situación de la psicología de la salud en el contexto de la psicología clínica se ha visto que es problemática, tanto por lo que respecta a las nociones de salud y enfermedad, como por la formación y organización profesional.

Una solución razonada a las cuestiones planteadas requeriría remover el estatus de la psicología, la historia particular de la psicología clínica y las vicisitudes de su ubicación profesional actual. Aquí únicamente se sugerirán unos criterios de carácter pragmático, que repararán en las nociones de salud y enfermedad.

En relación con la doble consideración de la salud, se propondría adoptar una noción unitaria, esto es, hacer referencia únicamente a la salud, sin más distintivos. Es cierto que la propia idea de salud es ella misma problemática, no ya sólo por la cuestión del relativismo cultural e histórico, sino también porque forma un par, cuyo anverso es la enfermedad, (la anormalidad, el trastorno, la disregulación, o como se diga). En todo caso, la noción de salud, sin más, de acuerdo con la tesis que se sostiene aquí, puede hacerse cargo de los aspectos principales, y sin los prejuicios derivados de las posiciones gremiales.

De esta manera, no sólo se salvaría entonces la confusión antes aludida, y los prejuicios gremiales, sino que además asumiría el aspecto fenoménico del completo bien-estar. Es decir, estar-en-la-vida es para el individuo una experiencia unitaria que no atiende a la división del trabajo ni a las especializaciones a que ha dado lugar la organización profesional. Estar-bien es una vivencia completa, mientras que estar-mal es a su vez una merma, limitación o ruptura del con-junto. La posible parcelación del mal, como afectando una parte u otra no deja de ser un efecto de la propia cultura de la división del cuerpo por especialidades.

Con todo, la idea de salud es problemática. En buena medida, ello es así probablemente porque la propia medicina se ha organizado en torno a las enfermedades, de modo que hasta hace poco la salud tenía una definición negativa (dada por la ausencia de enfermedad). Al adoptarse un concepto positivo, en términos de un **completo bienestar físico, mental y social**, se apunta efectivamente hacia una consideración integral que se constituye en objeto de interés. Por supuesto, una tal formulación es muy indefinida y prácticamente se

difumina en su amplitud. Sin embargo, tampoco se puede acotar de un modo operativo, *definido*, pues supondría conocer (dar por conocida) la esencia, la *naturaleza*, de la persona (no ya del organismo, sino del individuo socialmente construido). Ahora bien, una tal *definición* se ha de entender como horizonte en el que se oriente un interés de por sí en la salud. Quizá convenga en este sentido señalar que la propia etimología de la noción de *salud* ya apuntaba en esta dirección. *Salud* viene de la raíz latina salut-, que se da en el sustantivo *salus* para indicar *estado de aquél o aquello que está saluus*. El adjetivo *saluus* (del que procede el sustantivo *salus*) significaba *entero, intacto*. Es interesante reparar también en que la palabra inglesa para salud, *health*, significa literalmente *wholeness*, completitud, y el verbo *to heal*, completar, sanar, al tener *hal* (en el inglés antiguo) y *whole* la misma raíz (asimismo en el alemán).

Por lo que respecta a la noción de enfermedad, su estatus es heterogéneo, si no confuso, en el propio contexto médico tradicional. Por de proponto, hay que reconocer varios conceptos de enfermedad, no ya por supuesto en una consideración histórica, sino en el plano temático.

Por un lado está un concepto ontológico estructural, según el cual la enfermedad consistiría en una entidad que daña la estructura biofísica, o en la estructura biofísica dañada, según se trate de un agente exógeno (infectioso o traumático) o de una alteración estructural de otro origen. Por su parte, el enfoque clínico que se atiende a la nosología pre-supone así mismo una entidad subyacente a la *enfermedad* manifestada en sus signos, síntomas o síndromes. Por otro lado, está un concepto fisiológico funcional, en el que la enfermedad se ve más en relación con la fisiología que con entidades que tuvieran una autonomía particular. En esta perspectiva, la enfermedad considera la constitución individual, en cuanto a la particularidad que la fisiología toma en tal individuo, y el contexto, por decirlo hipocráticamente, *los aires, las aguas y los lugares*. Es decir, se trataría de una concepción de la enfermedad en términos fisiológicos multicausales, donde se consideran junto con las condiciones biomédicas de la vida las condiciones biográficas del vivir.

Sin duda, la enfermedad en su sentido ontológico, aquél que identifica un daño estructural, supone un avance en el desarrollo histórico de la medicina, precisamente, dando lugar al *nacimiento de la clínica*, bajo el signo epistémico del dominio de la mirada (cuyo emblema podría ser el *microscopio sobre el virus*). Igualmente, qué duda cabe que la nosología también se ha perfeccionado en el dominio clínico. En relación con ello, la enfermedad en su consideración funcional fisiológica supone una vuelta a la medicina hipocrática, en el aspecto de asumir la constitución del cuerpo como un todo en relación con el medio. El médico hipocrático remite la curación de la enfermedad, y en definitiva el mantenimiento de la salud, al régimen de vida. El estilo de vida es en buena medida

responsable de la enfermedad, y su restablecimiento implica una **dieta**, esto es, un reordenamiento de los hábitos de la vida. Por si acaso el médico griego descuida el conjunto aún tratando de curar una parte, Sócrates en el diálogo **Cármides** de Platón advierte "*que no había de intentarse la curación de unos ojos sin la cabeza y la cabeza, sin el cuerpo; así como tampoco del cuerpo, sin el alma*" (**Cármides**, 156e). En rigor, pues, se ha de atender el alma para una cabal curación del cuerpo. Es decir, el estilo de vida es lo primero a tener en cuenta y lo que finalmente se ha de cuidar.

Esta vuelta a los griegos es en realidad la recuperación para la medicina actual de la consideración del paciente como sujeto psicológico de acuerdo con sus circunstancias. En esta perspectiva, la enfermedad se ofrece más como una categoría pragmática, comprometida con la actuación médica, que como una entidad que tuviera una realidad autónoma. De esta manera, la noción de enfermedad forma parte de un conjunto solidario de relaciones de distintas condiciones, constituyendo una categoría explicativa en orden a la actuación médica. La noción de enfermedad tendría entonces una entidad conceptual de carácter operativo configurada por las cuestiones etiológicas, del tratamiento, pronósticas y demás aspectos relevantes al destino final de la salud.

En consecuencia, la enfermedad se podría construir, de acuerdo en Engelhardt, como modelo médico o como modelo psicológico. La elección de uno u otro sería un asunto pragmático, según el propósito. Si la enfermedad implica una etiología física identificada en correlación con determinados signos y síntomas, y el propósito es una explicación causal y un tratamiento local, entonces un modelo médico es cumplidor de ello. La cuestión es que tal enfermedad también se puede reconstruir en términos psicológicos, al incorporar las variables extrínsecas relativas a las circunstancias del paciente por lo que respecta a los antecedentes de la condición física y a los consecuentes relativos al seguimiento del tratamiento. Así, la enfermedad cardio-coronaria, la diabetes insulino-dependiente, o una enfermedad vírica, por poner ejemplos de enfermedades estructurales típicas, con una estructura dañada, sus síntomas correlacionados y el tratamiento, se pueden reconstruir cabalmente en un modelo psicológico.

La cuestión importante es que el tal modelo médico y el psicológico son perfectamente compatibles, pues no sólo no se refieren a cosas distintas, sino que responden a propósitos conjuntables. Cuando el propósito tenga que ver con la prevención, predicción y el control, el modelo psicológico resultará más práctico. Como ha señalado Engelhardt, estos "*modelos no representan dos cosas distintas, ni son dos modelos de la misma cosa -la cosa enfermedad. Más bien son dos modos de correlacionar variables intrínsecas y extrínsecas*". (Engelhardt, 1981, p. 39). Las variables se eligen según el propósito de explicar el me-

canismo de la enfermedad o de llevar las acciones tendentes a su remedio (prevención, tratamiento o recuperación). La cuestión es que aún tratándose de enfermedades estructurales, un modelo relacional se impone cara a la acción clínica (y a la política sanitaria), donde entonces hay que tomar en cuenta las variables biofísicas y las psicológicas, en sus debidos momentos. Como quiera que sea, la enfermedad es de un paciente, y eso es lo que hace de la enfermedad un **nexo conceptual** antes que una cosa. Véase a este respecto el **modelo psicológico de la salud** propuesto por Ribes (1990).

Dado el planteamiento anterior, la noción de enfermedad mental carece de entidad, precisamente por ser adopción del modelo médico, cuyo estatus se acaba de revisar. De esta revisión resultaban al menos dos conceptos de enfermedad, el ontológico estructural (según el cual la enfermedad es una cosa) y el fisiológico funcional (donde la enfermedad sería una categoría pragmática). Esta última noción pone el acento en la relación entre los ámbitos implicados, en particular el biomédico y el psicológico, de modo que el mecanismo estructural está incorporado en un sistema de relaciones interesadas en la realidad clínica. En esta perspectiva la enfermedad se convierte en una categoría pragmática, cuya virtud es que reconstruye la entidad estructural en un proceso fisiológico contextual.

Pues bien, la noción de enfermedad mental se ha adoptado precisamente de la enfermedad en su sentido estructural. En analogía con ella, entonces, la enfermedad mental supone que la conducta en ciertas condiciones es, por un lado, intrínsecamente patológica y está, por otro, determinada por entidades mentales. Ambos supuestos son excesivos, como ya han puesto de relieve análisis críticos clásicos. Así, por ejemplo, Ribes (1990, pp. 86-90) a propósito de la psicología de la salud. Por el contrario, la enfermedad en su perspectiva fisiológica funcional desharía el carácter estructural dado por la pre-supuesta entidad mental que pide el modelo. En consecuencia, según una noción de enfermedad en términos funcionales, que cuenta con el contexto, la *enfermedad mental no tiene sentido*, pues la entidad interior se disuelve en favor de las relaciones en términos de campo psicológico. Aún en el supuesto de que la *enfermedad mental* se refiera a una entidad (endocrino)neuroológica, a parte de estar mal llamada, remitiría en todo caso a la noción de enfermedad en sentido fisiológico funcional, de manera que el aspecto psicológico cobraría de esa manera el efectivo carácter contextual.

Es más, también sería muy discutible en el ámbito psicológico considerar que la conducta en sí misma sea patológica o anormal, como también se hereda del modelo médico estructural. La condición de conducta problemática, en vez de *enferma*, proviene de criterios externos a la propia conducta. A veces, como ya se ha indicado, puede ser problemática precisamente por sus consecuencias

fisiológicas, pero no porque se trate de conducta enferma o patológica (acaso se podría decir conducta de enfermedad, en su sentido objetivo de **complemento directo**, no subjetivo **genitivo**). En todo caso, su carácter problemático hace referencia a condiciones sociales que no son psicológicas. En rigor, habría que decir que los problemas de conducta son la dimensión psicológica de problemas propiamente sociales. Naturalmente, una tesis así requiere justificación. Permítase únicamente apuntar en su favor que el análisis encuentra condiciones relacionadas con él que no son psicológicas, tales como circunstancias familiares y sociales, que vienen a ser en definitiva determinantes. Por su parte, también se podría invocar un argumento histórico, según el cual los trastornos psicológicos serían inherentes a cierta situación del individuo a que ha dado lugar la forma de vida en la ciudad.

En resumidas cuentas, se ha dado un rodeo por las nociones de salud y enfermedad para terminar proponiendo un sentido unitario de *salud* y anular la entidad de *enfermedad mental*. Entonces, la psicología de la salud no se definiría porque trate con la salud y las enfermedades propias de la tradición médica, respecto de la psicología clínica que lo hiciera con la salud/enfermedad mental, en su caso propias de la tradición psicológica. ¿En qué se diferencian? Pues, en principio, la diferencia parece venir dada por la **división del trabajo** a que ha dado lugar la conjunción, por una parte, de un creciente re-conocimiento del factor psicológico en la salud y, por otro, las mayores aportaciones de la psicología en tal sentido. Es decir, se trataría de una nueva especialidad o si se quiere de un campo de investigación y profesional que se da de alta. Ello supone alguna variación en la carrera y la dedicación a tareas realmente nuevas. Hay que decir no obstante que se supone la formación psicológica estándar en las bases de la conducta humana y la metodología de investigación científica. Por lo demás, una formación tradicional en psicología clínica por lo que respecta a psicodiagnóstico, psicopatología y terapia es igualmente transferible a la psicología de la salud.

La variación en la carrera (por ejemplo, dos años de formación después de la licenciatura) concierne a la complementación en áreas biomédicas, en fundamentos sociales de la salud y quizá también en organización sanitaria. De cualquier manera, una **guía para la educación y entrenamiento en psicología de la salud** está ya consolidada, como por ejemplo la ofrecida por Belar, Dear-dorff y Kelly (1987). Por su parte, un manual con los contenidos estándar podría ser el de Taylor (1986). Lo que se trata de indicar, es que ya se cuenta con un contenido convencional que define lo que sería el curriculum de la psicología de la salud. Naturalmente, falta (aún) su reconocimiento formal como especialidad, así como su formación institucionalizada en el marco interdisciplinar de las profesiones sanitarias.

Lo decisivo es que las tareas a que se dedica la psicología de la salud están también establecidas. Simplemente por remitir a una referencia bibliográfica, dígame que Belar, Deardorff y Kelly (1987) presentan una enumeración de funciones que expanden el papel tradicional del psicólogo clínico. En consecuencia, se señalaría que el papel del psicólogo de la salud se ocupa en los asuntos psicológicos que puedan tener consecuencias fisiológicas. Mientras que la psicología clínica se ocuparía (mantendría su ocupación) en los problemas psicológicos por sí mismos.

#### 4. Ejemplos contro-vertidos (y una propuesta atrevida).

Se puede concluir que las relaciones entre la psicología de la salud y la clínica son fluidas. Con ello, se sugiere por un lado que son llanas y continuas, pero por otro también se insinúa que son móviles y de vaivén, esto es, indefinidas por momentos. Habría entonces que contemplar los supuestos de transposos de campo, donde un asunto clínico-médico se convierta en clínico-psicológico, y viceversa, o acaso esté entremedias. Serían ejemplos contro-vertidos.

Las vicisitudes históricas de la histeria bien podrían representar el supuesto de un trastorno fisiológico, según su consideración originaria, que se convierte en un asunto genuinamente psicológico. Recuérdese que en la época clásica se presentaba como una enfermedad ginecológica (fuera en términos de migración del útero con los hipocráticos o de corrupción de los humores con Galeno). En la época moderna se ofrece como trastorno neurológico, teniendo que ver con la **irritación de la fibra** y los vapores. Con Freud adquirió naturaleza psicológica, al establecerse como conversión somática de un trauma psíquico olvidado como tal. La cuestión es que se da como trastorno físico pero es de naturaleza psíquica. Se trataría por consiguiente de una enfermedad funcional. La apariencia es de **enfermedad médica** pero la esencia es psicológica. En este sentido, sería un caso de psicología de la salud, del tipo en que una condición psicológica determina una alteración fisiológica, de modo que el remedio de ésta pasa por la intervención en aquélla. De hecho, las histerias de conversión son ejemplos de la tradición psicosomática. Finalmente, a partir de Freud, y también con la terapia de conducta, la histeria pasa a tener ante todo un salvoconducto en la psicología clínica. Figurará en adelante por derecho propio en los cuadros psiquiátricos y en la psicopatología, siendo marginales sus referencias en la nosología médica. Resumiendo, del tratamiento ginecológico, como enfermedad de la mujer, ha derivado al psicosomático, cual enfermedad funcional, para finalmente pasar a la psicoterapia y a la terapia de conducta en calidad de problema psicológico, aún presentándose en forma somática. En términos del presente discurso, se diría que de la psicología de la salud se ha vertido en la psicología clínica.

Aunque se ha presentado como argumento histórico, cabría contemplar que tal situación se diera en una escala biográfica, si una dolencia somática se empieza consultando al médico y se convierte al final en un asunto psicológico, cuando, como dijera Freud con la sagacidad habitual, "*los síntomas han entrado al servicio de motivos externos de la vida*", (Freud, 1905/1984, p. 98). Así, por ejemplo, cabría ver que el **síndrome del intestino irritable** tuviera una suerte de este tipo, (Pérez Alvarez y Fernández Rodríguez, 1991).

Cabe contemplar ahora el supuesto inverso, en el que un asunto psicológico se convierte en un tema médico. La situación más clara seguramente es aquella en que un estilo de vida se ha problematizado en virtud de sus posibles consecuencias fisiológicas. Así, por ejemplo, la conducta a que obligan las condiciones de estrés es adaptativa de acuerdo con tales circunstancias. Sin embargo, podría tener consecuencias negativas en el funcionamiento de algún sistema fisiológico. En particular, ésa puede ser la situación de la llamada *pauta de conducta tipo A*. En principio, se trata de un estilo caracterizado por la acometividad, la ambición, el apresuramiento, la competitividad, y hasta una vigorosa manera del habla, de acuerdo con ciertas condiciones de vida que ellas mismas son las que demandan tal hábito. El medio social selecciona una pauta así, y en tal medida es psicológicamente adecuada. Lo que la hace problemática son sus implicaciones en la reactividad cardio-coronaria. Una vez reconocido este riesgo, el interés se ha centrado en su análisis y modificación (naturalmente, junto con otros factores), siendo el criterio final la reducción de las consecuencias coronarias. Entonces, entra a formar parte de las preocupaciones de la psicología de la salud. Lo cierto es que ni siquiera se podría decir de otra manera que fuera un asunto de la psicología clínica. Pero la cuestión es que figuras psicopatológicas pueden adquirir un interés adicional en la psicología de la salud, cuando igualmente se hubiera identificado su incidencia en el curso de algún estado fisiológico. Así, ciertas **formas neuróticas** pueden tener un efecto negativo en alguna enfermedad, no ya sólo por los inconvenientes generales que suponga, sino acaso por la implicación de reactividad fisiológica alterada, como por ejemplo el estrés respecto del sistema cardiovascular (cuando se haya sufrido un infarto), la ansiedad en relación con el metabolismo de la glucosa (en un diabético), o la depresión sobre la capacidad inmunitaria (dado un cáncer). En esas condiciones físicas la figura psicopatológica se convierte además en problema de psicología de la salud, y aún podría ser que su relevancia quedara fijada en dicho contexto. Naturalmente, la formación y experiencia como psicólogo clínico cobra aquí su interés, sin excusarse sin embargo el conocimiento de las posibles implicaciones fisiológicas. Lo que reorienta la figura clínica es el objetivo de la intervención psicológica, y en función de ello también el matiz profesional.

Así pues, una vez definido el campo de la psicología de la salud respecto de la psicología clínica, lo que se ha pretendido es restablecer siquiera en ejemplos controvertidos el aspecto común de la psicología clínica de la salud.

Ahora la propuesta atrevida. Como quiera que la apreciación de hace diez años relativa al final de la medicina curativa en favor de la búsqueda de la salud (Kass, 1981) parece un asunto cada vez más asumido, no estaría demás proponer un sistema sanitario él mismo organizado de acuerdo con los principios psicológicos según los cuales se reconstruye la noción de enfermedad y se propone el horizonte de la salud. En particular, se trataría de organizar un sistema pro-salud en un sentido efectivo, es decir, de modo que se fortalecieran las conductas de cuidado y mantenimiento de la salud, y no que se atendiera únicamente la enfermedad. Por lo que respecta a la enfermedad, la sanidad pública cubriría y garantizaría estas necesidades (como hasta ahora, y mejor en lo posible), pero la cuestión está en **reforzar** (las prácticas de) la salud. Del mismo modo que el enfermo recibe de su **seguro sanitario** la prestación que corresponda, se haría ahora que el **sano** tenga su apoyo precisamente por tal, por **mantenerse sano**. Es decir, se premiaría el estar sano, supuesto que ello tiene que ver con el autocuidado. Técnicamente, se diría que se refuerzan las conductas pro-salud.

¿Cómo se llevaría a cabo? El problema está, por un lado, en que hay que seguir naturalmente prestando los servicios por enfermedad, y, por otro, que los recursos son escasos, cuanto que ahora parece que se pretenden unos adicionales. La lógica del asunto es que, según este sistema, se reducirían gastos por la enfermedad que irían precisamente a fortalecer la salud. Acaso el sistema invirtiera la misma cantidad, pero ya no sería sólo en curar, sino en prevenir, que tal vez llegue a resultar más barato, y de todas las maneras la inversión sería en bien-estar. La lógica económica que permite pensar que esta propuesta no sea delirante es que las contribuciones al **seguro de enfermedad** se mantendrían como están. Lo que ocurriría es que algunas personas reembolsarían cierta cantidad de dinero, por ejemplo, si no ha hecho uso de la **seguridad social** durante determinado tiempo. Todo el mundo cotizaría como hasta entonces, pero algunos retornarían algún dinero según criterios que se establecieran.

La *psico-lógica* es que habría una reducción del uso de servicios sanitarios, quizá empezando por aquéllas **dolencias banales**, que sin embargo pueblan algunas consultas médicas y para las que no hay un remedio específico, y las llamadas **enfermedades funcionales**, en parte reforzadas por el sistema (se diría incluso **yatrogénicas**, en alguna medida). No se niega el sufrimiento personal efectivo que tenga el **paciente**, pero dado que no tiene tratamiento específico mejor sería desviar su pre-ocupación hacia otras soluciones en las que llegue a ser más **agente** que paciente. Por su parte, algunas enfermedades de curso co-

**nocido** (como por ejemplo las gripes) asumirían probablemente más autocuidado personal. De todos modos, quizá el mayor interés estuviera en promover hábitos saludables de carácter preventivo, precisamente respecto de aquellas enfermedades sobre las que más empeño hay de una educación para la salud, en la medida en que sean dependientes del estilo de vida. El tratamiento y la recuperación de otras enfermedades estaría también razonablemente sometido a estas **bonificaciones**, habida cuenta una posible zona en la que las atenciones sanitarias refuercen el **desvalimiento** más que la autosuficiencia. Estos criterios, para que constituyan un sistema, piden que también el médico sea reforzado (dígase así) por tener sanos a los **pacientes**, y no sólo por **actos médicos**. Pero, ¿cómo se reforzarían las prácticas en la misma dirección de los laboratorios farmacéuticos y de las casas de infraestructura quirúrgica? (Si finalmente el problema estuviera en esto, desde luego sería cuando menos injusto responsabilizar al paciente o **sujeto** de su falta de educación para la salud).

El supuesto psicológico es que el incentivo por-la-salud reforzaría las prácticas para-la-salud y acaso también aumentaría el **umbral** para considerarse necesitado de ayuda, reduciendo así tal vez algunos hábitos enfermizos (por lo demás, seguramente bien costosos). Es decir, la idea no es reforzar la resistencia pasiva ante la dolencia (o antes de ir al médico), sino promover hábitos positivos saludables, de modo que (por decirlo así) el reembolso se destine (por supuesto, en lo que se quiera, pero buena cosa sería) en salud, en el sentido etimológico reseñado antes; pèrmitase decirlo ahora con fórmula clásica, en cuidado del cuerpo y en cultivo del alma. Por cierto, entre las siete reglas de oro para mantenerse sano a largo plazo no figura la de *ir al médico*, y sí dormir siete horas diarias, desayunar, beber moderadamente, ejercicio diario, mantenerse bajo de peso, junto con no fumar y no *picar* entre comidas, (Cf. Kass, 1981, p. 21). Valga esto como insinuación de la idea a que se apunta.

Se excusa advertir de la complejidad técnica, en términos económicos y psicológicos, y la delicadeza política que ello supone. Pero la educación para la salud (si se toma en serio) es antes una cuestión de cambios ambientales que mentales.

## REFERENCIAS

Belar, C.D.; Deardorff, W.W. y Kelly, K. E. (1987): **The practice of clinical health psychology**. Nueva York: Pergamon Press.

Cohen, S. y Williamson, G.M. (1991): Stress and infectious disease in humans. **Psychological Bulletin**, 109: 5-24.

Engelhardt, H.T. (1981): The concepts of health and disease. En A. L. Caplan, H.T.Engelhardt y J.J. McCartney (Eds.), **Concepts of health and disease** (pp. 31-45). Reading, Mass.: Addison-Wesley.

Freud, S. (1905/1984): Análisis fragmentario de una histeria. En S. Freud. **Escritos sobre la histeria** (pp. 7-105). Madrid: Alianza.

Gil Roales-Nieto, J. (en prensa): Repercusiones de la obra de B.F. Skinner en psicopatología y medicina conductual. En J. Gil Roales-Nieto, M.C. Luciano y M. Pérez Alvarez (Eds.), **Conferencias en homenaje a B.F. Skinner**. Granada: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Granada.

Kass, L.R. (1981): Regarding the end of medicine and pursuit of health. En A. L. Caplan, H.T. Engelhardt y J.J. MacCartney (Eds.), **Concepts of health and disease** (pp. 3-30). Reading, Mass.: Addison-Wesley.

Platón (1990): Cármenes. En Platón, **Diálogos I** (pp. 326-368). Madrid: Gredos. (Edición de E. Lledó).

Pérez Alvarez, M. (1990): **Médicos, pacientes y placebos. El factor psicológico en la curación**. Oviedo: Pentalfa.

Pérez Alvarez, M. y Fernández Rodríguez, C. (1991): Psicología del síndrome del intestino irritable. **Medicina Clínica**, 96: 590-595.

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

Taylor, S.E. (1986): **Health psychology**. Nueva York: Random House.

Wing, R.R.; Epstein, L.H.; Nowalk, M.P., y Lamparski, D.M. (1986): Behavioral self-regulation in the treatment of patients with diabetes. **Psychological Bulletin**, 99: 78-89.

**ALTERNATIVA CONDUCTUAL SOBRE SALUD:  
JUSTIFICACION PARA EL CAMBIO CONCEPTUAL**

**Julio Alfonso Piña López**

*Centro de Investigación y Servicios de Salud y Escuela de Psicología.  
Universidad de Sonora, México.*

**RESUMEN**

En este trabajo se discute la importancia que tiene para el quehacer interdisciplinario en torno de la salud un cambio conceptual sobre el citado fenómeno. Se considera una propuesta desde una perspectiva conductual -interactiva- en la que se resalta la necesidad de definir con precisión las categorías que se incluyen en el concepto alternativo.

*Palabras Clave:* Interdisciplinario, Salud, Conductual.

**ABSTRACT**

In this work, it discussed the relevance of the interdisciplinary development of health concept, wich suposse a change in this one. The autor proposed a behavioral perspective -interactive- to define accurately the categories include in the alternative concept.

*Key words:* Interdisciplinary, health, behavioral, Interbehavioral Psychology.

## INTRODUCCION

Ya sea que se hable de adherencia terapéutica, cambios en los estilos de vida, adopción de prácticas preventivas, etc., en todos y cada uno de estos aspectos se hallan involucrados fenómenos de naturaleza psicológica. Este hecho, reconocido por los propios especialistas biomédicos (véase Tores y Beltrán, 1986), ha favorecido, indudablemente, el entendimiento del importante papel que juega la conducta en el cuidado, promoción o recuperación de la salud (Jaffe, 1984).

Tácitamente se ha aceptado, además, que la salud constituye un objeto de conocimiento interdisciplinario (Schwartz y Weiss, 1978; Ribes, 1979; Pomerleau, 1979; Piña y Capdevielle, 1985), al que solo se puede acceder si para ello se consideran sus diversos niveles analíticos, susceptibles cada uno de ser definidos por las disciplinas biológica, social- en el sentido extenso del vocablo- y psicológica. Supone, pues, la posibilidad de incorporar sus propios recursos teóricos y metodológicos, orgánicamente contruídos, a fin de analizar y explicar el fenómeno y el complejo de eventos que interactúan en y con la salud de los individuos.

Lamentablemente no se puede asegurar que en la actualidad se haya alcanzado tal nivel interdisciplinario, ya en el dominio científico o bien como objeto de conocimiento. Esto se debe, entre otras razones, a:

- 1.- Que las disciplinas orientadas social y conductualmente no han dado lugar a los desarrollos científicos esperados; esto es, constituyen disciplinas que no han alcanzado una etapa de madurez tal que, por un lado, les permita la articulación y refinamiento conceptual necesarios, y por el otro, proporcionen una interpretación eficiente de los fenómenos con los que tratan, y
- 2.- Como consecuencia de lo anterior, no sea viable la construcción de cuerpos tecnológicos, que al devenir del quehacer científico de una disciplina, den lugar a su posterior evaluación e investigación (Ribes, 1982, 1990) y por tanto, pueden establecerse como tecnologías-ciencia en el sentido expuesto por el mismo Ribes.

Cierto es que a lo largo del presente siglo hemos asistido como testigos de varios intentos de vinculación disciplinar. Los movimientos generados desde el ámbito de la psicología, como los de la medicina psicosomática, medicina conductual, y más recientemente, el de psicología de la salud, son todos testimonios de los esfuerzos emprendidos por concretar un verdadero quehacer in-

terdisciplinario o multidisciplinario, punto en el que no se ha llegado a acuerdo alguno.

Sin embargo, a juzgar por los hechos, se debe admitir que en aras de incidir sobre la problemática de salud, ya para su solución, ya para su prevención, frecuentemente se ha descuidado el nivel conceptual dentro de las aplicaciones prácticas, que en última instancia le da especial sentido a lo que se dice y hace en relación con la salud. Implícitamente quedan, pues, múltiples preguntas sin responder: ¿qué es salud?; ¿por qué enferma una persona?; ¿puede ser considerada la salud un proceso o un estado?; ¿cómo operan los factores psicológicos en el paso de la salud a la enfermedad, o viceversa?.

Obvio es decir que buscar o no las respuestas a éstas u otras interrogantes dependerá de cómo y en qué dirección se plantee la participación del psicólogo - que nos preocupa tocar aquí- en el campo de la salud. Se sabe, por ejemplo, que ha sido un lugar común intervenir para remediar un problema ya existente, prestando poca o nula atención al trabajo preventivo o de promoción de la salud (Costa y López, 1986). Empero, hay en ello un peligro escasamente discutido al suponer que quizás porque se hace de la prevención una tarea frecuente y prioritaria, las dificultades de naturaleza conceptual desaparecerán de facto.

Quién podría asegurar con cierto grado de certeza que tal o cual trastorno o enfermedad, p.e. el SIDA, donde convergen factores complejos de tipo social y psicológico, fue prevenido debido a un programa diseñado para tal propósito, si antes no han sido clarificadas cuestiones fundamentales como las expuestas líneas atrás. No basta con obtener indicadores sobre la condición de salud o enfermedad de alguien, para decidir si un plan de intervención favoreció un cambio hacia un estatus óptimo de salud. En realidad, el problema sustantivo no radica en identificar y evaluar qué indicadores están presentes en qué trastornos o enfermedades, sino en cómo se incorporarían como miembros de una categoría analítica, que por supuesto exige ser tratada en términos lógico-conceptuales.

So riesgo de confrontar el papel de la ateoricidad con el arraigo de un pragmatismo tecnológico, ampliamente extendido en el ámbito de la psicología, la pertinencia de un examen de los conceptos de salud, enfermedad, estrés, vulnerabilidad, factores de riesgo, entre otros, es necesariamente ineludible.

## JUSTIFICACION PARA UNA DEFINICION ALTERNATIVA SOBRE SALUD

En un trabajo previo (Piña, 1991), el autor ha insistido en la necesidad de redefinir el concepto y práctica relacionados con la salud. En efecto, en términos cuantitativos son pocas las definiciones que se han propuesto sobre el fenómeno; entre ellas destacan la de la OMS (1974) y la de Matarazzo (1982), en las que desafortunadamente se presentan serias deficiencias. Así, mientras que la OMS define salud no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como el estado de completo equilibrio físico, social y psíquico, para Matarazzo, su propuesta de salud conductual supone:

*"Un campo interdisciplinario dedicado a promover una filosofía de la salud, que implica la responsabilidad individual en la aplicación de los conocimientos y técnicas de las ciencias biomédicas y del comportamiento, para favorecer el mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad y disfunciones por una variedad de actividades auto-iniciadas o compartidas"* (Matarazzo, 1982; pág.8).

Tratándose de la definición de la OMS, autores representativos del campo biomédico, como es el caso de Pérez (1984), han señalado algunas de sus principales deficiencias. Por ejemplo: ¿qué significa ausencia de enfermedad?; ¿qué debe entenderse por equilibrio físico, social y psíquico?. Y, en relación a Matarazzo, se estima aquí que propiamente dicho no se puede decir que su planteamiento corresponda a una definición sobre salud, entendido como objeto o fenómeno de conocimiento; esto es, describe más un campo de confluencia interdisciplinaria, en el que si bien es cierto se enfatiza el papel del comportamiento, la concepción es más tecnológica que teórica en el sentido estricto de la palabra.

Pensar en la necesidad de una alternativa conceptual que le viniera a imprimir orden y claridad al discurso sobre salud es, de acuerdo con Kaplan (1984), hacia donde se debieran concentrar nuestros esfuerzos en la actualidad. Dicha alternativa supondría, al menos, cubrir con tres aspectos, a saber:

- 1.- Identificar cómo y en qué forma se dan los arreglos en el nivel biológico, analizándolos a partir de los subsistemas de respuestas, y su correspondencia con la formación y desarrollo de los procesos psicológicos;
- 2.- Un examen pormenorizado de cómo se estructuran, organizan y ejercitan los diferentes intercambios organismo-ambiente, enfatizando el estudio de los procesos y condiciones biológicas y sociales que posibilitan dichos intercambios. Esto sugiere que, más allá del papel que desempeña el sustrato biológico, al incorporar al ambiente, la naturaleza del aná-

lisis por realizar supondría, a juicio del autor, adoptar el modelo de campo en el sentido de Kantor (1924,1926), que justamente garantiza un examen integral de los eventos biológicos, sociales y psicológicos como sistemas de interdependencia, y

3.- Consecuentemente, facilitaría el ubicar lo psicológico en tanto que categoría analítica específica, como el factor modulador, regulador y que define los múltiples intercambios entre el organismo y el ambiente físico, químico, ecológico y/o social.

De acuerdo con los criterios señalados, una definición alternativa sobre salud se podría situar en el contexto de los conceptos de proceso dentro de un marco teórico de referencia, tal y como lo conciben Ribes y López (1985). No se quiere decir, por lo demás, que al otorgarle a lo psicológico un papel fundamental en el discurso sobre salud, arbitrariamente se esté marginando lo biológico y/o lo social a un segundo plano. Supone, por el contrario, un genuino intento por recuperar lo psicológico y considerarlo en el nivel real que le corresponde, al hacer alusión a lo que un organismo individual hace en relación a alguien o algo.

Y es en ese mismo sentido que, el plantear una definición sobre salud no debe verse como una solución artificial de los problemas conceptuales existentes. Como claramente lo ha señalado Ribes (1986), situar los conceptos por encima de los hechos, o viceversa, no resuelve ningún dilema; se citará en extenso:

*"Sin embargo, es preciso señalar que hecho y concepto no son separables. La ciencia, como práctica lingüística, no puede abstraer los eventos de los conceptos empleados, los cuales articulan y permean toda actividad de conocimientos, incluyendo aquella que tradicionalmente se ha supuesto vinculada únicamente a lo sensible: la observación" (Ribes, 1986; pág. 447).*

Volver a discutir si los conceptos son más importantes que los hechos no tiene mucho sentido. Por el contrario, lo que si se estima conveniente es centrar la atención en el tipo de términos y conceptos que se emplean sobre comportamiento y salud, y cuáles guardan correspondencia con las categorías elegidas dentro del esquema teórico. Esto es particularmente importante para la disciplina psicológica y el quehacer interdisciplinario, en relación con la salud, por dos razones: a) porque nos permitiría identificar hasta qué punto existe en el lenguaje técnico empleado la claridad y precisión conceptuales que exige este tipo de trabajo, y; b) porque nos permitiría evitar muchos de los errores de duplicidad conceptual e invasiones categoriales en la disciplina (véase sobre este respecto Ryle, 1949; Turbayne, 1974; Ribes, 1985).

De este modo, si se toma en consideración el principio de continuidad entre las ciencias involucradas en el campo de la salud, siguiendo a Bayés y Ribes (en prensa), procurar un modelo sobre salud o enfermedad desde una perspectiva psicológica, así como plantear una definición sobre el fenómeno, no supone incurrir en un reduccionismo a ultranza de lo biológico y/o social hacia lo psicológico.

## UNA CONCEPTUALIZACION PSICOLOGICA SOBRE SALUD

Como se ha venido manejando a lo largo del presente escrito, reconocer que la salud, como problema social, exige un tratamiento inter y multidisciplinario, sugiere que ofrecer una definición desde el campo de la psicología no da como resultado un abordaje conceptual parcial del problema. No, en tanto se cumple con el requisito de considerar los diferentes factores y categorías que confluyen en análisis de la salud.

Ello supone que desarrollar un modelo psicológico sobre salud, en el que necesariamente se promueva una definición sobre el fenómeno, bien pudiera concebirse, como plantea Ribes (1990b), como un modelo de interfase para conjuntar los eventos o variables biológicas y sociales, destacando la dimensionalidad psicológica de la salud en función de los comportamientos individuales.

Por tanto, una conceptualización alternativa sobre salud sería la siguiente: *"Condición del organismo en la que los sistemas biológicos de respuesta mantienen un nivel bajo de vulnerabilidad, en su estructura y función, al entrar en contacto e interactuar con el ambiente o sus partes -objetos, eventos u otros organismos- modulado por procesos psicológicos y el ejercicio de competencias conductuales que cada individuo desarrolla"*.

Por lo que a la definición respecta, desde el punto de vista del autor hay ciertas ventajas en relación a otras propuestas; destacan, entre otras:

- 1.- Si bien se alude a una condición del organismo, se parte del entendido que su examen debe plantearse en términos de estados y/o procesos, aspectos que no se definen arbitrariamente, sino que se dan como producto de la integración analítica de los diferentes involucrados, p.e., lo biológico, lo social y lo psicológico;

2.- Se enfatiza el carácter interactivo y bidireccional entre organismo y ambiente, además de ubicar lo psicológico como el factor modulador de dichos intercambios. Esto es, media, posibilita y regula la naturaleza de cada uno de los intercambios, destacando los efectos que sobre el primero se producen;

3.- Entiende que la salud, en tanto que proceso y/o estado, requeriría de un concepto como el de vulnerabilidad orgánica, en gran parte aprendida (Bayés, 1988), que tuviera la función de describir en un nivel paramétrico los cambios que se presentan en el organismo, y

4.- Se resalta la necesidad de delimitar la idea que se tiene de salud y de diferenciarla de la noción de enfermedad, en tanto que esta última se concibe como un resultado.

Este concepto de salud nos permite entender, por otro lado, que enfermedad no puede tratarse como un proceso, idea común entre los especialistas orientados socialmente (p.e., Laurell, 1982; Torres y Beltrán, 1986). Ello nos permite entender que una cosa es hacer alusión al complejo de eventos que interactúan y otra a los cambios definitivos que se producen en el organismo, y que se definen como enfermedad. Consecuentemente, el igualar la enfermedad con los procesos que le dan lugar, constituye, de acuerdo con lo expuesto previamente, uno de tantos errores categoriales frecuentes en el discurso psicológico y social.

Pero, además, un aspecto que no se debiera olvidar sería el de las implicaciones conceptuales dentro del campo. En efecto, tarde o temprano se tendrían que revalorar cuestiones como: ¿qué habría de entenderse por conductas de riesgo?; ¿hay conductas facilitadoras de situaciones de riesgo que potencian el curso de una enfermedad?; ¿cómo ubicar y en qué nivel eventos psicológicos como atender y percibir, sobre todo cuando se trabaja en la prevención de algún problema de salud, p.e. SIDA?. Es quizá en relación a este tipo de interrogantes hacia donde deberíamos dirigir nuestra atención y donde se podrían encontrar muchos de los fracasos prácticos al intentar prevenir el desarrollo de diversas enfermedades.

Una definición de salud debe, por añadidura, dar cabida al establecimiento de los criterios mínimos que permitan evaluar los procesos involucrados, su interrelación y los efectos que sobre el organismo molar se desprenden, los parámetros de evaluación a adoptar, principalmente. En el caso de la propuesta aquí manejada, como una tentativa que habría que mejorar, estos aspectos no se toman como tópicos secundarios o marginales. Son, a juicio del autor,

el punto medular de lo que los psicólogos estamos en posibilidad de trabajar y aportar.

Descartarlos, como se suele hacer dentro de nuestra disciplina, sólo conduciría a seguir prefiriendo un enfoque pragmatista cuando se incide sobre los problemas sociales; y es justamente esta tendencia la que pretendemos, desde nuestra modesta aportación, superar.

## **REFERENCIAS**

Bayés, R. (1988): Modulación psicológica de la respuesta inmunológica. **Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia**, vol.4(1): 7-29.

Bayés, R. y Ribes, E. (1991): Modelo psicológico de prevención de enfermedad: su aplicación al caso del SIDA. En J.A.Piña (Ed.), **Psicología y Salud: Aportes del análisis de la conducta**. México: Ed. UNISON

Costa, M. y López, E. (1986): **Salud comunitaria**. Barcelona: Fontanella.

Jaffe, D.T. (1984): Self-management and behavioral medicine: seizing control of self-defeating behavior. En J.S.Gordon, D.T.Jaffe & D.E.Bresler (Eds.), **Mind, body and health**. New York: Human sciences press.

Kaplan, R.M. (1984): The connection between clinical health promotion and health status: a critical overview. **American Psychologist**, 39(7): 755-756.

Kantor, J.R. (1924-1926): **Principles of psychology**. Bloomington: Principia press.

Laurell, A.C. (1982): La salud-enfermedad como proceso social. **Revista Latinoamericana de Salud**, 2: 7-25.

Matarazzo, J.D. (1982): Behavioral health's challenge to academic, scientific, and profesional psychology. **American Psychologist**, 37(10): 1-14.

**OMS (1974): Constitución de la Organización Mundial de la Salud: documentos básicos. 24ª edición. Ginebra.**

**Pérez, R. (1984): Salud y enfermedad: su problemática en México. México: C.E.C.S.A.**

**Piña, J.A. (1991): La psicología en el estudio del proceso salud-enfermedad: la necesidad de una redefinición conceptual y práctica. *Psicología y Salud*, 3(3): 85-92.**

**Piña, J.A. y Capdevielle, F. (1985): ¿Qué puede ofrecer la psicología conductual al sector salud?. *Revista de la Universidad de Sonora*, 3(6): 25-30.**

**Pomerleau, O.F. (1979): Behavioral medicine: the contribution of the experimental analysis of behavior to medical care. *American Psychologist*, 34(8): 654-663.**

**Ribes, E. (1979): La interdisciplinariedad y multidisciplinariedad en la enseñanza de la psicología. Trabajo presentado en las III Jornadas sobre problemas de enseñanza-aprendizaje en el área de la salud. México: San Juan Iztacala.**

**Ribes, E. (1982): El conductismo: Reflexiones críticas. Barcelona: Fontanella.**

**Ribes, E. (1985): ¿Conductismo o marxismo?: un falso dilema. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 11(3): 255-295.**

**Ribes, E. (1986): Historia de la psicología: ¿para qué?. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 12(3): 443-446.**

**Ribes, E. (1990a): Consideraciones en torno de la tecnología educativa y sus aplicaciones. En E. Ribes (Ed.), *Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento*. México: Trillas.**

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

Ribes, E. y López, F. (1985): **Teoría de la conducta. Un análisis de campo y paramétrico.** México: Trillas.

Ryle, G. (1942): **The concept of mind.** Londres: Hutchinson.

Schwartz, G.E. y Weiss, S.M. (1978): Yale conference on behavioral medicine: a proposed definition and statement of goals. **Journal of Behavioral Medicine**, 1: 3-12.

Tores, I. y Beltrán, J. (1986): **Psicología de la salud: campos y aplicaciones.** México: Editorial de la Universidad Veracruzana.

Turbayne, C.M.(1974): **El mito de la metáfora.** México: Fondo de Cultura Económica.

**PSICOLOGIA DE LA SALUD:  
SITUACION EN LA ESPAÑA ACTUAL\***

**Jesús Rodríguez-Marín.**

*Departamento de Psicología de la Salud.  
Universidad de Alicante.*

**RESUMEN**

La Psicología de la salud ha experimentado un enorme desarrollo durante la última década en España, sobre todo en el campo de la investigación básica y aplicada. Pero, además, cada vez hay más oportunidades para la incorporación de psicólogos de la salud dentro del sistema sanitario. Este artículo presenta, en primer lugar, argumentos para la identificación de la Psicología de la Salud como un campo específico, dentro de un área conjunta de **Psicología y Salud**. En segundo lugar, esboza las líneas más recientes del desarrollo de la Psicología de la Salud en España, y las principales tendencias y temas actuales en la investigación. Finalmente, expone los recursos de formación en Psicología de la Salud en la España actual.

**Palabras clave:** Psicología de la Salud, España, investigación, formación.

---

\* Este trabajo se basa en la ponencia presentada al II Congreso del C.O.P., Valencia, 1991.

## **ABSTRACT**

Spanish Health Psychology has experienced a great development during the last decade, mainly in the research field. More over, opportunities for health psychologists to work in health-care setting are really expanding. This paper presents, firstly, arguments for the identification of **health psychology** as a specific field, in the area of **psychology and health**; secondly, it outlines a review of the very recent history of the spanish health psychology, its main current research trends and topics, and, finally, the principal training resources in health psychology in Spain.

**Key words:** Health Psychology, Spain, research, training.

## **I. "PSICOLOGIA Y SALUD" Y "PSICOLOGIA DE LA SALUD": UNA DISTINCION PREVIA NECESARIA.**

### **1. Psicología y salud.**

En los últimos años, la psicología ha incrementado su actividad en el campo del cuidado de la salud, cada vez más. En primer lugar, porque la incidencia y la prevalencia de los trastornos mentales y emocionales ha aumentado; en segundo lugar, también, y en gran medida, por el reconocimiento creciente de los concomitantes psicológicos de muchas enfermedades físicas.

La Psicología como ciencia y como profesión ha respondido a ese reto colaborando en la mejora del cuidado de la salud fundamentalmente de cinco maneras: 1) mejorando sus métodos y programas de aplicación; 2) aumentando los efectivos humanos (el número de psicólogos en el campo del cuidado de la salud ha aumentado rápidamente); 3) aumentando el acceso a los servicios (los psicólogos trabajan en una amplia gama de escenarios, desde las clínicas de práctica privada a los hospitales generales; 4) centrándose en las conductas de salud (el tratamiento psicológico se centra en actitudes y conductas saludables, preventivas y en la reducción del uso de servicios médicos costosos); 5) elevando sus estándares de formación (la calidad de la educación y del entrenamiento de los psicólogos profesionales aseguran cada vez más la competencia de los psicólogos que trabajan en el cuidado de la salud.) (APA, 1979).

Por otro lado, si el nacimiento de la Psicología se produce fuertemente asociado a la Fisiología y al laboratorio experimental, su conexión con el mundo de la salud se realiza inicialmente en su colaboración con el diagnóstico y

tratamiento de la **enfermedad mental**. Esta conexión de la Psicología con la salud mental (en el sentido restringido de **ausencia de enfermedad mental**) se ha realizado fundamental y tradicionalmente definiendo un área de trabajo que ha recibido el nombre de Psicología Clínica.

Desde esa perspectiva, y al menos en el mundo occidental, en los servicios de salud mental tradicionales, el individuo con problemas emocionales o conductuales ha constituido generalmente la unidad de análisis. Como señala Holtzman, *"este énfasis se refleja claramente en los textos de las escuelas dominantes de psicoterapia, y en los patrones de empleo de los psicólogos que proporcionan servicios de salud"*. En este campo, por lo general, el cliente siempre es entendido como un individuo que ha solicitado tratamiento o que ha sido recomendado o sometido al cuidado de un psicólogo, y la relación personal establecida entre el terapeuta y el cliente es un factor importante en el éxito del tratamiento (Holtzman, 1988).

Este concepto de Psicología Clínica ha sido el prevalente desde que, en 1912, Witmer presentó el primer número de **Psychological Clinics** con la definición siguiente:

*"En cuanto a los métodos de la psicología clínica, intervienen necesariamente siempre que se determina cómo funciona la mente de un individuo, mediante la observación y experimentación, así como cuando se aplica un tratamiento pedagógico para lograr un cambio, es decir, el desarrollo de dicha mente"* (Witmer, 1912).

Como indican Kendall y Norton-Ford (1982), la declaración de Witmer subraya la importancia de considerar las necesidades y estado de cada individuo con una metodología científica y el desempeño de una función educativa para ayudar a las personas a desarrollar sus capacidades y/o cambiar. Estas características se mantienen en la definición, más o menos oficial, que la American Psychological Association dió en 1935 (Kendall y Norton-Ford, 1982):

*"La psicología clínica es una forma de 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"*.

Esta orientación científico-profesional en la prestación de ayuda mediante evaluación psicológica y asesoría se centraba, por razones obvias, en individuos con problemas psicológicos, trastornos psicológicos, que tradicional-

mente conformaban el contexto de la enfermedad mental, dentro de un marco algo más general como el de la Salud Mental.

Pero, además del diagnóstico y tratamiento de los problemas conocidos de salud mental, los psicólogos se han ido implicando crecientemente en el tratamiento de los componentes emocionales de muchas condiciones de salud que hasta ahora se habían considerado como de naturaleza exclusivamente física o médica. Eso, entre otras cosas, amplió el campo de las relaciones entre Psicología y Salud, y generó, en parte, el nacimiento de una nueva área de aplicación de la psicología al campo de la salud, la Psicología de la Salud.

## 2. Psicología de la Salud.

Desde su aparición en Estados Unidos, en los últimos años de la década de los setenta, la Psicología de la Salud ha dado pasos rápidos para constituirse como un área genérica de la psicología, estableciendo su propia división (la División 38) dentro de la APA (American Psychological Association) en 1980, su propia revista, **Health Psychology**, cuyo primer número apareció en el invierno de 1982, y un conjunto de directrices para la formación de especialistas (Stone, 1983). Como George Stone señala (1982), *"sería difícil concebir una demostración más dramática del impacto de auto-atribución sobre una empresa profesional y científica. En el primer informe sobre su encuesta sobre los psicólogos de la salud (todavía no llamada así) en Abril de 1974, el grupo de trabajo correspondiente de la APA contenía 52 nombres. Sólo seis años más tarde, en el otoño de 1980, la División de Psicología de la Salud tenía casi 1500 miembros"*. Por otro lado las secciones de Psicología de la Salud se han ido constituyendo en casi todas las Sociedades de Psicología, científicas y/o profesionales, como en la Sociedad Británica de Psicología, o en la Sociedad Holandesa de Psicología.

Además, este campo de trabajo ha reunido investigadores y practicantes de una amplia variedad de subespecialidades psicológicas (Krantz, Grunberg y Baum, 1985). Su característica distintiva es su consideración del sistema sanitario como **entorno de trabajo**, en términos de Newell y Simon (1963). De esa forma, la Psicología de la Salud no sólo dirige su atención al individuo cuya salud está en cuestión, sino al *"conjunto complejo de instituciones y fuerzas dentro de las cuales se persigue la salud"* (Stone, 1983). Al ubicar al individuo cuya salud está en juego dentro de este sistema complejo, el psicólogo de la salud subraya un eje quasi-temporal de las relaciones del individuo con los problemas de salud (Stone, 1983). El eje progresa desde un extremo en el que somos conscientes de ciertos acontecimientos que todavía no ponen en peligro a un individuo en particular, a través de una gama de conductas de regulación del riesgo, hasta un estadio en el que la persona sucumbe a los riesgos y desarrolla los síntomas alcanzando el estadio de conducta de enfermedad, en el que el individuo se de-

termina a buscar ayuda profesional. Al decidir que necesita cuidados, la persona adopta el **papel de enfermo** e invoca la gama completa del proceso de tratamiento. Al final de una serie de estadios (del diagnóstico al seguimiento), hay una fase de rehabilitación en el cual el individuo se adapta a los déficits residuales del episodio de enfermedad, con varios tipos de apoyo y asistencia.

Otra manera de caracterizar el trabajo de los psicólogos de la salud es considerar la dimensión, también quasi-temporal, de la investigación científica en el que deben llevar a cabo sus esfuerzos. Esta dimensión se extiende desde la investigación básica al diseño y desarrollo de nuevas intervenciones, a la ejecución de tales intervenciones en ensayos controlados, y a la evaluación de programas de servicios. La Psicología de la Salud tiene igualmente una labor importante que realizar a lo largo de esta segunda dimensión (Stone, 1982).

Finalmente, el trabajo del psicólogo de la salud puede diferenciarse según el nivel de organización al que se dirigen sus intervenciones de promoción de salud: niveles intraindividuales, como el nivel físico-químico (por ejemplo, posibles efectos secundarios psicológicos de unos fármacos determinados), el nivel fisiológico y de aprendizaje instrumental o condicionado (biofeedback y técnicas de modificación de conducta), y el nivel psicológico (emotivo-motivacional y cognitivo) y comportamental (Stone, 1982); o niveles interindividuales (técnicas de intervención en grupo para educación sanitaria, o intervención comunitaria); o niveles sociales (colaboración con el diseño de políticas sanitarias, marketing social de la salud, etc.).

Otro de los focos de interés en la Psicología de la Salud es el entrenamiento de profesionales de la salud en ciencias del comportamiento. Ya en 1912, John B. Watson escribía que los estudiantes de medicina debían aprender que, independientemente del campo en que pudieran especializarse (cirugía, obstetricia, psiquiatría, etc.), sus sujetos son seres humanos y no meramente objetos sobre los cuales pueden demostrar sus habilidades. Este desplazamiento de sus valores les conducirá a tomar conciencia de la necesidad de un entrenamiento en Psicología y a aceptar tal entrenamiento (Watson, 1912, p.917). Así, la relevancia y pertinencia de las ciencias del comportamiento en los currícula de las profesiones sanitarias es cada vez mayor, así como la incorporación creciente de psicólogos en Facultades de Medicina, Escuelas de Enfermería, y centros relacionados con la enseñanza de las ciencias de la salud y servicios sanitarios (Matarazzo, Lubin y Nathan, 1978).

Diversos factores científicos y relativos al cuidado de la salud han contribuido a la emergencia formal de la psicología de la salud. Muchos de ellos se entrelazan con el crecimiento de la medicina comportamental y han sido revisados en un trabajo de Neal Miller (1983), en algunos artículos de Matarazzo

(1980, 1982) y unos informes recientes preparados en EEUU por el Instituto de Medicina y el Consejo Nacional de Investigación de EEUU (Krantz et al., 1982). En primer lugar, cambios en las pautas de salud/enfermedad de la población y en las causas de morbilidad y mortalidad. Hoy, las principales causas de la mortalidad son enfermedades crónicas, incluyendo trastornos cardiovasculares y cánceres. Estos estados de enfermedad están causados por una confluencia de factores biológicos, comportamentales, ambientales y sociales (Institute of Medicine, 1978; USDHEW, 1979a). Las enfermedades cardiovasculares, por ejemplo, no son una consecuencia inevitable del envejecimiento (Kannel, 1979). Las variables comportamentales y ambientales, tales como fumar cigarrillos, la dieta, y el estrés, están implicadas en la etiología y patogénesis de estos trastornos.

Hoy en día la información epidemiológica de que disponemos sugiere que unos relativamente pocos factores de riesgo basados en el estilo de vida son potencialmente responsables de la mayor parte de las principales causas de enfermedad y muerte precoz. En EEUU, el informe del Cirujano General de 1979 concluía que de las diez causas principales de muerte en los EEUU, al menos siete podrían ser sustancialmente reducidas si las personas pertenecientes a los grupos de riesgo mejoraran sólo cinco hábitos: la dieta, el fumar, la falta de ejercicio, el abuso del alcohol y el uso de medicación antihipertensiva (USDHEW, 1979b, p.14).

El mismo informe señalaba que 4.3 millones de años se perdían anualmente debidos a enfermedades cardiovasculares, 833.944 años se perdían por ataques al corazón, 814.157 años de vida se perdía por suicidio, y 478.473 se perdían a causa de cirrosis hepática. En España, la primera causa de muerte la constituyen las enfermedades cardiovasculares, que alcanzaban al 39% de total de fallecimientos en 1976. La segunda causa de muerte es el cáncer, que mata a casi una de cada cinco personas que mueren (un 18% del total de fallecidos en 1976). La tercera causa de muerte, por orden de importancia, en la España de hoy, lo son los accidentes, sobre todo los de tráfico, con un 4,5% sobre el total de muertes en 1976 (De Miguel, 1985).

Así pues, a la vista de los datos, poco a poco se ha ido tornando evidentes que la mayoría de los problemas de salud importantes que persisten están basados en la conducta. Esto es, son un resultado de lo que las personas hacen o no hacen. Esta conciencia de la relación entre la conducta y la salud, sin embargo, no es una idea nueva. La creencia en una relación fuerte entre los hábitos y la conducta por un lado y la salud y la enfermedad por el otro ha inspirado el trabajo de médicos, psicólogos, escritores y filósofos desde muy antiguo. De hecho uno de los más tempranos tratados de Hipócrates, escrito alrededor del 375-351 antes de Cristo, sugiere la influencia de las experiencias de la vida coti-

diana sobre la salud o la enfermedad subsecuente y previene a sus colegas para que tuvieran en cuenta las influencias comportamentales tanto en el diagnóstico como en el tratamiento.

Pero, si bien los códigos de conducta, los estados de salud física y los sentimientos de bienestar general se han visto desde hace mucho como íntimamente interrelacionados, sólo recientemente se ha sometido a investigación científica la naturaleza de tales interrelaciones. Hoy parece bastante evidente que la salud y la enfermedad son función no sólo de la constitución corporal del hombre y de su entorno físico, sino también de su interacción psicológica con las personas de su familia, y su ambiente social en general. Por otro lado, los factores comportamentales son ingredientes decisivos en el tratamiento y manejo de la enfermedad. Así por ejemplo, la hipertensión, una enfermedad crónica asintomática con consecuencias potencialmente graves, puede ser controlada farmacológicamente. Sin embargo, el éxito de la quimioterapia requiere que los pacientes cumplan las prescripciones de la medicación, y muchos casos se tratan con cambios en la dieta y en los hábitos más que con fármacos.

En segundo lugar, el reconocimiento del papel que la conducta juega en la aparición de los problemas de salud más acuciantes hoy en día desafía al tradicional modelo biomédico, que considera a la enfermedad como un fenómeno puramente biológico, es decir, como el producto de agentes patógenos o de disfunciones corporales específicas. En consecuencia, desde los investigadores y practicantes comportamentales y biomédicos ha surgido un interés renovado por un modelo más amplio de salud y enfermedad que incluye las variables sociales y psicológicas y su interacción con los procesos biológicos (Engel, 1977; Matarazzo, 1980). El modelo biomédico se ha sustituido (al menos en la teoría) por otro modelo que muchos han denominado **bio-psico-social** y que asume un concepto de salud holística o integral.

En tercer lugar, la interacción entre la psicología y las ciencias de la salud sólo comienza cuando se documentan asociaciones importantes entre variables psicosociales y resultados de salud. Además, el **paradigma biocomportamental** ha emergido en un esfuerzo por hacer avanzar la comprensión científica más allá del nivel descriptivo. En contraste con la perspectiva puramente correlacional, la investigación biocomportamental en la psicología de la salud explora mecanismos que ligen causalmente procesos comportamentales con la salud y la enfermedad; y los científicos de la conducta que trabajan en esta área están dedicando una atención creciente a los procesos fisiológicos (por ej., la actividad neuroendocrina) implicados en el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares para determinar de qué manera estos procesos son influidos por acontecimientos comportamentales. De tal modo, se hace posible traducir descriptores sociodemográficos, psicológicos y epidemiológicos tales como la

edad, personalidad, determinantes genéticos, o historia nutricional en procesos psicofisiológicos que pueden ser modificados o alterados. (Krantz, Grunberg y Baum 1985, p.351 ).

En cuarto lugar, el cuidado de la salud ha dado lugar a una de las más poderosas industrias de servicios dentro del mundo occidental. Los norteamericanos gastan alrededor de 100 billones de dólares anuales en salud (más del 11 por ciento de los ingresos totales). En España, los gastos sanitarios se cifran en unos **800.000 millones** de pesetas (el 6.3% del P.I.B.) (Rodríguez y De Miguel, 1990). La industria sanitaria tiene pues un impacto enorme en la población. Emplea en todo el mundo millones de personas y tiene contacto directo con casi todos los ciudadanos en cuanto usuarios de los servicios de salud. La salud es uno de los valores más importantes del ser humano (si no es más importante), y un ingrediente central de la calidad de vida. Por ello, la salud tiene un impacto sustancial social y psicológico en las personas, impacto que puede ser estudiado y dirigido por el psicólogo de la salud (Taylor, 1986, p.10).

Por otro lado, la aparición de la Psicología de la Salud se ha producido al mismo tiempo que los sistemas y servicios de salud alcanzaban una auténtica situación de crisis (De Miguel, 1985). Una de las características centrales de tal crisis es el incremento acelerado de los costos en materia de salud, que se ha visto acompañado de un significativo descenso en la calidad de los servicios. Aunque se haya podido aumentar cuantitativamente el número de beneficiarios en países con un servicio de salud público, como España, sin embargo, se han mantenido e incluso aumentado las desigualdades sanitarias (Durán, 1983; De Miguel, 1985; Rodríguez 1987). Las soluciones más adecuadas estriban en una reorganización mejor de los recursos actuales, en una reorganización y cambio en el modo de prestar los servicios y en una educación del usuario. Todo ello está fuertemente relacionado con el campo de trabajo de la Psicología de la Salud.

Así, la relevancia de las variables comportamentales y psicosociales en importantes problemas de salud cada día más evidentes, la aparición de un nuevo paradigma en el que se integran tales variables para dar cuenta de sus mutuas interacciones, y el desarrollo del paradigma en la investigación psicofisiológica, establecieron el escenario para que los psicólogos estudiaran estas cuestiones y también les proporcionaron un papel en el desarrollo de las técnicas para la prevención de la enfermedad. (Krantz, Grunberg y Baum, 1985). Esta idea de salud integral, expresada en el modelo bio-psico-social, se ha visto reflejada en un número creciente de conexiones entre la medicina y las ciencias de la conducta. De hecho, uno de los primeros acercamientos al tema de la salud-enfermedad desde esa perspectiva lo constituyó la Medicina Comportamental. Aunque se ha definido de varias maneras, su conceptualización

definitiva nació en la Conferencia de Yale sobre Medicina Comportamental, en 1977, y de la reunión del Grupo de Investigación en Medicina Comportamental (Academia Nacional de la Ciencia de EEUU), en abril de 1978, quedando definida así:

*"La medicina comportamental es el campo interdisciplinar referido al desarrollo e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias biomédicas y de la conducta relevantes para la salud y la enfermedad, y a la aplicación de esos conocimientos y técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación".* (USDHEW 1977, p.4; Schwartz y Weiss, 1978, p.250)

El término de **medicina comportamental** se utiliza, pues, para denotar un amplio campo interdisciplinar de investigación, educación y práctica, referido a la salud/enfermedad físicas, que amalgama elementos provenientes de las ciencias del comportamiento, tales como la psicología y la sociología médica, o la antropología, y de la educación sanitaria, pero también de la epidemiología, fisiología, farmacología, nutrición, neuroanatomía, endocrinología, inmunología, odontología, medicina interna, enfermería, trabajo social y salud pública, entre otras, para colaborar en el cuidado de la salud y en el tratamiento y prevención de la enfermedad (Taylor, 1986). Dentro de este área, Matarazzo (1980) introduce una nueva subespecialidad interdisciplinar: la salud comportamental, que se preocupa específicamente del mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad y de las disfunciones médicas en personas sanas (Matarazzo, 1980, p.807).

Finalmente, la Psicología de la Salud aparece como un área más específica que subraya el papel primario de la psicología como ciencia y como profesión tanto en el campo de la medicina comportamental como en el de la salud comportamental, y que se define como *"el conjunto de contribuciones científicas, educativas y profesionales que las diferentes disciplinas psicológicas hacen a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la enfermedad, a la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, a la mejora del sistema sanitario y a la formación de una política sanitaria"* (Matarazzo, 1980, p.815).

Como puede verse, ambas definiciones, la de Psicología de la Salud y la de Medicina Comportamental, contienen un conjunto de términos comunes: prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, pero, como indica Weiss (1982), quizás la característica más diferencial del psicólogo de la salud sea *"la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud a través del cambio de conducta en direcciones de mejora de la salud"*. Además, mientras que la **medicina comportamental** es considerada como un campo interdisciplinar que reúne los conocimientos comportamentales y biomédicos relevantes para la salud y la en-

fermedad (Schwartz y Weiss, 1978; Miller 1983), la **psicología de la salud** se refiere al papel de la psicología en este dominio (Krantz, Grunberg y Baum, 1985; Marín, 1988).

Así pues, los psicólogos de la salud contribuyen con su trabajo al campo de la medicina comportamental, como lo pueden hacer médicos, personal de enfermería, los trabajadores sociales, y los miembros de todas aquellas otras disciplinas que han elegido practicar, enseñar, investigar o desarrollar políticas, relativas a la integración de las ciencias biomédicas y comportamentales relevantes para la salud y la enfermedad (Belar et al., 1987); aunque, ciertamente, parece claro que la medicina comportamental no podría existir sin las contribuciones de la psicología más de lo que podría hacerlo sin las contribuciones de la biomedicina (Weiss, 1982).

Por otro lado, y respecto a otros campos aplicados de la Psicología que tienen que ver con la salud, es su especial referencia al campo de la salud física lo que le da su característica diferencial a la Psicología de la Salud.

En suma, la Psicología de la salud constituye una disciplina sustantiva que, aunque no disponga todavía de teorías y métodos específicos para su campo de actuación, se nutre, sin embargo, de una amplia gama de teorías y métodos de muchas disciplinas psicológicas básicas, y delimita un área de práctica profesional. Lo que hace a los psicólogos de la salud diferentes de otros psicólogos es su compromiso primordial con los problemas del campo de la salud, y su conocimiento de las personas, contextos, y problemas del sistema sanitario (Adler et al., 1979). Cualquier actividad de la psicología relativa a cualquier aspecto de la salud y/o la enfermedad físicas, el sistema sanitario, o la formación de política sanitaria se considera dentro del campo de la psicología de la salud, y es importante subrayar que las actividades de las diversas áreas de la psicología, tales como evolutiva, fisiológica, cognitiva, industrial, organizacional, social, etc., deben ser tomadas en cuenta cuando se define la psicología de la salud. Feuerstein y cols. (1986, 3-4), afirman que la psicología de la salud trata cuestiones básicas tales como: ¿Cuáles son las bases fisiológicas de la emoción y cómo se relacionan con la salud y la enfermedad?, ¿Pueden identificarse los factores de riesgo biocomportamentales y cuáles son sus mecanismos de acción?, ¿Qué es el estrés?, ¿Qué factores contribuyen al desarrollo de las conductas de salud y enfermedad?, ¿Cómo contribuye el conocimiento psicológico a la comprensión básica de la etiología y manejo de muchos problemas médicos importantes?, ¿Qué roles puede jugar el psicólogo dentro del sistema sanitario? La psicología de la salud debe ser capaz de integrar datos de las diferentes disciplinas psicológicas cuando se plantean todas estas cuestiones.

Es, por tanto, evidente la distinción necesaria entre el campo muy amplio delimitado por la unión de Psicología y Salud, ya antigua y sesgada por una atención preferente a la enfermedad mental, con el campo más restringido de la Psicología de la Salud, muy reciente y sesgado en su orientación hacia la promoción de la salud y hacia la prevención de la enfermedad, físicas.

## II. LA PSICOLOGIA DE LA SALUD EN ESPAÑA, HOY.

España tiene un Sistema Nacional de Salud, creado por la Ley General de Sanidad de 1986, y resultado de un proceso originado en 1908 con la creación del Instituto Nacional de Previsión, que se transformó sucesivamente en Seguro Obligatorio de Enfermedad (en 1944), en Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social (1967) y finalmente en Instituto Nacional de la Salud (en 1978) (De Miguel y Guillén, 1987). El Sistema Nacional de Salud cubre prácticamente la asistencia sanitaria de toda la población española, articulando los Servicios de Salud de cada una de las Comunidades Autónomas. La citada Ley General de Sanidad constituye un intento de reforma sanitaria basada en cinco principios básicos: 1) Salud para todos; 2) la salud como un concepto integral; 3) la participación comunitaria; 4) la educación sanitaria; y 5) los derechos de los usuarios.

El Sistema Nacional de Salud es la expresión institucional y organizacional de tales principios, cuya realización es su objetivo. La pretensión de conseguir una salud para todos es un mandato constitucional (art. 43.1 de la Constitución Española), que se corresponde con la estrategia de salud para todos de la OMS (Pinilla Palleja, 1990). El concepto integral de salud implica la relevancia de otros aspectos sanitarios distintos de los puramente curativos tales como la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la rehabilitación social (Mansilla, 1984). Todos ellos han sido recogidos en la LGS. Así pues, si se acepta, tal como hace la LGS, que los medios y actuaciones del sistema sanitario deben orientarse prioritariamente a la promoción de la salud, a la educación sanitaria, a la prevención de la enfermedad, y a la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente, además de garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de salud (arts. 3, 6 y 18), es fácil inferir que la Psicología de la Salud constituye uno de los campos aplicados de la Psicología cuyo desarrollo está estrechamente ligado a una correcta aplicación de la LGS (Rodríguez, 1988). Sin embargo, el trabajo de los psicólogos en el sistema sanitario está fundamentalmente ligado a los hospitales psiquiátricos o a servicios de psiquiatría de hospitales generales, o a centros de salud mental, y su trabajo se orienta fundamentalmente hacia la enfermedad mental. Hasta ahora, pues, no se puede hablar de práctica de la psicología de la salud en España,

aunque, en un sentido lato, se puede decir que los psicólogos españoles abordan problemas de este campo, dentro de un conjunto indiscriminado de problemas más relacionados con la salud mental (Camarero y Ferrezuelo, 1988). Asimismo, la progresiva aplicación de la LGS en las diferentes comunidades autónomas va produciendo una creciente incorporación de psicólogos al sistema sanitario con un papel no limitado a la asistencia de problemas psiquiátricos (Fernández Ballesteros y Carroble, 1988). La investigación es la que, sin duda, ha tenido un desarrollo acelerado en los últimos años, y es difícil recoger aquí la totalidad de lo realizado en psicología de la salud en España en la última década. Por ello, es necesario centrarse sólo en algunos núcleos temáticos y grupos de investigación que pueden servir de ejemplo. Por otro lado, mientras que en otros países, el concepto de Psicología de la Salud parece estar lo suficientemente claro y diferenciado, en España existe todavía confusión respecto al concepto. En muchas ocasiones se confunde Psicología de la Salud con Psicología Clínica, en otras con Terapia de Conducta, y en otras, por último, con Medicina Comportamental. Aunque las relaciones entre todas ellas son innegables, sin embargo es importante y necesario diferenciarlas.

### **1. El desarrollo de la Psicología de la Salud en España.**

Ciertamente, podríamos decir que los inicios de la Psicología de la Salud en España se producen en la década de los 70 que se caracteriza por una enorme expansión de la **modificación de conducta**, reflejada en la realización de Congresos, Simposia, y reuniones, nacionales e internacionales, así como en la aparición de varias nuevas revistas y en la constitución de diversas sociedades científicas en el ámbito de la terapia y modificación de conducta, tales como la Sociedad Valenciana de Análisis y Cambio de Conducta, la Asociación Española de Terapia del Comportamiento, y la Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament. Pero, aunque muchas de las contribuciones de esta década constituyan la base para el desarrollo de la psicología de la salud, y otras muchas puedan considerarse trabajos dentro de ese campo, la Psicología de la Salud, como campo diferenciado no aparece en España hasta la década de los 80.

En 1984, en el I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos, aparece por primera vez un área específica denominada **Psicología y Salud**; en 1987 se crean diversos departamentos universitarios de Psicología de la Salud, se celebra el I Congreso Nacional de Psicología de la Salud en Jaén, y en el II Congreso de Evaluación Psicológica se introduce un área sobre **Evaluación en Psicología de la Salud**; en 1988 se constituye la primera asociación de Psicología de la Salud (la Sociedad Valenciana de Psicología de la Salud), en 1989 aparece la **Revista de Psicología de la Salud** (editada por el Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad de Alicante); y en 1990, en el II Con-

greso Nacional del Colegio Oficial de Psicólogos, en el III Congreso Nacional de Psicología Social, y en el Congreso de la Sociedad Española de Psicología, la Psicología de la Salud aparece como un área solidamente constituida y claramente diferenciada. En el II Congreso Nacional del COP, el área de Psicología de la Salud fue, entre 11, la tercera en importancia por el número de contribuciones (99), que versaron sobre una amplia variedad de temas: promoción de la salud, estrés y enfermedades cardiovasculares, aspectos psicológicos de enfermedades como diabetes, obesidad, SIDA, o de la cirugía, dolor, tratamiento mediante biofeedback, prevención e intervención en drogodependencias, etc. En el último congreso de Evaluación Psicológica (Barcelona, 1991), la Psicología de la Salud ha contado, igualmente, con una importante participación. Por otro lado, un análisis de los contenidos de los artículos publicados en las diferentes revistas españolas en esta década indica una tendencia de aumento creciente de artículos sobre temas que corresponden al campo de psicología de la salud. Este tipo de trabajos es más frecuente todavía en algunas revistas tales como *Análisis y Modificación de Conducta*, la *Revista Española de Terapia de Comportamiento*, *Psicothema* o *Clínica y Salud*, y, en la más específicamente referida al campo, la *Revista de Psicología de la Salud*.

## **2. La investigación en Psicología de la Salud en España.**

Este apartado pretende presentar algunos de los esfuerzos que los psicólogos españoles han llevado a cabo o están llevando a cabo para ampliar la contribución de la psicología en el campo de la salud física.

La importancia de tal contribución se ha puesto de relieve cuando la medicina contemporánea ha puesto de manifiesto que los factores de riesgo más importantes para las enfermedades crónicas (incluyendo enfermedades cardiovasculares y cáncer), que son hoy las principales responsables de la mortalidad en el mundo, son variables comportamentales. La importancia de las variables psicosociales y comportamentales en los problemas de salud más importantes en la actualidad fundamenta la exigencia de que los psicólogos estudien estos temas y les otorga un papel relevante en el desarrollo de las técnicas de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud. Tal importancia se ha vuelto cada día más evidente en tres niveles: (1) En la etiología y patogénesis de una u otra enfermedad física. (2) En el tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y de sus consecuencias sintomáticas. Los factores comportamentales son cruciales en la efectividad de los tratamientos de la farmacoterapia, que requiere que el paciente cumpla con las prescripciones; pero también lo son, y más, en los tratamientos que exigen cambios en el estilo de vida, y que a veces requieren el apoyo de entrenamiento en destrezas sociales de algún tipo; o lo son cuando se trata de aplicar técnicas de modificación de conducta a la rehabilitación o a la reducción del dolor postquirúrgico, etc. Finalmente, (3) En la pre-

vención de la enfermedad y en la promoción de conductas saludables, incluyendo una área de preocupación muy reciente, el SIDA.

En la última década la psicología española ha contribuido con su investigación a cada uno de esos tres niveles. En un trabajo de estas dimensiones es prácticamente imposible recoger la totalidad de lo realizado dentro del campo de la psicología de la salud, que abarca una amplia gama de orientaciones y aportaciones desde todas las disciplinas psicológicas, desde lo social a lo fisiológico. Por ello, no cabe sino centrarse en algunos núcleos temáticos y grupos de investigación, particularmente interesantes y activos respectivamente, y que pueden servir como botón de muestra.

### 2.1. Relación entre conducta y enfermedad física.

Aquí encontramos trabajos que han puesto de relieve que el comportamiento está implicado en la mayor o menor invulnerabilidad del individuo ante los microorganismos (Bayes, 1987), y en la mayor o menor efectividad con que la persona afronta la enfermedad (Bayés, 1985; Costa y López, 1986; Labrador y Castro, 1987; Fernández y Pérez, 1987.) Bayés ha subrayado que *"las variables psicológicas son capaces de influir en el sistema inmunitario, fortaleciéndolo o debilitándolo, y de afectar, de alguna manera, a través de esta vía, a la salud y a la enfermedad"*. (Bayés, 1988, 8). Igualmente, M.Valdés y T.de Flores, han estudiado el tema de la posible relación entre el estrés y el funcionamiento del sistema inmunitario, en su libro **Psicobiología del Estrés**, señalando que el conjunto general de los datos procedentes de la experimentación animal y de la observación clínica humana habla en favor de los efectos inmunosupresores del estrés. (Valdés y Flores, 1985.)

En la Universidad de Sevilla (US), Barriga, Fernández, León y Martínez, con diversos colaboradores, han trabajado sobre la **reactividad psicofisiológica al estrés**, estudiando el efecto de la exposición a situaciones incontrolables sobre las respuestas cardiovasculares en sujetos con patrón de conducta tipo A (Fernández et al., 1988). Por lo que se refiere a la relación entre patrones comportamentales y enfermedades coronarias, la mayoría de las investigaciones en España se han referido a la conducta Tipo A. El grupo de trabajo dirigido por M. Valdés y T. de Flores, en la Universidad de Barcelona (UB) lleva a cabo una extensa labor tanto en el tema de la evaluación de este patrón comportamental, como en el del análisis de su papel etiológico respecto de las enfermedades coronarias (Flores, Valdés, Treserra, García-Esteve, y Núñez, 1985; Flores y Valdés, 1986; Valdés y Flores, 1987; Bernardo, Flores, Valdés, Mestres y Fernández, 1987). En la Universidad de Granada (UG), bajo la coordinación de Jaime Vila, se trabaja sobre el mecanismo explicativo que liga lo psicológico o comportamental con lo biológico u orgánico en el caso de los tratamientos

coronarios (Fernández y Vila, 1989a; 1989b). En Madrid, en la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), J. Bermúdez (1989) se ocupa de los factores psicológicos en la etiología de las alteraciones cardiovasculares, describiendo las conductas de riesgo (Tipo A), y explicando el mecanismo psicológico por el que se desarrollan y el mecanismo fisiológico por el que llevan al trastorno coronario.

Distintos estudios sobre las relaciones, consistentemente establecidas entre determinados acontecimientos estresantes, la salud (autoinformada) y otros aspectos psicológicos (como la satisfacción) y sociales (como las redes de apoyo social) en una población especial, como es la de mayores de 65 años, han sido llevados a cabo en la Universidad Autónoma de Madrid por el equipo que dirige Fernández-Ballesteros (Fernández-Ballesteros, Díaz, Izal y Hernández, 1987; Díaz, 1988). Esta población está siendo estudiada igualmente en la Universidad de Alicante por J. Miquel, D. Ribera y A. Reig, que trabajan con personas ancianas evaluando variables bioquímicas, y parámetros psicológicos, con el fin de establecer asociaciones significativas entre bioquímica y psicología, para programar intervenciones terapéuticas precisas y holísticas (Ribera, 1986; Prieto et al, 1987; Ribera et al., 1987; Ribera, Reig y Miquel, 1988; Ribera y Reig, 1989.)

Finalmente, el tema del estrés organizacional en instituciones sanitarias, esta siendo investigado por J.M. Peiró y sus colaboradores en la Universidad de Valencia (UV), que trabajan sobre el desempeño de roles y estrés laboral en profesionales de la salud en organizaciones hospitalarias (Peiró y Zurriaga, 1985; Peiró, Zurriaga y Meliá, 1986; Zurriaga, 1987; Zurriaga y Valcárcel, 1989.) En Alicante, A. Reig, D. Ribera y E. Cartagena han explorado la salud psicológica de los profesionales de enfermería (estrés, estados depresivos y frustración profesional) (Cartagena, et al., 1986; Ribera, Cartagena y Reig, 1987). Por otro lado, J. Rodríguez y sus colaboradores han estudiado las características estresantes del hospital como organización sanitaria sobre el paciente (Rodríguez, 1986b; Rodríguez, López y Pastor, 1989a). En la Universidad de Sevilla, José M. León, A. Gómez y M. Carmen Durán (1991) han trabajado sobre las posibles relaciones entre factores inherentes a la organización hospitalaria, que pueden actuar como fuentes de estrés, y el desempeño laboral de distintos profesionales hospitalarios, y sobre el papel del apoyo social como reductor del estrés.

Otra de las patologías ligada a factores psicológicos y comportamentales es el dolor psicógeno. En la UB, un amplio grupo de investigación ha estudiado esta entidad nosológica (García-Esteve et al., 1985; Treserra et al., 1987; Núñez, et al., 1989; Valdés et al., 1988; Valdés et al., 1989), sugiriendo la conveniencia de considerar hipótesis etiopatogénicas distintas, según que el dolor

psicógeno sea visto como integrado en los trastornos afectivos, como síndrome psicósomático o como estado maladaptativo determinado por peculiaridades psicobiológicas. En la Universidad Complutense de Madrid (UCM), Vallejo y Labrador (1983) han propuesto un modelo psicobiológico para explicar las cefaleas.

## **2.2. Conductas y hábitos insalubres.**

En el caso de comportamientos disfuncionales relacionados con los hábitos alimentarios, uno de los problemas que ha recibido más atención es la obesidad. En España, ya en la década de los 70, se presentaba en un 30% de personas aproximadamente, fundamentalmente mujeres a partir de los 35 años, y en 9,2% de la infancia. C. Saldaña, de la U. B. se ha dedicado al estudio de los referentes comportamentales de la aparición y tratamiento de la obesidad. Su libro **Obesidad** (Saldaña y Rossell, 1988) es una fuente importante de información al respecto, tanto con referencia a la evaluación conductual de la obesidad como a la modificación y terapia de conducta para su tratamiento. Desde un punto de vista práctico es también relevante el libro **Prevención y Tratamiento de la Obesidad** de M.N. Vera y M.C. Fernández de la UG (Vera y Fernández, 1989).

## **2.3. Intervenciones psicológicas colaboradoras o sustitutivas de las terapias médicas.**

En este campo, la utilización del biofeedback como técnica de tratamiento es uno de los centros de interés en España. En este campo, J.A. Carrobles viene trabajando desde hace muchos años y sobre problemas muy diversos, que van desde la paidofilia hasta la miopía, pasando por la rehabilitación neuromuscular o el dolor de cabeza (Carrobles, 1977; 1978; 1981; 1983; Carrobles, Cardona y Santacreu, 1981). El libro de Carrobles y Godoy **Biofeedback** (1987) constituye una muestra del trabajo realizado, pero, muchos otros autores trabajan también sobre este tema, desde una perspectiva teórica y aplicada (Bayés, 1983; Blas y Labrador, 1984; Carmona, 1980; Fernández y Roa, 1983; Godoy y Riquelme, 1985; Jiménez, Calzada y García, 1985; Labrador, 1983; León, 1986; Pegalajar y Vila, 1985; Puente, et al., 1985; Saldaña, 1983; Simón y Peralbo, 1985; Vallejo, 1984; Vallejo y Labrador, 1984; Vila, 1982; 1984).

Otro de los problemas que ha suscitado interés es el del **efecto placebo**. En la Universidad de Oviedo (UO), Marino Pérez et cols., han realizado trabajos sobre el tema del efecto placebo, revisando éste como fenómeno clínico y sugiriendo su formulación psicológica (Pérez, 1989; Pérez y Martínez, 1987). El mismo grupo ha desarrollado un interesante trabajo de investigación sobre la posibilidad de tratamiento psicológico en problemas de salud específicos (hi-

pertensión esencial, síndrome de colón irritable, y estreñimiento). La temática de la hipertensión esencial ha sido investigada particularmente por Amigo (1989), que se ha centrado en el análisis de la aplicación de técnicas cognitivo-comportamentales al problema de la hipertensión esencial y en la evaluación de su eficacia para la regulación de la presión arterial elevada (Amigo, Buceta y Bueno, 1989; 1990). Por otro lado, C. Fernández y M. Pérez han trabajado para valorar la eficacia de varias técnicas de modificación de conducta en pacientes con síndrome de intestino irritable (Fernández, 1989; Pérez, 1990).

Si en el apartado anterior mencionábamos el tema del dolor, en cuanto a la posibilidad de la existencia de factores psicológicos y/o conductuales en su etiología, también está siendo importante la investigación sobre los tratamientos comportamentales del dolor. En Barcelona, J. Moix ha validado la escala UAB de dolor conductual (Moix, 1990), y W. Penzo ha realizado su tesis doctoral sobre evaluación conductual del dolor crónico, su libro sobre el dolor crónico, publicado en 1989, ofrece un interesante capítulo sobre tratamientos psicológicos del dolor (Penzo, 1989). Igualmente, en Sevilla, Luis Jarana y José M. León, han trabajado sobre el tratamiento psicológico del dolor crónico, centrándose en el abordaje comportamental (Jarana y León, 1988, 1990). Pastor, López, Salas, Pascual, y Rodríguez, de la UA, están trabajando sobre un tipo de pacientes reumáticos cuya característica diferencial es el padecimiento de un dolor que no tiene ningún referente orgánico, aunque se adscriben a una entidad nosológica específica: el síndrome fibromiálgico primario (Pastor et al., 1988; Salas et al., 1989). Vallejo (UCM) ha llevado a cabo una revisión de la aproximación psicológica al dolor: análisis funcional del paciente con dolor crónico y técnicas psicológicas aplicadas al tratamiento del dolor y ha investigado la existencia de efectos terapéuticos no controlados en el tratamiento con biofeedback del dolor crónico, (Vallejo, 1984). En el tema de la obesidad, García y Saldaña (1986) han propuesto un modelo interdisciplinario de tratamiento médico-conductual.

#### **2.4. Afrontamiento y ajuste a la enfermedad y a los procedimientos diagnósticos o terapéuticos estresantes.**

Las reacciones psicológicas al padecimiento de la enfermedad han sido muy estudiadas por la psicología española en la última década. En el caso del cáncer hay que destacar la activa labor llevada a cabo desde hace años por un grupo de la Universidad de Valencia (UV), bajo la dirección de Elena Ibáñez y Pilar Barreto, que ha estudiado las reacciones emocionales y el tema de la información como variable moduladora en un grupo de mujeres con cáncer de mama (Barreto, 1984; Barreto, Capafons e Ibáñez, 1987; Ibáñez, 1988; Andreu et al., 1988). En la UA, se trabaja sobre los concomitantes psicológicos del padecimiento del cáncer, y sobre el impacto estresante del tratamiento quirúrgi-

co, así como sobre las estrategias de afrontamiento usadas por pacientes mastectomizadas y laringectomizados (Rodríguez et al., 1988). Además se ha mantenido una línea de investigación específica sobre las reacciones psicológicas en los pacientes ostomizados (Antón, 1985; Rodríguez, 1986a; Rodríguez et al. 1989d; López et al., 1990b). Se ha trabajado también sobre la percepción de problemas de ajuste psicosocial por parte de los pacientes oncológicos y del personal de salud (Rodríguez, Castro y López, 1986; Rodríguez, López y Pastor, 1989c).

En la Universidad de La Laguna, V. Pelechano y sus colaboradores están llevando a cabo una interesante investigación sobre dimensiones de personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes sometidos a diálisis y de cáncer (Pelechano, Sosa y Capafons, 1991). En la UA, Pastor, López y Rodríguez, estudian el afrontamiento del dolor por pacientes reumáticos, el afrontamiento de la cirugía por desprendimiento de retina, y el afrontamiento de la hospitalización (Rodríguez, 1986b; 1987; Pastor, López y Rodríguez, 1990; Rodríguez, López y Pastor, 1989b; López et al., 1990). En particular, trabajan sobre las dificultades de adaptación al dolor crónico en pacientes reumáticos, sobre todo de un grupo especial: el de los fibrosíticos. (Pastor et al., 1990).

El impacto estresante de las intervenciones quirúrgicas ha sido otro de los campos que ha recibido una atención especial en la UAB (Moix, 1988a) y en la UA (Rodríguez, López y Pastor, 1989b; López, 1990).

J.J. Mira (UA) ha estudiado los efectos estresantes de determinados procedimientos anticonceptivos, entre ellos el de la colocación del DIU. Tal colocación tiene efectos claramente estresantes, conllevando taquicardia, lipotimias, conducta hipervigilante y muestras de miedo a experimentar dolor por la inserción del dispositivo. Mira presenta una alternativa para el manejo de esta situación estresante con el objetivo de promover en la mujeres un sentido de autoeficacia (Mira, 1988). Finalmente, un trabajo que ha de ser mencionado aquí, es El impacto psicológico de ser madre, de V. Pelechano (Pelechano, 1981). Uno de sus resultados más interesantes fue poner de relieve el **efecto hospitalización**: las pacientes ingresadas en el hospital para parir mostraron conductas semejantes a las otras mujeres ingresadas por razones de enfermedad.

## 2.5. Prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

A este respecto uno de los libros de mayor interés publicados en España durante la última década es Salud Comunitaria, de Miguel Costa y Ernesto López (1986). Costa y López subrayan que hablar de los objetivos de la Educación para la Salud implica hablar de los objetivos de la Promoción de la Salud: De-

sarrollar hábitos y costumbres sanas en la gente; modificar las pautas de comportamiento de la gente cuando sus hábitos son insanos o peligrosos para la salud; promover la modificación de los factores externos al individuo que influyen negativamente en su salud; y conseguir que los individuos y los grupos organizados de la comunidad acepten la salud como un valor fundamental.

Dentro de este marco teórico general, hay múltiples campos de aplicación de la educación para la salud. Costa y sus col. (1989) han considerado, sobre todo, la educación de los pacientes respecto al autocuidado como problemas marco de muchos otros problemas de salud. Por otro lado, no sólo han reflexionado teóricamente sobre los temas de la Educación para la Salud, sino que desde su lugar de trabajo han llevado a la aplicación práctica los principios expuestos (Costa et al., 1983; Costa et al., 1985). La educación sanitaria como instrumento de promoción de la salud, ha sido considerada también en la US, por M. Martínez, J.M. León, I. Fernández y S. Barriga (Martínez et al., 1987). En el campo de la prevención de conductas insalubres, Ramón Bayés y su equipo en la UAB tratan de analizar los aspectos psicológicos que necesariamente se deben contemplar en los programas de prevención del SIDA (Arranz y Bayés, 1988). Para Bayés (1989) la construcción de un programa de prevención eficaz del SIDA debe basarse en el Análisis Funcional de Conducta, que permite comprender mejor por qué se mantienen los comportamientos de riesgo. Recientemente, Bayés y Ribes (1989) han propuesto un modelo psicológico de prevención de la enfermedad aplicado al SIDA. M. Martínez y José M. León, en la US, han analizado los factores que determinan el impacto del SIDA en nuestra sociedad, desde los puramente biológicos a los estrictamente psicosociales, y han propuesto un programa de intervención en el ámbito de la educación para la salud, dirigido no sólo a los colectivos afectados, sino también a la población general (Martínez y León, 1987; León, Aguilar y Mediavilla, 1989). En cuanto a hábitos saludables y entre muchos otros, en la UO, C. Fernández ha trabajado para desarrollar un programa de incremento de los hábitos que propician una correcta higiene buco-dental (Fernández y Gil, 1988; Tejerina, Pérez y Echevarría, 1987).

La contribución de la Psicología de la Salud al campo de la prevención en España se ha producido también en otro campo importante: el de la droga. Maciá (1984; 1986) en la Universidad de Murcia, y J.A. García en el Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad de Alicante, han construido y puesto en práctica modelos muy semejantes de prevención precoz de la drogodependencia (García y López, 1988). En los últimos años se ha producido un fuerte aumento de programas de prevención de drogodependencias en todas sus vertientes. Las aportaciones más potentes a la prevención se han centrado en el ámbito escolar (Calafat et al., 1985; 1989; Vega, 1984.)

Con el objetivo de promover conductas sanas durante el embarazo, en la relación sexual, y para prevenir problemas ginecológicos, Mira y Van-der Hofstadt (1987) han experimentado el diseño de una metodología específica de trabajo para que las matronas puedan llevar a cabo tareas de información y asesoramiento en sexualidad.

Finalmente, en la UAM, Fernández-Ballesteros y sus colaboradores han llevado a cabo una serie de trabajos en instituciones dirigidas a la atención del anciano (Fernández Ballesteros, Izal, Diaz, Gonzalez y Souto, 1988; Fernández-Ballesteros, Diaz, Izal y Hernández, 1988). Han construido también un procedimiento de valoración de programas y servicios que han testado con la valoración, entre otros, del programa de asistencia geriátrica (Fernández-Ballesteros, Izal, Montorio, Llorente, Hernández y Guerrero, 1990). Por otra parte, con el objetivo de promover la competencia en la vejez en aquellas situaciones que ocurren con más frecuencia y son percibidas como más estresantes en este segmento de la población, han diseñado y testado dos programas de intervención para aplicar en contextos comunitarios que, pueden ser utilizados en la prevención, como en la rehabilitación (Fernández-Ballesteros, Souto, Diaz, Hernández, Izal y Gallego, 1987).

### **3. La formación en Psicología de la Salud.**

Pocos departamentos universitarios españoles han establecido programas para formar a estudiantes en Psicología de la Salud. Aunque la situación probablemente cambiará en el futuro, con la aparición de los nuevos planes de estudios de las diferentes universidades, en el momento actual no hay enseñanzas de Psicología de la Salud a nivel pregraduado. Sin embargo a nivel postgraduado han proliferado los cursos de Psicología de la Salud. Por un lado, los denominados cursos **master**. Los hay en las universidades de Alicante (con una duración de dos años), y de Sevilla (un año). Por otro lado, hay cursos de postgrado sin esa denominación (y de menor duración) en muchas otras universidades: Barcelona (Autónoma), Granada (C.U. de Jaen), Madrid (Complutense), Santiago de Compostela y UNED. Este tipo de cursos pueden considerarse como cursos de especialización, con una duración muy variable, y con denominaciones diversas: **Intervención comportamental en Psicología de la Salud, Intervención Psicológica en Ansiedad y Estrés, Organización de Servicios Sanitarios, Medicina Comportamental, Psicología de la Salud, etc.** (C.U., 1990a).

Por otro lado, cuatro universidades tienen actualmente (en el período 90-92) organizados programas de doctorado en Psicología de la Salud: Alicante, Granada, La Laguna y Autónoma de Madrid, con las denominaciones de **Comportamiento y Salud, Psicología Clínica y Salud, Psicopatología Social y**

**Salud y Psicología de la Salud**, respectivamente (C.U., 1990b). En otras universidades, como Valencia, también ha existido en el período anterior. Aunque el objetivo de estos cursos es básicamente la formación de investigadores, cada vez se pone mayor énfasis en su relevancia para una posible práctica profesional. Su estructura es común: dos años para cursar un total de 320 créditos, tras los cuales hay que realizar una tesis doctoral. Sus contenidos también suelen coincidir en gran medida: un núcleo de conocimientos centrales aplicados a las cuestiones de salud (metodología de investigación y diseño experimental; estrategias de evaluación; bases biológicas, cognitivas, afectivas, y sociales de la conducta de salud; etc. En segundo lugar, incluye cursos más específicos sobre psicología clínica de la salud, medicina comportamental, bases fisiológicas de la salud y de la enfermedad, psicología social de la salud y de la enfermedad, y técnicas de diseño de programas de intervención en campos concretos. Finalmente, incorporan cursos optativos en campos no psicológicos, pero estrechamente relacionados con la salud: patología, fisiología, bioestadística, salud pública, etc.). Naturalmente, cada uno de los programas enfatiza más aquellas materias más relacionadas con sus intereses nucleares. Así, el programa de la Universidad de Alicante se centra en el afrontamiento de la enfermedad crónica, en la calidad de vida y en los programas de intervención comunitaria; en la Universidad de Granada el programa se centra en la Psicofisiología de la Salud, en el Biofeedback y en la Medicina Comportamental; en La Laguna el interés se centra en las habilidades sociales de los pacientes crónicos; y en la Universidad Autónoma de Madrid, aunque no hay un núcleo particular, se tocan diferentes problemas de salud: enfermedades coronarias, alcoholismo, cancer, miopía, dolor, SIDA, obesidad, promoción de la salud, etc.

Finalmente, cabe decir que la formación en Psicología de la Salud no sólo se dirige a profesionales de la Psicología, sino a otros profesionales sanitarios, en cuyo entrenamiento la Psicología está tomando cada día un papel más relevante. Muchos de los cursos mencionados se ofrecen a médicos/as, a enfermeros/as y a trabajadores/as sociales. En algunos casos se han programado cursos específicos sobre temáticas concretas para algunos de estos profesionales, como es el caso de los cursos para entrenamiento en habilidades sociales para el personal médico y de enfermería, realizados por el Dpto. de Psicología Social de la Universidad de Sevilla (Gil et al., 1991).

## CONCLUSIONES

La Psicología de la Salud en España se encuentra hoy en una fase de desarrollo creciente, propiciado, por un lado, por la aplicación progresiva de la Ley general de Sanidad, con su mayor énfasis en la salud pública, en la promo-

ción de la salud y en la educación sanitaria; y, por otro, por el considerable trabajo de investigación realizado principalmente por psicólogos que trabajan en departamentos universitarios con la incorporación creciente del trabajo de muchos de los que trabajan en Centros de Atención Primaria con una nueva perspectiva. Además, el Colegio Oficial de Psicólogos tiene entre sus objetivos la creación de una sección de Psicología de la Salud, que constituirá una plataforma para su crecimiento y consolidación, y los nuevos planes de estudio de la mayoría de las Facultades de Psicología incorporan la Psicología de la Salud en sus currícula. Finalmente, el desarrollo de la Psicología de la Salud en España está siendo impulsado también desde las ciencias y práctica médicas y de enfermería, que cada vez demuestran un mayor interés en las aplicaciones de la Psicología en el campo de la salud.

## **AGRADECIMIENTOS**

Estoy en deuda con mis colegas y amigos R. Bayés, J.A. Carrobes, M. Costa, R. Fernández-Ballesteros, J.R. Fernández-Hermida, J.M. León, M.F. Martínez, J.J. Mira, C. Saldaña, J. Vila, y muchos más, por su ayuda en la obtención de los datos y por sus comentarios y sugerencias. Sin ellos, probablemente, este trabajo no hubiera podido escribirse.

## **REFERENCIAS.**

Adler, N.E.; Cohen, F. y Stone, G.C. (1979): *Themes and Professional Prospects in Health Psychology*. En G.C. Stone, F. Cohen y N.E. Adler (Eds.): *Health Psychology. A Handbook*. San Francisco: Jossey Bass Publ.

American Psychological Association (1979): *Psychology as a Health care Profession*. Washington: APA.

Amigo, I. (1989): *Aplicación de una técnica cognitivo-comportamental al problema de la hipertensión esencial*. Tesis doctoral. Universidad de Oviedo.

Amigo, I.; Buceta, J.M. y Bueno, A.M. (1989): Posibilidades y límites del tratamiento psicológico de la hipertensión esencial. *Hipertensión*, 6 (9): 587-590.

Andreu, Y.; García Riaño, D. e Ibáñez, E. (1988): Reacciones emocionales en las pacientes con cancer de mama. **Análisis y Modificación de Conducta**, 39: 93-116.

Antón, M. (1985): **Personalidad y Ajuste psicosocial en pacientes con cáncer colorrectal**. Memoria de Licenciatura. Universidad de Alicante.

Antón, M.D.; Maciá, D. y Méndez, X. (1988): Intervención comportamental educativa en atención primaria. **Rev. Rol de Enfermería**, 118: 31-35.

Arranz, P. y Bayés, R. (1988): SIDA y prevención: Un enfoque multidisciplinario. **Jano**, 812: 46-55.

Barreto, P. (1984): **Factores psicológicos en pacientes con cáncer de mama**. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.

Barreto, P.; Capafons, A. e Ibáñez, E. (1987): ¿Depresión y Cáncer o Adaptación y Cáncer?. **Boletín de Psicología**, 14: 125-146.

Bayés, R. (1979): **Psicología y Medicina**. Barcelona: Fontanella.

Bayés, R. (1983): Bioretroalimentación y efecto placebo. **Rev. Latinoamericana de Psicología**, 15 (1-2): 63-85.

Bayés, R. (1985): **Psicología Oncológica**. Barcelona: Martínez Roca.

Bayés, R. (1987): Factores de aprendizaje en la respuesta del sistema inmunitario. **Jano**, 768: 56-66.

Bayés, R. (1988): Modulación psicológica de la respuesta inmunológica. **Rev. Cubana Hematol. Inmunol. Hemoter.**, 4(1): 7-29.

Bayés, R. (1989): La prevención del SIDA. **Cuadernos de Salud**, 2: 45-55.

Bayés, R. y Ribes, E. (1989): Un modelo psicológico de prevención de enfermedad: su aplicación al caso del SIDA. **Papeles del Psicólogo**, 41/42: 122-125.

Belar, C.D.; Wilson, E. y Hughes, H. (1982): Health psychology training in doctoral psychology programs. **Health Psychology**, 1(3): 289-299.

Bermudez, J. (1989): Aspectos psicológicos de los trastornos cardiovasculares. En E. Ibáñez y A. Belloch. **Psicología y Medicina**, Valencia: Promolibro.

Bernardo, M.; de Flores, T.; Valdés, M.; Mestre, L. y Fernández, G. (1987): Coronary heart disease and psychological variables: is Type A enough to increase the risk? **Personal Individ. Diff.**, 8(5): 733-736.

Blas, R. y Labrador, F.J. (1984): Eficacia de los términos de relajación, biofeedback de RPG e inoculación de estrés en la modificación de la percepción del dolor inducido experimentalmente. **Análisis y Modificación de Conducta**, 10: 513-532.

Calafat, A.; Amengual, M.; Farres, C. y Borrás, M. (1985): **Tú decides. Programa de educación sobre drogas**. Servei d'Informació i Prevenció de l'Abús de Drogues. Comissió de Sanitat. Consell Insular de Mallorca. Palma.

Calafat, A.; Amengual, M.; Mejías, G.; Borrás, M. y Palmer, A. (1989): Evaluación del programa de prevención: Tú decides. **Revista Adicciones**, Vol. 1, 2: 96-111.

Camarero, C. y Ferrezuelo, P. (1988): El rol del psicólogo de la salud. **Papeles del Psicólogo**. VI(33): 19-34.

Carmona, A. (1980): Biofeedback: Aprendizaje instrumental de las respuestas viscerales y glandulares. **Rev. Chilena de Psicología**, 3: 45-53.

Carrobbles, J.A. (1977): Biofeedback: Una nueva perspectiva terapéutica en la rehabilitación neuromuscular. En González Más (Ed.), **Rehabilitación**, 90. Madrid: Asociación Iberoamericana de Rehabilitación.

Carrobbles, J.A. (1978): Un caso anecdótico de paidofilia tratado por medio de un feedback pletismográfico. **Rev. de Psicología Gral. y Aplicada**, 152: 381-399.

Carrobbles, J.A. (Ed.) (1981): **El biofeedback en la rehabilitación de accidentes de la mano y el pie: Estudio experimental de casos clínicos.** Madrid. Fundación Mapfre.

Carrobbles, J.A. (1983): La biorretroalimentación en la rehabilitación neuromuscular: Revisión y estudio de casos. **Rev. Latinoamericana de Psicología, 15:** 215-236.

Carrobbles, J.A. y Godoy, J. (1987): **Biofeedback.** Barcelona: Martínez Roca.

Carrobbles, J.A.; Cardona, A., y Santacreu, J. (1981): Shaping and generalization procedures in the EMG-biofeedback treatment of tension headaches. **British J. of Clinical Psychology, 20:** 49-56.

Cartagena, E.; Reig, A.; Ribera, D.; García, J.A.; Caruana, A. y Maciá, L. (1986): Estrés profesional en Enfermería. Un análisis empírico en el hospital. **Enfermería Científica, 46:** 4-12.

Consejo de Universidades (Secretaría General) (1990a): **Estudios de post-grado. Curso 90-91.** Madrid: MEC.

Consejo de Universidades (Secretaría General) (1990b): **Programas de Doctorado. Curso 90-91.** Madrid: MEC.

Costa, M. y López, E. (1986): **Salud comunitaria.** Barcelona: Martínez Roca.

Costa, M.; Benito, A.; González, J.L. y López, E. (1989): Educación sanitaria de pacientes: el autocuidado. **Jano, 856:** 75-80.

Costa, M.; González, R.; López, E. y Martínez, F. (1985): Programa comunitario de educación para la salud buco-dental. **Rev. Esp. de Terapia del Co., 2 (3):** 287-300.

Costa, M.; López, E.; Agüera, B. y González, R. (1983): Programa en entrenamiento de autocuidado en atención primaria de salud. **Papeles del Colegio de Psicólogos, 10/11:** 19-25.

De Miguel, J. (1985): **La salud pública del futuro**. Barcelona: Ariel.

De Miguel, J.M. y Guillén, M. (1987): **The spanish health system**. Presented at Social Sciences and Medicine Conference. Sitges (Spain).

Díaz, P. (1988): Evaluación del Apoyo Social. En Fernández Ballesteros, R. (Ed.): **El ambiente. Análisis Psicológico**. Madrid: Pirámide.

Durán, M.A. (1983): **Desigualdad social y enfermedad**. Madrid: Tecnos.

Engel, G.L. (1977): The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. **Science**, 196: 129-3.

Fernández, A. y Gil, J. (1988): Educación para la salud e intervención conductual en el desarrollo de hábitos de cepillado dental en la escuela. **Análisis y Modificación de Conducta**, 41: 383-400.

Fernández, C. (1989): Tratamientos psicológicos en el síndrome del intestino irritable. **Psico-thema**, 1 (1-2): 71-87.

Fernández, C. y Pérez, M. (1987): Modificación de conducta y mejora en el cumplimiento del tratamiento en diabéticos tipo II. **Rev. Esp. de Terapia del Co.**, 5: 233-247.

Fernández, E.G. y Roa, A. (1983): Consideraciones acerca de la instrumentación en biofeedback. **Rev. Esp. de Terapia de Co.**, 1: 235-248.

Fernández, I.; Martínez, M.F. y León, J.M. (1988): **Psicofisiología Social: Una aportación básica y metodológica a la Psicología de la Salud**. **Psicología Social de los Problemas Sociales**. Granada. Serv. de Publ. Universidad. 369-373.

Fernández, M.C. y Vila, J. (1989a): Sympathetic-parasympathetic mediation of the cardiac defense response in humans. **Biological Psychology**, 28/2: 123-133.

Fernández, M.C. y Vila, J. (1989b): Cognitive versus motivational significance of the cardiac response to intense auditory stimulation. **International Journal of Psychophysiology**, 8: 49-59.

- Fernández, M.C. y Vila, J. (1989c): La respuesta cardíaca de defensa en humanos (II): Diferencias sexuales e individuales. **Boletín de Psicología**, **24**: 7-29.
- Fernández-Ballesteros, R. y Carrobles, J.A. (1988): Perspectivas de la Psicología de la Salud en Europa. **Papeles del Psicólogo**, **VI(33)**: 3-12.
- Fernández-Ballesteros, R.; Diaz, P.; Izal, M. y Hernández, J.M. (1987): **Salud y Situaciones conflictivas en la vejez**. Jornadas de Ambiente y Salud, UNED, Madrid. Mayo.
- Fernández-Ballesteros, R.; Diaz, P.; Izal, M. y Hernández, J.M. (1988): Conflict Situations in the Elderly. **Perceptual and motor skills**, **63**: 171-176.
- Fernández-Ballesteros, R.; Izal, M.; Diaz, P.; González, J.L. y Souto, E. (1988): Training of conversational skills with Institutionalized Elderly: A preliminary study. **Perceptual and Motor Skills**, **66**: 923-926.
- Fernández-Ballesteros, R.; Izal, M.; Montorio, I.; Llorente, G.; Hernández, J.M. y Guerrero, M.A. (1990): **Sistema de Evaluación Ambiental de Residencias de Ancianos (SEARA)**. Mepsa. Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R.; Souto, E.; Díaz, P.; Hernández, J.M.; Izal, M. y Gallego, A.M. (1987): **Evaluación de Entrenamientos en estrategias mnésicas con ancianos**. Congreso Internamericano de Psicología. La Habana. Cuba.
- Feuerstein, F.; Labbé, E.E. y Kuczmierczyk (1986): **Health Psychology: A Psychological Perspective**. New York: Plenum.
- Flores, T. y Valdés, M. (1986): Behavior Pattern A: Reward, Fight or Punishment? **Person. Indivi. Diff.**, **7 (3)**: 319-326.
- Flores, T.; Valdés, M.; Treserra, J.; García-Esteve, LL. y Núñez, P. (1985): Cuestionario Bottner para la detección del patrón A de conducta: validación española. **Rev. del Depto. de Psiquiatría**, **4**: 227-238.
- García, E. y Saldaña, C. (1986): Tratamiento multidisciplinar de grandes obesos: estudio de un caso. **Rev. Esp. de Terapia de Co.**, **2**: 149-170.

García-Esteve, LL.; Treserra, J.; Valdés, M.; Flores, T.; Núñez, P. y Bonet, D. (1985): Dolor psicógeno: ¿Trastorno depresivo, síndrome psicósomático o peculiaridad psicobiológica? I, Análisis de su nosología. *Rev. del Dpto. de Psiquiatría Fac. Med. Barcelona*. 12(5): 293-302.

García-Rodríguez, J.A. y López, C. (1988): **Prevención primaria de las drogodependencias en la escuela. Teoría y método.** Colección de Psicología 1. Ayuntamiento de Santa Pola.

Gil, F.; Gómez, T.; Jarana, L.; León, J.M. y Ovejero, A. (1991): **Entrenamiento en Habilidades Sociales en el marco de los servicios de salud.** Sevilla: Diputación Provincial.

Godoy, J.F. y Riquelme, M. (1985): Biofeedback y espasmo postparalítico de la cara. *Rehabilitación*, 19: 457-463.

Holtzman, W. (1988): Psicología y Salud. *Psicólogos (Papeles del Colegio)*, VI/33/34: 35-59.

Ibáñez, E. (1988): La información como estrategia de dominio del estrés en pacientes aquejados de cáncer. *Boletín de Psicología*, 21: 27-50.

Ibáñez, E. y Belloch, A. (Eds.) (1989): **Psicología y Medicina.** Valencia: Promolibro.

Institute of Medicine (1978): **Perspectives on Health Promotion and Disease Prevention in the United States.** Washington DC: Natl. Acad. Sci.

Jarana, L. y León Rubio, J.M. (1988): El papel del psicólogo en una clínica del dolor. *Apuntes de Psicología*, 27: 4-10.

Jarana, L. y León Rubio, J.M. (1990): Tratamiento psicológico del dolor crónico: un estudio de revisión de la literatura (1975-1985). *Apuntes de Psicología*, 30: 17-27.

Jiménez, A.; Calzada, M.J. y García, C. (1985): Aplicación de la retroalimentación miográfica a las distancias neuromusculares. **Rev. Esp. de Terapia del Co.**, 3: 245-260.

Kannel, W.B. (1979): Cardiovascular disease: A multifactorial problem (insights from the Framingham Study). En M.L. Pollock & D.H. Schmidt (Eds.): **Heart Disease and Rehabilitation**, pp. 15-31. New York: Wiley.

Kendall, Ph.C. y Norton-Ford, J.D. (1982): **Clinical Psychology**. New York: Wiley and Sons.

Krantz, D.S.; Glass, D.C.; Contrada, R. y Miller, N.E. (1982): Behavior and Health: The biobehavioral paradigm. En R.Mc. Adams, N.J. Smelser & D.J. Treiman (Eds.): **Behavioral and Social Science Research: A National Resource (Part II)**, pp.76-145. Washington DC: Natl. Acad. Press.

Krantz, D.S.; Grunberg, N.E. y Baum, A. (1985): Health Psychology. **Ann. Rev. Psychol.**, 36: 349-383.

Labrador, F.J. (1983): Tratamiento de una taquicardia sinusal por medio de relajación, biofeedback RPG y biofeedback de la tasa cardíaca. **Rev. Esp. de Terapia del Co.**, 1: 289-302.

Labrador, F.J. y Castro, L. (1987): La adhesión al tratamiento médico: análisis y modificación. **Rev. Esp. de Terapia del Co.**, 5(3): 157-164.

León, J.M. (1986): **Biofeedback y discriminación**. Tesis doctoral. Publicaciones de la Universidad de Sevilla.

León, J.M.; Aguilar, L. y Mediavilla, E. (1989): El impacto del SIDA sobre sectores de población sin factores de riesgo asociados. **Rev. de Psicología de la Salud**, 1/2: 65-82.

León, J.M.; Gómez, A. y Durán, M.C. (1991): Estrés ocupacional en profesionales de los servicios de salud. **Rev. de Psicología Social Aplicada**, 1.1: 41-50.

- López, S. (1991): **Factores estresantes en pacientes quirúrgicos**. Tesis Doctoral. Universidad de Alicante.
- López, S.; Pastor, M.A., y Rodríguez, J. (1990a): El papel del apoyo social en pacientes hospitalizados. En J. Rodríguez: **Aspectos psicosociales de la salud y la comunidad**, Barcelona: PPU. 35-39.
- López, S.; Pastor, M.A.; Rodríguez, J. y García, J. (1990b): Ajuste psicosocial en pacientes ostomizados. En J. Rodríguez: **Aspectos psicosociales de la salud y la comunidad**, Barcelona: PPU. 75-80.
- Maciá, D. (1984): Aplicación de la terapia de modelado en la prevención del inicio al consumo de la droga. **Infancia y Aprendizaje**, 26: 87-94.
- Maciá, D. (1986): **Método conductual de prevención de la drogodependencia**. Promolibro. Valencia.
- Mansilla, P.D. (1984): **Ley General de Sanidad: Conceptos básicos y principios generales**. En **La Reforma Sanitaria a debate**. Madrid. Arges, S.L.
- Marín, B. (1988): ¿Qué significa un nombre? Una respuesta a David Donovan. **Interamerican Psychologist/Psicólogo Internamericano**, 64: 20-22.
- Martínez, M.F. y León, J.M. (1987): Consideraciones psicosociales sobre el SIDA. **Psiquis**, VIII/87: 46-56.
- Martínez, M.F.; León, J.M.; Fernández, I. y Barriga, S. (1987): La educación sanitaria como instrumento de promoción de la salud. En S. Barriga, J.M. León, y M.F. Martínez: **Intervención psicosocial**, Hora: Barcelona. 101-116.
- Matarazzo, J.D. (1980): Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. **American Psychologist**, 35: 807-817.
- Matarazzo, J. (1982): Behavior health's challenge to academic, scientific and professional psychology. **American Psychologist**, 37: 1-14.

Matarazzo, J.; Lubin, B. y Nathan, R.G. (1978): Psychologists membership on the medical staffs of university teaching hospitals. **American Psychologist**, **33**: 23-39.

Miller, N.E. (1983): Behavioral Medicine: Symbiosis between laboratory and clinic. **Annual Review of Psychology**, **34**: 1-31.

Mira, J.J. (1988): Intervención psicológica previa a la colocación del DIU. **Anál. y Mod. de Cond.**, **39**: 85-91.

Mira, J.J. y Van der Hofstadt, C. (1987): Modelo INCOTESP: La matrona en las tareas de información y asesoramiento en sexualidad. **Enfermería Científica**, **67**: 11-19.

Moix, J. (1988): Los factores psicológicos en el campo de las intervenciones quirúrgicas. **Barcelona Quirúrgica**, **31(4)**: 179-187.

Moix, J. (1990): Validación de la Escala UAB de dolor conductual. **Medicina Clínica**, en prensa.

Newell, A. y Simon, H.A. (1963): GPS, a program that simulates human thought. En E.A. Feigenbaum y J. Feldman (Eds.): **Computers and Thought**. New York: McGraw Hill.

Núñez, P.; Valdés, M.; García, LL.; Treserra, J.; Flores, T. y Bonet, D. (1989): Dolor psicógeno: ¿Trastorno depresivo, síndrome psicósomático o peculiaridad psicobiológica? III. Intervención terapéutica. **Rev. de Psicología de la Salud**, **1**: 51-67.

Pastor, M.A.; López, S. y Rodríguez, J. (1990): Estrategias de afrontamiento en pacientes hospitalizados. En J. Rodríguez (Ed.): **Aspectos psicosociales de la salud y la comunidad**. Barcelona: PPU.

Pastor, M.A.; García, J.; López, S.; Pascual, E.; Rodríguez, J. y Salas, E. (1988): Ansiedad y dolor en pacientes reumáticos. **1er. Congreso Nacional de Med. Psicosomática**. Alicante, noviembre.

- Pelechano, V. (1981): **El impacto psicológico de ser madre**. Valencia: Alfaplus.
- Pelechano, V. (1991): Familia, estrés y enfermedad. **Análisis y Modificación de Conducta**, 55: 729-774.
- Pelechano, V.; Sosa, C.D. y Capafons, J.I. (1991): Personalidad y estrategias de afrontamiento en enfermos crónicos. **Análisis y Modificación de Conducta**. En prensa. Cortesía del autor.
- Peiró, J.M. y Zurriaga, R. (1985): Role ambiguity and occupational stress in hospitals in Spain. **Workshop on Work and Organizational Problems in Hospitals**. Organizado por ENOP. Wales, septiembre.
- Peiró, J.M.; Zurriaga, R. y Meliá, J.L. (1986): Influence of Social Support between role stress and its main effects among hospital staff. **1st. European Conference on Professional Psychology**, organizada por la EFPPA. Lausanne, septiembre.
- Pegalajar, J. y Vila, J. (1989): Trastornos psicossomáticos y biofeedback. En J.A. Carrobes (ed.): **Análisis y Modificación de la Conducta II**. Madrid: UNED.
- Penzo, W. (1989): **El dolor crónico**. Barcelona: Martínez Roca.
- Pérez, M. (1989): El efecto placebo. **Medicina Clínica**, 89: 153-156.
- Pérez, M. (1990): Manejo de contingencias en el síndrome de intestino irritable. En J.M. Buceta y A.M. Bueno (Eds.): **Modificación de conducta y Salud**. Madrid: Eudema.
- Pérez, M. y Martínez, J.R. (1987): Psicología del efecto placebo y fundamentos para su uso clínico intencionado. **Estudios de psicología**, 31: 83-115.
- Pinilla-Pareja, R. (1990): La estrategia de Salud para todos en el año 2000 en España. **Rev. San. Hig.Pub.**, 64(1/2): 3-7.

Prieto, A.; Feroso, A.; Ribera, D. y Miquel, J. (1987): Perfil de edad biológica (Biograma). Método y aplicación en Medicina Preventiva geriátrica. *Geriatrka*, 1: 33-38.

Puente, M.L.; Labrador, F.J.; Cruzado, J.A.; Vallejo, M.A.; Muñoz, M. y Larroy, C. (1985): Biofeedback EMG frontal: Alcance de su eficacia y variables que la modulan. *Análisis y Modificación de conducta*, 11: 501-532.

Ribera, D. (1986): Relaciones entre edad cronológica, edad deseable y felicidad en los ancianos y ancianas de Alicante. Un estudio preliminar. *Rev. Esp. de Geriatría y Gerontología*, 21(2): 119-124.

Ribera, D.; Cartagena, E. y Reig, A. (1987): Frustración profesional en enfermería. *Enfermería Científica*, 68: 27-37.

Ribera, D.; Prieto, A.; Reig, A. y Miquel, J. (1987): Pautas de sueño y envejecimiento. *Rev. Esp. de Geriatría y Gerontología*, 22(3): 143-149.

Ribera, D.; Reig, A. y Miquel, J. (1988): Psicología de la Salud y envejecimiento. Estudio empírico en una residencia de anciano. *Geriatrka*, 4(2): 15-24.

Ribera, D. y Reig, A. (1989): Prevalencia de los estados depresivos en ancianos y sus determinantes psicosociales. *Geriatrka*, 5(7): 34-43.

Rodríguez, J. (1986a): El ajuste psicosocial de los pacientes ostomizados. En Colegio O. ATS-DUE, *Actas del Primer Congreso Nacional de Ostomías*. Valencia, 101-112.

Rodríguez, J. (1986b): El impacto psicológico de la hospitalización. *Análisis y Modificación de Conducta*, 33: 421-440.

Rodríguez, J. (1987): Patients distress and coping vias in hospitals. *II International Seminar on Health Psychology*, Sao Paulo.

Rodríguez, J. (1988): La Psicología de la Salud: Una alternativa para uno de los futuros posibles de la Psicología. *Papeles del Psicólogo*, VI(33/34): 13-18.

Rodríguez, J.; Castro, F. y López, S. (1986): Percepción de los problemas del paciente oncológico. **Oncología**, IX(3): 82-86.

Rodríguez, J.; Andreu, M.A.; Antón, M.; Jarabo, C.; López, S.; Mateo, M. y Palomar, A. (1988): Las incidencias de factores psicosociológicos en el paciente oncológico. Una referencia especial a las mujeres con cáncer de mama. En: **Fauna, Flora, Ciencias y Medicina**. Instituto de Estudios "Juan Gil-Albert". Alicante.

Rodríguez, J.; López, S. y Pastor, M.A. (1989a): Estrés por hospitalización y estrategias de afrontamiento. **Rev. de Psicología de la Salud**, 1: 81-104.

Rodríguez, J.; López, S. y Pastor, M.A. (1989b): Coping, Psychological Effects of Hospitalization and Surgical Recovery. **3rd. Europ. Conf. of Health Psychology**. Utrecht, junio.

Rodríguez, J.; López, S., y Pastor, M.A. (1989c): Oncological Patient's problems: Differences of Perception between cancer patients and hospital staff. **1st. European Congress of Psychology**. Amsterdam, julio.

Rodríguez, J.; Pastor, M.A.; López, S.; García, J., y Sánchez, S. (1989d): Efectos psicosociales de la ostomía. **Anál. y Mod. de Conducta**, 43: 1-173.

Rodríguez, J.A. (1987): **Salud y sociedad**. Madrid: Tecnos.

Rodríguez, J.A. y De Miguel, J.M. (1990): **Salud y poder**. Madrid: CIS.

Salas, E.; Pastor, M.A.; Rodríguez, J.; López, S.; Pascual, E. y Sánchez, S. (1989): Estudio psicológico en enfermos reumáticos: características diferenciales de los pacientes con fibrositis. En **Reunión Intercongresos de la Sociedad Española de Reumatología**. Madrid, junio.

Saldaña, C. (1983): Consideraciones metodológicas en investigaciones con bio-retroalimentación EMG en el campo de los dolores de cabeza tensionales. **Rev. Latinoamericana de Psicología**, 15(1-2): 105-117.

Saldaña, C. y Rossell, R. (1988): **Obesidad**. Barcelona: Martínez Roca.

Schwartz, G.E. y Weiss, S.M. (1978): **Proceedings of the Yale Conference on Behavioral Medicine**. Department of Health, Education and Welfare No. (NIH) 78-124. Washington, DC: US Department Printing Office.

Simón, M.A. y Peralbo, M. (1985): Biofeedback EMG en hemipléjicos: Un análisis cognitivo desde la terapia de la autoeficacia. **Rev. Esp. de Terapia del Co.**, 3: 311-.

Stone, G.C. (1982): Health Psychology: A New Journal for a New Field. **Health Psychol.**, 1: 1-6.

Stone, G.C. (1983): Proceedings of the National Working Conference on education and training in health psychology. **Health Psychol. (Suppl.)**, 2: 1-153.

Tejerina, J.M.; Pérez, M. y Echevarría, J. (1987): Estrategias psicológicas en la motivación del paciente periodontal. **Archivos de Odonto-Estomatología**, 3: 245-252.

Treserra, J.; García-Esteve, LL.; Valdés, M.; Flores, T.; Bonet, D. y Núñez, P. (1987): Dolor psicógeno: ¿Trastorno depresivo, síndrome psicósomático o peculiaridad psicobiológica? II. Hipótesis etiopatológicas. **Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.** 15(5): 263-268.

United States Department of Health Education and Welfare (1979a): **Yale Conference on Behavioral Medicine**. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.

United States Department of Health Education and Welfare (1979b): **Healthy People: A report of the Surgeon General on Health Promotion and Disease Prevention**. Washington DC: GPO DHEW Publ. (PHS) 79-55071.

Valdés, M. y Flores, M. de (1985): **Psicobiología del Estrés**. Barcelona: Martínez Roca.

Valdés, M. y Flores, M. de (1987): Type A Behavior and vulnerability to diseases: A spanish retrospective study. **Stress Medicine**, 3: 135-140.

Valdés, M.; García, LL.; Treserra, J.; de Pablo, J. y Flores, T. de (1989): Psychogenic pain and depressive disorders: an empirical study. **J. of Affective Disorders**, **16**: 21-25.

Valdés, M.; Treserra, J.; García, LL.; de Pablo, J. y Flores, T. de (1988): Psychogenic pain and Psychological variables: a Psychometric Study. **Psychot-her. Psychosom.**, **50**: 15-21.

Vallejo, M.A. (1984): Consideraciones acerca de las variables activas del entrenamiento en biofeedback en el tratamiento del dolor crónico. **Rev. Esp. de Terapia del Co.**, **2**: 135-158.

Vallejo, M.A. y Labrador, F.J. (1983). Modelo de predisposición psicobiológica para explicar las cefaleas. **Rev. Esp. de Terapia del Co.**, **1**: 5-18.

Vallejo, M.A. y Labrador, F.J. (1984): Técnica de reducción de ansiedad con biofeedback. **Análisis y Mod. de Conducta**, **15**: 96-109.

Vega, A. (1984): **Los maestros y las drogas**. Mensajero. Bilbao.

Vera, M.N. y Fernández, M.C. (1989): **Prevención y Tratamiento de la Obesidad**. Barcelona: Martínez Roca.

Vila, J. (1982): Técnicas de reducción de ansiedad con biofeedback. **Análisis y Mod. de Conducta**, **15**: 96-109.

Vila, J. (1984): Hacia la autorregulación de los estados emocionales: Biofeedback. En P. Tudela (ed.): **Psicología Experimental**, Madrid: UNED.

Vila, J. y Fernández, M.C. (1989): The cardiac defense response in humans: Effects of predictability and adaptation period. **Journal of Psychophysiology**, **3**: 245-258.

Watson, J.B. (1912): Content of a course in psychology for medical students. **J. of American Medical Ass.**, **58**: 916-918. Cit. por Wertlieb (1984).

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

Wittmer, L. (1912): Clinical psychology. *Psychological Clinics*, 1, 1-9. Citado en Ph.C. Kendall y J.D. Norton-Ford, **Clinical Psychology**, 1982, New York: Wiley and Sons.

Zurriaga, R. (1987). **El desempeño del rol de las enfermeras en organizaciones hospitalarias: aspectos psicosociales**. Tesis doctoral. Universitat de Valencia.

Zurriaga, R. y Valcárcel, M.P. (1989): Stress de rol en profesionales de la salud. **II Encuentro Hispano-Luso de Psicología Social**. Madrid. Septiembre.



## PREVENCIÓN Y PSICOLOGÍA DE LA SALUD\*

Ramon Bayés

*Universidad Autónoma de Barcelona*

### RESUMEN

La longitud y la calidad de vida de muchas personas podría mejorarse si consiguieran cambiar sus comportamientos de riesgo por comportamientos de prevención. Descubrir los factores que facilitan o dificultan la práctica de estos últimos, así como de los procesos que los vehiculan, constituye el objetivo de un quehacer profesional en gran medida psicológico. El problema del abandono de los comportamientos de riesgo, y la adopción y mantenimiento de los preventivos no es meramente un problema de información. El análisis funcional de la conducta nos ofrece un camino de explicación que puede ayudarnos, por lo menos hasta cierto punto, a comprender dicho problema. El control ejercido por las consecuencias *inmediatas*, tanto incondicionadas como condicionadas, sobre los comportamientos que las preceden parece tener gran importancia en el momento de la decisión. Asimismo, puede ayudarnos a entender por que personas expuestas a importantes peligros conocidos adoptan la *negación* de los mismos como estrategia de afrontamiento. Es posible que, evolutivamente,

---

\* Este trabajo ha sido realizado gracias a la Ayuda PB89-0312 de la Dirección General de Investigación Científica y Técnica del Ministerio de Educación y Ciencia.

el comportamiento humano no haya tenido todavía la oportunidad de adaptarse a las rapidísimas y complejas redes interactivas condicionadas del mundo moderno y que, en este moderno, no esté siguiendo la senda capaz de asegurar la supervivencia de la especie. Es imprescindible y urgente fomentar investigación que incremente nuestro conocimiento.

**Palabras clave :** prevención, psicología de la salud, análisis funcional de la conducta, comportamientos de riesgo, SIDA, cáncer.

## ABSTRACT

Quality of life of a lot of people could be better if they were able to change their risk behaviors in prevention behaviors. A main aim of Psychology should be to discover the factors that make easy or difficult the execution of prevention behaviors. Functional analysis of behavior is a way to explain and understand this problem. Behavior can be under control of immediate consequences which are very important in the execution of risk and prevention behaviors. Other possibility can be that human behavior not able to adapt to the fast changes in our modern society. Investigation is needed to increase our knowledge.

**Key words:** Prevention, Health Psychology, functional behavior analysis, risk behaviors, AIDS, cancer.

## INTRODUCCION

En los países industrializados, cuatro de cada diez muertes se pueden atribuir, directa o indirectamente, a estilos de vida nocivos: tabaquismo, drogadicción, sedentarismo, dietas desequilibradas e imprudencia sexual (Vallbona y Serra, 1991). Hace más de diez años, en 1979, el informe del Cirujano General de Estados Unidos incidía ya en este mismo punto al concluir que *de las diez causas principales de muerte en los EEUU, al menos siete podrían ser substancialmente reducidas si las personas pertenecientes a los grupos de riesgo mejoraran solo cinco hábitos: la dieta, fumar, la falta de ejercicio, el abuso del alcohol y el uso de medicación antihipertensional (Cfr. Rodríguez Marín, 1990)*. Concretando un poco más podemos señalar, por ejemplo, que, en Estados Unidos, el 25 % de todas las muertes por cáncer y aproximadamente 350.000 muertes pre-

maturas por ataque al corazón podrían evitarse cada año modificando un solo factor: el tabaquismo, y que una reducción de un 10 % en el peso de los hombres de edad comprendida entre los 35 y los 55 años a través de modificaciones en su dieta y ejercicio físico produciría una disminución de un 20 % en la enfermedad arterial coronaria (Cfr. Taylor, 1990). Finalmente, un cambio adecuado en los hábitos sexuales y de drogadicción parenteral de la población sería suficiente, en el momento actual, para evitar casi por completo que se produjeran nuevos casos de contagio por el virus de inmunodeficiencia humana en personas adultas y para frenar, a medio plazo, la pandemia del SIDA (Bayés, 1990). Si a la enfermedad y muerte por estos motivos añadimos que del 50 al 80 % de todos los accidentes que se producen en automóviles, aviones, buques, industrias, etc. son debidos a fallos humanos (Cfr. Spettell y Liebert, 1986), e incluimos al estrés entre los hábitos de vida nocivos (McGinnis, 1985), nos encontramos con que, en los países occidentales, podría incrementarse la longitud de vida de un gran número de personas y evitarse mucho sufrimiento si consiguiéramos cambiar los comportamientos de riesgo por comportamientos de prevención. Descubrir los factores que facilitan o dificultan la práctica de estos últimos así como los procesos que los vehiculan, ayudar a cambiar comportamientos en fin, constituye el objetivo de un quehacer profesional en gran medida psicológico.

## INFORMACION Y PREVENCIÓN

Ante todo, será preciso afirmar que el problema del abandono de los comportamientos de riesgo, y la adopción y mantenimiento de los preventivos no es meramente un problema de información como muchos parecen creer sino algo mucho más complejo. Veamos algunos ejemplos de comportamiento humano aparentemente sorprendentes:

1) El colectivo profesional mejor informado sobre las terribles características del cáncer de pulmón, y sobre la relación existente entre consumo de cigarrillos y esta enfermedad -el de los médicos- es, por lo menos en Catalunya, uno de los que más fuma (Pardell, Salleras y Salvador, 1983).

2) Antes de sufrir un infarto, sólo abandona el hábito de fumar el 10 por ciento de los pacientes a los que su médico advierte sobre la necesidad de hacerlo (Russell, Wilson, Taylor *et al.*, 1979). De los fumadores que sobreviven a un infarto, a los 6 meses un 40 por ciento continúa fumando y este porcentaje alcanza el 50 por ciento tras un periodo de 3 a 5 años (Havik y Maeland, 1988).

Mostremos, a continuación, otros ejemplos, igualmente desconcertantes, correspondientes al problema del SIDA:

3) Un médico europeo que ha trabajado algún tiempo en Africa Central, a su regreso ha contado la siguiente historia: "Una noche, después de un día de trabajo en el que, junto con otros colegas africanos, habíamos efectuado análisis de sangre en una zona rural, mis compañeros salieron con algunas de las muchachas del poblado, se acostaron con ellas y sólo uno de los médicos usó preservativo. A la mañana siguiente, al preguntarles como era posible que hubieran aceptado un riesgo tan elevado ya que conocían de sobra que la prevalencia del virus del SIDA en la región era considerable, se rieron y comentaron que no se podía dejar de vivir sólo por el hecho de existir peligro de contagiarse de una enfermedad" (The Panos Institute, 1987).

4) De la Loma (1988) señala, por su parte, que durante el último trimestre de 1987 fueron atendidos en un centro de asistencia primaria de Madrid 107 adictos a las drogas por vía parenteral. A pesar de que el 94 por ciento se encontraba correctamente informado sobre el virus del SIDA y sus formas de transmisión, sólo el 13 por ciento usaba, sistemáticamente, preservativo en sus relaciones sexuales y un 17 por ciento afirmaba que no compartía agujas y jeringas al inyectarse.

5) Fischl, Dickinson, Scott *et al.* (1987), tras informar a ambos miembros de 32 parejas heterosexuales, en las el hombre se encontraba contagiado con el virus de inmunodeficiencia humana pero no la mujer, sobre las características del SIDA, las vías de contagio y los comportamientos de prevención adecuados, el 44 por ciento de las parejas -un porcentaje, por cierto, similar al de los postinfartados que continuaban fumando- siguieron practicando el coito sin protección alguna con el resultado de que, al cabo de unos meses, 12 de las 14 mujeres implicadas se habían contagiado.

Dicho con otras palabras: *La información es una condición necesaria pero no suficiente para la adopción de comportamientos preventivos.*

Podemos preguntarnos, ¿por qué personas lógicas e inteligentes no adaptan su comportamiento a la información que poseen, en decisiones que pueden afectar gravemente a su salud e incluso a su supervivencia?

## ANALISIS FUNCIONAL DE LOS COMPORTAMIENTOS DE RIESGO Y PREVENCIÓN

El análisis funcional del comportamiento puede ofrecernos, siquiera sea tentativamente, un camino de explicación que nos ayude a comprender el problema. En efecto, si tomamos como modelo el caso del SIDA:

1º) Los comportamientos de riesgo siempre -o casi siempre- van seguidos, de forma *inmediata*, por una consecuencia placentera intrínseca -un orgasmo, el alejamiento del síndrome de abstinencia- a menudo intensa, de corta duración.

2º) Las consecuencias nocivas que pueden derivarse de la práctica de los comportamientos de riesgo - la adquisición de la enfermedad y la muerte- son sólo probables y siempre *a largo plazo*.

3º) No existe una cadena de hechos sensibles -como, por ejemplo, una sintomatología creciente en número, intensidad o duración- que vincule la práctica del comportamiento de riesgo con el momento de aparición del dolor o primeros signos clínicos percibibles por el propio afectado de la enfermedad letal.

4º) Desde un punto de vista intrínseco, los comportamientos de prevención -abstinencia sexual, no inyectarse droga, uso de preservativo, esterilización de los útiles de inyección, etc.- suelen ir seguidos de forma segura -o casi segura- e *inmediata* por una evitación, aplazamiento, o atenuación de la consecuencia placentera.

5º) Las consecuencias positivas a largo plazo que pueden derivarse intrínsecamente de la práctica de los comportamientos de prevención -un estado de salud- son solo probables y siempre *a largo plazo*.

6º) No existe una cadena de hechos sensibles que vincule la práctica de un comportamiento de prevención concreto con un buen estado de salud al cabo de unos años. No tenemos ninguna garantía, por ejemplo, de que nuestro saludable estado actual sea consecuencia de la práctica de los comportamientos de prevención concretos que realizamos hace algunos años.

En las situaciones en las que el sujeto debe elegir entre dos comportamientos incompatibles -en nuestro caso, uno preventivo u otro de riesgo- en el que cada uno de ellos comporta dos tipos de consecuencia que difieren en magnitud y demora, el análisis funcional de la conducta nos indica que la deci-

sión, aun cuando sólo se tengan en cuenta estas variables, es el resultado de un proceso sumamente complejo en el que *la demora posee un peso mayor sobre la elección que la magnitud* (Jeffery, 1989; McReynolds, Green y Fisher, 1983; Rachlin, Logue, Gibbon et al., 1986; Schweitzer y Sulzer-Azaroff, 1988). Dicho con otras palabras, lo más probable es que muchas personas elijan la estimulación placentera, cierta, efímera pero inmediata, proporcionada por los comportamientos de riesgo, a pesar de las terribles consecuencias que en el futuro puedan derivarse de su decisión. Y esto es así no sólo en problemas que afectan directamente a la propia salud sino también en aquellos otros que la afectan indirectamente a través de la modificación del ambiente. En este sentido, las ganancias económicas de hoy obtenidas por las industrias que contaminan el aire, los ríos y el mar, o explotan incontroladamente las reservas naturales de la Tierra pueden significar malformaciones, el cáncer y otras enfermedades para los hombres del mañana.

Quizá sea ilustrativo señalar que el informe oficial soviético (Comité Estatal de la URSS para la Utilización de la Energía Atómica, 1986) sobre la catástrofe nuclear de Chernobil muestra que antes de que la misma se produjera tuvieron lugar, como mínimo, seis violaciones importantes de las normas de seguridad. Y que Henning (1986), al comentar el informe, escribió que el bloqueo deliberado de los sistemas de seguridad se produjo, en gran parte, *debido al deseo del personal de terminar las pruebas lo antes posible*. En otras palabras, la consecuencia *inmediata* de dar por terminada la jornada laboral fue tan poderosa para unos profesionales bien informados de los efectos de la radiactividad, que, debido en gran parte a este control temporal, llevaron a cabo un comportamiento negligente que condujo a una catástrofe cuyas terribles secuelas todavía duran y que en algún momento se temió que pudiera alcanzar dimensiones apocalípticas.

Aun siendo conscientes del peligro de interpretación maximalista al que puede llevarnos el tipo de análisis que estamos llevando a cabo, consideramos útil reproducir en la Tabla 1 algunos comportamientos de riesgo así como las consecuencias a corto y a largo plazo que pueden derivarse de su práctica.

El control de las consecuencias inmediatas sobre el comportamiento que las precede es importante aunque no absoluto, como nos indican los datos empíricos de los mismos trabajos a los que hemos hecho referencia. A pesar de lo placentero de las consecuencias que siguen de forma inmediata a los comportamientos de riesgo, existen personas que efectúan prevención, posponen sus satisfacciones o son capaces de encontrar actividades alternativas incompatibles no peligrosas. De hecho, si se quiere tener una visión más acorde con la realidad, en nuestra opinión, hay que abandonar los modelos de prevención lineales para centrarnos en modelos de campo mucho más complejos (Bayés y Ribes,

1989). De todas formas, aun dentro de los modelos multifactoriales de campo, a nuestro juicio, las variables temporales, y en especial la inmediatez de las consecuencias, siguen conservando, en muchos casos, una importancia crítica.

**Tabla 1.- Importancia de la inmediatez de las consecuencias sobre el comportamiento antecedente**

Comportamiento	Consecuencias	
	Inmediatas	A largo plazo
Comportamiento sexual imprudente	Orgasmo	E.T.S., SIDA, embarazo indeseado
Drogadicción por vía parenteral con instrumental no estéril	Alejamiento síndrome de abstinencia	Hepatitis B, SIDA
Fumar	Alejamiento síndrome de abstinencia	Cáncer de pulmón, Infarto, etc.
Bronceado imprudente	Mayor percepción de atractivo físico	Cáncer de piel
Ingesta pasteles, dulces	Sabor agradable	Obesidad
Ingesta grasas animales	Sabor agradable	Cáncer, problemas cardiovasculares
Mal servicio hotelero, <b>overbooking</b>	Ganancias económicas, puestos de trabajo	Alejamiento del turismo, fin del negocio
Fabricación aerosoles, industrias contaminantes de ríos, aire, tierra, alimentos	Ganancias económicas, puestos de trabajo	Destrucción medio ambiente, cáncer, enfermedades
Engorde artificial del ganado	Ganancias económicas	Cáncer
Negligencia en centrales nucleares	Actividades alternativas más agradables	Catástrofe nuclear
Ocultación accidentes nucleares o epidemias	Alejamiento castigo para el ocultador	Catástrofe nuclear. Mayor extensión epidemia

En este punto puede ser de interés paradigmático que nos detengamos un momento en el análisis funcional de lo que ocurre tras los comportamientos de riesgo y prevención implicados en la transmisión del virus del SIDA, pues lo cierto es que las consecuencias inmediatas que de su práctica se siguen, a pesar de no ser un factor completamente determinante si constituyen, en cualquier caso, variables de importancia en cuyo conocimiento e implicaciones vale la pena seguir profundizando.

## IMPORTANCIA DE LAS INTERACCIONES SOCIALES

Obrando de este modo nos daremos cuenta de que el tipo de consecuencias que antes hemos mencionado es, en todos los casos, *intrínseco* a los comportamientos de riesgo o prevención. Y al analizar los comportamientos por los que nos interesamos pronto nos daremos cuenta de que la mayoría de ellos, al tiempo que consecuencias intrínsecas, suponen también, de forma paralela, consecuencias extrínsecas ya que conllevan una interacción social como mínimo con otra persona, sugiriéndonos, por ello, una vía de solución para la modificación de los comportamientos de riesgo. En efecto, mientras que la modificación de las consecuencias intrínsecas, aunque factible -una relación sexual que comporte, descriptivamente, el mismo tipo de contacto epidérmico, por ejemplo, puede convertirse de algo placentero en profundamente aversivo si concurren las circunstancias de una violación- implicaría, en muchas ocasiones, efectos profundamente indeseables e insalvables problemas éticos, el cambio de las consecuencias sociales propias de la interacción, entra en la esfera de las posibilidades a considerar.

En esta línea, Des Jarlais y Friedlman (1988), dos especialistas en el tema de la transmisión del virus del SIDA entre drogadictos por vía parenteral, señalan que una de las estrategias más eficaces para que este tipo de personas abandone el comportamiento de riesgo de compartir el material de inyección, consiste en *reforzar socialmente nuevas pautas de conducta*, es decir conseguir que los propios compañeros de drogadicción indiquen explícitamente, con palabras y con el ejemplo, que el comportamiento merecedor de aprobación no es ya **compartir** agujas y jeringas sino usar material **seguro**.

Tanto Des Jarlais y Friedman (1988) con respecto a los drogadictos como Stall, Coates y Hoff (1988) al referirse a los importantes cambios observados en los comportamientos sexuales de algunos colectivos homosexuales, señalan que la correlación más elevada con la modificación de los comportamientos de riesgo aparece cuando el individuo observa que sus compañeros están cambiando dichos comportamientos como respuesta a la amenaza del SIDA. En otras

palabras, cuando, en su grupo de pertenencia, la consecuencia extrínseca que acompaña o sigue al comportamiento eficaz de prevención es de aprobación y normalidad social, y no de rechazo. ¿Cómo facilitar que se produzca y luego se mantenga esta forma de actuar?. En la respuesta a esta pregunta radica, posiblemente, una de las claves del problema.

Desde la perspectiva que estamos analizando, es posible que uno de los factores que pueda influir en el cambio de normas de comportamiento sea que la persona que manifiesta, pública o privadamente, que practica comportamientos de prevención o proporciona la aprobación social a la práctica de los mismos, sea el propio compañero sexual o de drogadicción o esté considerado, por las personas que reciben el mensaje, como un colega a imitar, un líder o, al menos, como una persona admirada y respetada. En este sentido, en el caso del SIDA, de la misma manera que Rod Hudson fue un modelo para el comportamiento de muchos homosexuales, es posible que Magic Johnson lo sea para el de los heterosexuales, al menos para un buen número de heterosexuales occidentales.

## CULTURA E INVESTIGACION

Personalmente consideramos que el anterior análisis funcional, parte del cual nos hemos limitado a apuntar, para que pueda traducirse en acciones preventivas eficaces, habrá siempre de ir acompañado por investigaciones a fondo de los comportamientos de riesgo en los contextos contingenciales concretos en los que aparecen. Y esto no es nada fácil cuando dichos comportamientos, como en el caso del SIDA, son comportamientos íntimos, estigmatizados, socialmente proscritos e incluso ilegales en muchos países. Sin evaluación independiente y objetiva de dichos comportamientos no nos será posible conocer si los programas y campañas que podamos llevar a cabo son eficaces, o hasta que punto lo son, y para poder diseñar instrumentos de evaluación apropiados será necesario resolver, como señalan Coxon y Carballo (1989), considerables problemas metodológicos.

En resumen, desde nuestro punto de vista, la investigación debe llevar a cabo el siguiente recorrido: a) Establecimiento de objetivos; b) Elección de un modelo adecuado; c) Elaboración de instrumentos, fiables y válidos, capaces de evaluar las variables relevantes; d) Registro de niveles basales; e) Estudios longitudinales descriptivos, y de intervención con grupos control; f) Revisión del modelo y, si es necesario, modificación del mismo, recordando que todo modelo es siempre insatisfactorio, provisional y perfectible.

Sin abandonar el marco del análisis funcional, además de poner énfasis en la necesidad de: a) fomentar las consecuencias sociales aprobatorias o agradables en los comportamientos de prevención; b) fomentar las consecuencias sociales desaprobatorias o aversivas en los comportamientos de riesgo; c) disponer de instrumentos de evaluación adecuados que nos permitan conocer los niveles basales, en frecuencia y otras características, con que se practican los comportamientos de prevención y riesgo por parte de personas y colectivos concretos en situaciones igualmente específicas; cabe señalar otros aspectos que, a nuestro juicio, pueden revestir algún interés.

## **OTRAS POSIBLES ESTRATEGIAS DE INTERVENCION Y ALGUNAS CONSIDERACIONES**

En este momento se nos ocurren las siguientes:

1º) Dado el poder de las consecuencias que siguen inmediatamente a la conducta, un posible camino para modificar comportamientos de prevención y riesgo puede consistir en *acercar cognitivamente las consecuencias* a largo plazo, a dichos comportamientos asociándolas, si es posible, a la práctica de los mismos, de forma emocional e *inmediata* : consecuencias imaginadas positivas de salud a los comportamientos de prevención; consecuencias imaginadas aversivas de enfermedad a los comportamientos de riesgo. Tales asociaciones equivaldrían, en nuestro modelo, a fomentar dos de las cuatro condiciones que Taylor (1990) considera necesarias para incrementar la probabilidad de cambio de conducta en temas de salud: a) aumento de la percepción de eficacia de los comportamientos de prevención para alejar la amenaza de enfermedad; y b) aumento de la percepción de vulnerabilidad personal al practicar comportamientos de riesgo.

2º) Teniendo en cuenta que las consecuencias de contagiarse con el virus del SIDA son intensamente aversivas, es posible que una de las estrategias que utilicen espontáneamente muchas personas, al enfrentarse con una situación potencialmente peligrosa, sea, precisamente, la contraria a la que acabamos de recomendar, es decir, consista en evitar las desagradables cogniciones asociadas a la práctica de los comportamientos de riesgo, alejando las mismas de su pensamiento. Tal práctica que, a veces, es conocida como *negación* del problema supone para la persona que la utiliza la consecuencia *inmediata* positiva de la desaparición de un estímulo cognitivo aversivo y en algunos casos, como en ciertos tipos de cáncer, puede ser adecuada; sin embargo, en otras situaciones, como las que se presentan en el SIDA, o en la ocultación casos de cólera, de manantiales contaminados o de fugas radiactivas, la estrategia de negación pue-

de suponer un incremento notable del peligro, en algunos casos para la propia persona y en otros para las demás. La historia nos muestra que la minusvaloración, negación u ocultación de los peligros conduce, o puede conducir, en numerosas ocasiones, a resultados indeseados e incluso a auténticas catástrofes. Así, por ejemplo: a) Únicamente en Estados Unidos, anualmente, casi un millón y medio de mujeres menores de 20 años quedan embarazadas y se registran entre las adolescentes un millón y medio de abortos (Schinke, 1984); mientras que un porcentaje de estos casos se deben a la ignorancia, tenemos pocas dudas de que un número apreciable de ellos tiene su origen en la estrategia de negación practicada por personas bien informadas, sobre las posibles consecuencias de sus acciones (Pérez Oliva, 1990); b) La OMS nos indica que, sólo en 1990, se produjeron en el mundo 250 millones de nuevos casos de enfermedades de transmisión sexual (WHO, 1990); c) Muchos deportistas de competición, como nos muestra, por ejemplo, lo ocurrido con el velocista Ben Johnson o el jugador de fútbol americano Lyle Alzado, incurren en graves riesgos para su salud o se exponen a destrozarse su carrera profesional por el uso de drogas que, a corto plazo, incrementan su rendimiento; d) La ocultación y el retraso en facilitar información susceptible de paliar el posible daño debido a un error o accidente, la negación del problema, suelen ser la norma tanto si se trata de escapes radiactivos en Ucrania como de carne hormonada en España, casos de cólera en Perú o vertido de residuos tóxicos en Suiza. La posibilidad de que las asociaciones intensamente aversivas conduzcan a la negación u ocultación de un problema y a obrar como si las consecuencias negativas de nuestros actos no pudieran nunca producirse o conocerse -forma de actuación que supone el satisfactorio alejamiento *inmediato* de la percepción de peligro- nos señala la superioridad de las estrategias positivas: fomento de las asociaciones cognitivas agradables y de aprobación social inmediata a los comportamientos preventivos eficaces.

3º) El hecho de que, muchas veces, nuestras conductas de riesgo no se traduzcan, aparentemente, en consecuencias negativas de ningún tipo -que relaciones sexuales altamente promiscuas no terminen en un contagio por VIH, que la práctica de continuados coitos sin protección no origine un embarazo, que el escape radiactivo ocultado no produzca daños visibles a los trabajadores de la central o habitantes de los alrededores, que las personas que consumen carne hormonada o fumen varios paquetes diarios de cigarrillos continúen gozando de buena salud al cabo de los años, que las repetidas transgresiones del código de circulación o las normas de seguridad no acaben en accidente, etc.- puede asegurar su *permanencia* ya que dichas conductas llamadas **de riesgo** han producido sólo consecuencias agradables *inmediatas* a sus practicantes: orgasmos, alejamiento del desagradable síndrome de abstinencia, ganancias temporales, de prestigio o económicas, etc. y el posible efecto disuasorio del

peligro anunciado se ha diluído proporcionando al transgresor una *falsa sensación de seguridad*.

Con frecuencia tendemos a olvidar que el comportamiento humano no es puramente racional, que el hombre no funciona solo como un ordenador sino que obedece a sus propias leyes, y que, en muchas ocasiones, sus actos están más influidos por las sensaciones, emociones y pequeñas ganancias momentáneas que por la información, el cálculo de probabilidades y la lógica. Siendo el hombre un animal -algunos dicen que el único animal- capaz de prever su futuro no deja de ser paradójico que, con frecuencia, actúe como si careciera de esta cualidad o, lo que es aun más sorprendente, como si prescindiera voluntariamente de ella.

## A MODO DE CONCLUSION

Quizá lo que ocurra es que mientras que el hombre, como especie, ha cambiado muy poco en los últimos milenios y su comportamiento sigue estando adecuado, evolutivamente, a la época incondicionada de la porra y el dinosaurio, nuestro ambiente si ha cambiado, especialmente en los últimos cien años, de una forma extraordinaria, lo cual nos ha conducido a la necesidad de hacer frente, cotidianamente, a redes cada vez más complejas de interacciones que implican estímulos y acontecimientos que poseen propiedades adquiridas artificialmente a través de múltiples asociaciones previas.

Hasta la aparición del SIDA, en 1981, parecía que las enfermedades infecciones habían sido vencidas por las medidas higiénicas de prevención, por una parte, y por la Medicina moderna, por otra. Sin embargo, tal como hemos señalado al comienzo de este trabajo, otras enfermedades y causas de muerte han aparecido en nuestro mundo que actúan de forma más lenta e insidiosa que el hacha de piedra del enemigo, el frío del invierno o la garra del león. Se trata de agentes de enfermedad y muerte conocidos: el automóvil, el tabaco, las grasas animales, el sexo imprudente, etc. pero que actúan, o bien como un veneno lento o bien esperando agazapados la oportunidad de que su aparición coincida con la de una serie de co-factores no siempre bien conocidos; se trata también de agentes que no solo son inductores de enfermedad y muerte sino que, además, en las interacciones que con ellos mantenemos, nos suelen proporcionar, de forma *inmediata*, satisfacciones susceptibles de engañar experiencialmente a nuestro organismo, posiblemente mal adaptado para hacer frente a las consecuencias a largo plazo que su uso comporta.

Los riesgos de los hábitos nocivos son, en gran parte, conocidos. Es posible prevenirlos. Y cada vez será más necesario hacerlo. La enorme facilidad y rapidez de traslado del hombre moderno hace que, cada día, nos podamos encontrar expuestos con más facilidad a microorganismos que durante milenios han podido permanecer ocultos a miles de kilómetros de nuestro hábitat natural, y que son susceptibles de experimentar mutaciones de efectos imprevisibles. Por otra parte, los vehículos que conducimos cada vez van a mayor velocidad siendo la capacidad de respuesta del hombre, a pesar del perfeccionamiento tecnológico, limitada; cada vez nuestro mundo está más poblado de aparatos emisores de radiaciones de todo tipo, nuestro aire más contaminado, nuestras aguas más polucionadas, drogas de todo tipo nos invaden, etc. Es importante, es imprescindible, es urgente, investigar y conocer con la mayor precisión posible tanto los factores que facilitan o dificultan la adopción y mantenimiento de comportamientos de prevención, como los procesos involucrados en los comportamientos de prevención y riesgo, y las características de los contextos socio-culturales concretos en que los mismos aparecen.

Quisieramos terminar con un párrafo dedicado al SIDA, problema en el que últimamente venimos trabajando y que, en la actualidad, inspira muchas de nuestras reflexiones. Cuantos más medicamentos antivíricos se descubran capaces de frenar la infección y de mejorar la longitud y calidad de vida de las personas seropositivas asintomáticas y enfermas de SIDA pero sin conseguir eliminar el virus del organismo contagiado, más eficaces tendrán que ser las estrategias de prevención que utilicen las personas que lo hayan adquirido ya que las mismas deberán usarlas *siempre* a lo largo de toda su vida con el fin de no contagiar a las demás. Lo que es bueno a nivel individual puede no serlo tanto a nivel colectivo ya que lo que comportan indirectamente, en este sentido, los avances médicos es un incremento del reservorio de virus. Para que dichos avances farmacológicos puedan saludarse también, como deseamos, como una ganancia colectiva deben ir acompañados por la adopción sistemática por parte de la población contagiada de unas estrategias preventivas eficaces. Sin embargo, hasta el momento, mientras que se están invirtiendo muchos esfuerzos profesionales y se está llevando a cabo una gran inversión económica para descubrir nuevos fármacos antivíricos, lo cual es muy loable, es escaso el esfuerzo investigador que se realiza para aumentar el conocimiento que debe conducirnos a mejorar y mantener nuestros comportamientos preventivos.

Y esto es así, desgraciadamente, a pesar de que, como ha reconocido Jonathan Mann, el hombre que durante años ha llevado en la OMS la responsabilidad del Programa Mundial de Lucha contra el SIDA: *Tendríamos que aceptar que el comportamiento humano resulta más complejo que cualquier virus.* ¿Hasta cuando habrá que esperar para que las autoridades sanitarias, y los

responsables de las instituciones públicas y privadas responsables de la investigación, se den cuenta de ello?

## REFERENCIAS

Bayés, R. (1990): The contribution of Behavioural Medicine to the research and prevention of AIDS. En D. E. Blackman y H. Lejeune (Eds.) **Behaviour analysis in theory and practice: Contributions and controversies** (pp. 243-258). Hove, East Sussex: Lawrence Erlbaum.

Bayés, R. y Ribes, E. (1989): Un modelo psicológico de prevención de enfermedad: Su aplicación al caso del SIDA. **Papeles del Psicólogo**, 41-42: 122-125.

Comité Estatal de la URSS para la Utilización de la Energía Atómica (1986): **El accidente de la central nuclear de Chernobil y sus consecuencias**. Viena: Reunión de Expertos de la OIEA, Agosto, policopiado.

Coxon, A.P.M. y Carballo, M. (1989): Editorial review: Research on AIDS: Behavioural perspectives. **AIDS**, 3: 191-197.

De la Loma, A. (1988): Aportaciones a la epidemiología del SIDA desde un centro de atención primaria. En **II Conferencia de Información Sanitaria sobre el SIDA**. Madrid: Ayuntamiento de Madrid, policopiado.

Des Jarlais, D.C. y Friedman, S.R. (1988): The psychology of preventing AIDS among intravenous drug users: A social learning conceptualization. **American Psychologist**, 43 (11): 865-870.

Fischl, M.A.; Dickinson, G.M.; Scott, G.M.; Klimas, N.; Flechter, M.A. y Parks, W. (1987): Evaluation of heterosexual partners, children, and household contacts of adults with AIDS. **Journal of the American Medical Association**, 257: 640-644.

Havik, O.E. y Maeland, J.G. (1988): Changes in smoking behavior after a myocardial infarction. **Health Psychology**, 7: 403-420.

- Henning, H. (1986): The Chernobil accident: Man or machine?. **Nuclear Europe**, 6 (II): 7.
- Jeffery, R.W. (1989): Risk behaviors and health. **American Psychologist**, 44: 1194-1202.
- McGinnis, J.M. (1985): Recent history of federal initiatives in prevention policy. **American Psychologist**, 40: 205-212.
- McReynolds, W.T.; Green, L. y Fisher, E.B. (1983): Self-control as choice management with reference to the behavioral treatment of obesity. **Health Psychology**, 2 (3): 261-276.
- Pardell, H.; Salleras, L. y Salvador, T. (1983): **Manual de prevención y control del tabaquismo**. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Rachlin, H.; Logue, A.W.; Gibbon, J. y Frankel, M. (1986): Cognition and behavior in studies of choice. **Psychological Review**, 93: 33-45.
- Rodríguez Marín, J. (1990): Motivación y psicología de la salud. En J. Mayor y F. Tortosa (Eds.) **Ambitos de aplicación de la psicología motivacional** (pp. 27-66). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Russell, M.A.H.; Wilson, C.; Taylor, C. y Baker, C.D. (1979): Effect of general practitioners' advice against smoking. **British Medical Journal**, 2: 231-235.
- Schweitzer, J.B. y Sulzer-Azaroff, B. (1988): Self-control: Teaching tolerance for delay in impulsive children. **Journal of the Experimental Analysis of Behavior**, 50: 173-186.
- Spettell, C.M. y Liebert, R.M. (1986): Training for safety in automated person-machine systems. **American Psychologist**, 41: 545-550.
- Stall, D.; Coates, T.J. y Hoff, C. (1988): Behavioral risk reduction for HIV infection among gay and bisexual men. **American Psychologist**, 43 (II): 878-885.

Taylor, S.E. (1990): Health psychology: The science and the field. **American Psychologist**, **45**: 40-50.

The Panos Institute (1987): **AIDS and the Third World** (2ª edición revisada). Panos Dossier 1, 1-83.

Vallbona, C. y Serra, Ll. (1991): De la salud de las personas al bienestar de la sociedad. **La Vanguardia. Medicina y Calidad de Vida**, **58**: 6-7.

**Facultad de Psicología,  
Universidad Autónoma de Barcelona,  
Apartado 29, 08193  
Bellaterra.  
Telef. (93) 581 15 84.**

## **EL MARKETING SOCIAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD**

**Silverio Barriga y José M<sup>a</sup> León Rubio**

*Universidad de Sevilla*

### **RESUMEN**

El momento sociopolítico que atraviesa actualmente la sanidad española se caracteriza por la creciente crisis del modelo organizacional establecido. Se buscan nuevas formas de gestión y administración sanitaria para, manteniendo niveles racionales de gasto económico y de recursos humanos, puedan seguirse llevando a término los planteamientos teóricos que abogan por una sanidad universal, integral e integrada.

Probablemente sólo la apertura de la Sanidad a profesionales tradicionalmente alejados de la Medicina y de la Salud y carentes, pues, del reconocimiento de profesionales "sanitarios" (economistas, ingenieros organizacionales, psicólogos, gestores empresariales, sociólogos, etc.) pueda aportar la bocanada de aire fresco que supone gestionar los servicios de Salud con criterios de eficacia y eficiencia; teniendo en cuenta, pues, las características del producto que se ofrece y las exigencias del consumidor y de los mediadores profesionales que se ocupan de mejorar las condiciones saludables y de erradicar la enfermedad.

Los Servicios de Salud por su complejidad y para ser eficientes deben acogerse a los instrumentos que las ciencias psicosociales y económicas han elaborado en el campo de la Mercadotecnia o Marketing.

En el Marketing Social se emplean las técnicas de análisis, previsión y control de la conducta de los individuos y grupos a fin de conseguir objetivos sociales en base al intercambio que se establece entre el productor y el receptor.

El marketing social necesita ajustarse a la metodología estricta propia de los programas de intervención psicosocial teniendo presente: la investigación del mercado, el desarrollo del producto, la utilización de incentivos y la facilitación de uso.

El marketing social se convierte en equimarketing cuando se pretende ofrecer equánimes oportunidades a todos los usuarios del Sistema de Salud.

**Palabras Clave:** servicios de salud, gestión sanitaria, marketing social.

## **ABSTRACT**

The Social Political moment which the spanish health nowadays has characterized for the swelling crisis of the organizational established model. New forms of health management and administration are searched, in order to be able to continue developing the theoretical plans which defend a universal integral, integrated health, maintaining rational levels of economic waste and of human resources.

Probably, only the opening of the health Service to professionals, traditionally removed from the structure of the Medical profession, and therefore lacking the recognition of "health" professionals (economists, management engineers, psycho-sociologists, enterprise managers, sociologists, etc.), can contribute the breath of fresh air that involves managing the Health Services with a criteria of efficiency and effectiveness; bearing in mind, therefore, the characteristics of the offered product, and the consumer and professional mediators occupied in improving the health conditions and eradicating the illness demands.

Because the Health Services are so complex, in order to be efficient, they must take advantage of the instruments given by the psychosocals and econo-

mic sciences un the fields of Marketing and "Mercadotecnia". The techniques of analysis for cast and control, of the behaviour of individuals and groups in order to achieve the social objectives, are used in Social Marketing, bearing in mind that there is always an interchange between the producer and the receiver.

The Social Marketing needs to adjust the strict methodology of the programs of psychosocial intervention, bearing in mind: the investigation of the market, the development of the product, the use of incentives and the simplicity of use.

The Social Marketing is changed into "equimarketing" when you pretend to offer equable opportunities, to an using the Health System.

**Key words:** Health services, health management, Social Marketing.

## INTRODUCCION

Los Servicios de Salud, por su complejidad exigen la participación de múltiples profesionales. La tradicional preparación de los médicos para ejercer en el ámbito de la medicina, ha sido superada por las exigencias más amplias de las tareas centradas en la promoción de la salud y en la implantación de condiciones de vida saludables. Pues si bien la Medicina incide básicamente en el ejercicio asistencial, la Sanidad resalta la participación de la totalidad de los agentes sociales: dado que pretende no ya la erradicación de la enfermedad cuanto la generación de un contexto de salud.

La salud es un producto que puede someterse a muchos de los requerimientos "comerciales" de cualquier intercambio social. Con diferencias en cuanto a los objetivos, pero con semejanzas en cuanto a los procedimientos que podemos usar para conseguirla.

Cuando se pretende aumentar la eficacia de la actuación en los Servicios de Salud debemos acogernos a los instrumentos que las ciencias psicosociales y económicas han elaborado en el campo de la Mercadotecnia.

## **LA EVOLUCION DE LA DEMANDA SANITARIA**

Al igual que los demás productos de consumo, los servicios sanitarios han sido demandados de diversas formas a lo largo de la historia. La relación entre la oferta y la demanda han caracterizado las distintas políticas sociales de los gobiernos durante los últimos siglos. Y cuando en los países desarrollados la población masivamente accede a los recursos económicos, se programa una sociedad de bienestar basada en la solidaridad y el justo reparto de los bienes. Entre ellos los servicios de salud, los de educación, vivienda y justicia, aparecen como prioritarios.

Pero como el valor subjetivo de la salud alcanza límites variados y difícilmente constreñibles se desencadena una dialéctica tan desequilibrada entre la oferta del servicio y la demanda del mismo que los modernos Estados se ven en la necesidad de replantearse esas relaciones si no quieren terminar en la bancarrota económica y en la general insatisfacción de los usuarios. A la vez que mejoran los servicios sanitarios los usuarios solicitan más atención, se muestran más exigentes por lo que, paradójicamente, las prestaciones resultan deficientes. Endemoniada cadena sin fin que puede quedar esclarecida si se analiza a partir de las ilustraciones provenientes de las ciencias psicosociales.

Ni la salud es algo objetivo, cuantificable, equitativamente repartido entre los ciudadanos etc. etc., ni los recursos económicos y humanos de que dispone la Administración sanitaria son ilimitados para hacer frente a sus crecientes demandas.

**Partimos de estos hechos:**

- los recursos son limitados
- las necesidades de la población pueden ser ilimitadas
- las ciencias psicosociales disponen de instrumentos para adecuar la demanda a los recursos disponibles
- los recursos pueden emplearse con mayor nivel de eficiencia si se ajustan convenientemente a las necesidades que se pretenden satisfacer

## **EL MARKETING SOCIAL**

El desarrollo de la demanda se ha ajustado al desarrollo económico y ha permitido poner en marcha distintos mecanismos de mercadotecnia o marketing:

- o para aprovechar al máximo los escasos medios de producción
- o para rentabilizar la escasez de los canales de distribución
- o para incrementar la limitada demanda
- o para rentabilizar la escasez de los recursos (Gómez y Quintanilla, 1988)

## 1.- Hacia un concepto consensuado

Cuando en el marketing la preocupación no se centra prioritariamente en la rentabilidad económica y en conseguir que el intercambio que se establece entre productor y receptor esté justificado únicamente por parámetros de lucro económicos, sino que se introducen otras variables como: objetivos sociales, ideas, valores, expectativas, satisfacción personal, etc., nos estamos introduciendo en el marketing social.

En el marketing social confluyen las ciencias económicas y psicosociales con el empleo de las técnicas de análisis, previsión y control de la conducta de los individuos y los grupos. Y si el marketing tiene una historia reciente a comienzos del siglo XX (Bartels, 1964) pese a que algunos (Drucker, 1973) lo sitúan en el Japón del siglo XVII, sólo recientemente la misma Asociación Americana de Marketing (AMA) -superando la definición que ofreció en 1960 por la que restringía el marketing al resultado de actividades empresariales- nos ofrece una definición más completa (1985) incidiendo en el intercambio como elemento crucial.

*"El proceso de planificación y ejecución del concepto, precio, comunicación y distribución de ideas, productos y servicios para crear intercambios que satisfagan a los individuos y a los objetivos de la organización"* (AMA, 1985).

Tal rectificación era imprescindible si se quería incluir el marketing social desarrollado ampliamente desde la década de los cincuenta (Wiebe, 1952) y que conceptualmente se clarifica su contenido desde que Kotler y Zaltman (1971) acuñaran el término definiéndolo como:

*"el diseño, ejecución y control de programas calculados para influir en la aceptabilidad de ideas sociales, incluyendo consideraciones sobre planificación del producto, el precio, la comunicación, la distribución y la investigación comercial"*

Y que halla su mejor desarrollo cuando se insiste en el intercambio de valores (Namakforoosh y otros, 1983)

De lo que se trata es de:

- establecer un intercambio
- de ideas, conductas, servicios
- mediante instrumentos de análisis, control, motivación y comunicación
- con un costo determinado
- de cara al cambio social
- y consiguiendo la satisfacción del cliente.

Con el marketing social no se pretende prioritariamente la rentabilidad económica del producto o servicio, cuanto objetivos de tipo social orientados a los individuos y a la comunidad, sobre todo en los campos educativo, sanitario, socio-cultural, medioambiental e informacional.

Junto al marketing social cabe señalar la existencia de otras importantes formas de marketing:

- marketing político (y electoral)
- marketing interno (del "management") a la organización versus marketing externo (Flipo, 1985; Levionnois, 1987; Quintanilla, 1988)

## **2.- El marketing social, instrumento de cambio social**

La valoración de las técnicas de marketing puede desencadenar ciertos recelos, como si la aplicación de las ciencias psicosociales a la conducta individual o grupal, conllevara exclusivamente la manipulación del usuario en programas de intervención social repletos de cínico despotismo ilustrado.

El cambio social propugnado por el marketing social, sin duda puede obtenerse mediante el uso de técnicas manipulativas, pero también mediante acciones de control legal, mediante refuerzos socio- económicos, mediante el uso de instrumentos tecnológicos, mediante el uso de la fuerza y, sobre todo, mediante la generalización de una información adecuada entre la población (Kotler, 1980; Gómez y Quintanilla, 1988)

El marketing social para que sea eficiente necesita ajustarse a una metodología estricta propia de los programas de intervención psicosocial (Barriga y otros, 1987). Y, entre otros requisitos habrá de tener en cuenta estos cuatro elementos:

- la **investigación del mercado** o análisis de la situación de partida para conocer la realidad de la población sobre la que queremos incidir. Con-

lleva, pues, la evaluación inicial del contexto social sobre el que se incide.

- el **desarrollo del producto** de tal forma que los usuarios conozcan las características del programa o servicio que se les ofrece y puedan desearlo.

- la **utilización de incentivos** con los refuerzos positivos pertinentes a fin de que resulte gratificante para el usuario.

- y, finalmente, la **facilitación de uso** para que la conducta de los usuarios no encuentre dificultades en su realización.

El marketing social va más allá de la mera publicidad social. Conlleva el empleo de otra serie de técnicas a fin de concluir en la realización exitosa del proyecto (de acuerdo con las cuatro P de McCarthy, 1960: precio, "place"-ubicación, promoción y producto).

Pero, dentro de los programas de un Estado de Bienestar que pretende la equidad en el servicio a todos los ciudadanos (en la línea de aquel "de cada cual según su capacidad a cada cual según su necesidad"), el marketing social se convierte en un equimarketing, pues pretende ofrecer equánimes oportunidades a todos los usuarios del servicio (Greene y Miesing, 1984)

## **EL MARKETING SOCIAL EN LOS SERVICIOS SANITARIOS**

Ni los responsables políticos de la Sanidad, ni los profesionales de la misma, ni los usuarios pueden considerar la Sanidad como parcela que escapa a los requerimientos del marketing social.

Fuera de demagogias y planteamientos utópicos, aptos para la actuación elitista y asimétrica, los servicios de salud y los programas que los justifican han de ajustarse a la disciplina del marketing social en aras de la eficacia y eficiencia en el uso de los recursos públicos.

El esmero que la sociedad ha demostrado en la formación del médico (con el desarrollo de las múltiples especialidades) de cara a la actuación eficaz ante la enfermedad, debe ampliarse al uso de estrategias y técnicas que faciliten:

- una adecuada **gestión** de los recursos
- la eficiente ejecución de los **programas de promoción de salud**
- la aceptación y colaboración de los usuarios en la ejecución de los programas correspondientes a los proyectos políticos de los responsables sanitarios mediante el adecuado nivel de **participación ciudadana**
- el acercamiento a las **necesidades** objetivas, comparativas, sentidas y manifestadas de los usuarios
- la adecuada **elaboración de prioridades** ante esas necesidades de acuerdo con los recursos disponibles
- la **participación eficiente** de los usuarios en la programación y ejecución de los distintos programas tendentes a añadir "vida a los años y años a la vida"
- la **evaluación** de los programas desarrollados.

Como ilustración de cuanto decimos baste recordar en nuestra historia reciente, como excelentes proyectos políticos de cara a establecer reformas sanitarias objetivamente válidas se han visto limitadas en su ejecución por la resistencia organizada de quienes, por intereses corporativos o por desconocimiento de los proyectos, han desencadenado comportamientos negativos. El fracaso se debió, en gran medida, a que faltó un buen programa de marketing social. Es difícil pretender el cambio forzado, entre personas adultas y cultas, sin necesariamente generar "reactancia" (rechazo ante la que consideran usurpación de parcelas de libertad) ante los programas que se les proponen pero en los que no participan o de cuya conveniencia no están convencidos. De alguna manera, el interventor social en el campo de la sanidad ha de ajustarse a los planteamientos del marketing social a fin de garantizar el eficiente empleo de los recursos sociales de que dispone.

## **A MODO DE CONCLUSION**

El momento sociopolítico que atraviesa actualmente la sanidad española se caracteriza por la creciente crisis del modelo organizacional establecido. Se buscan nuevas formas de gestión y administración sanitaria para, manteniendo racionales niveles de gasto económico y de recursos humanos, puedan seguirse

llevando a término los planteamientos teóricos que abogan por una sanidad universal, integral e integrada.

Probablemente sólo la apertura de la Sanidad a profesionales tradicionalmente alejados de la Medicina y de la Salud y carentes, pues, del reconocimiento de profesionales "sanitarios" (economistas, ingenieros organizacionales, psicólogos, gestores empresariales, sociólogos, etc.) pueda aportar la bocanada de aire fresco que supone gestionar los servicios de Salud con criterios de eficacia y eficiencia; teniendo en cuenta, pues, las características del producto que se ofrece y las exigencias del consumidor y de los mediadores profesionales que se ocupan de mejorar las condiciones saludables y de erradicar la enfermedad.

Sin duda, la preocupación expresada en estas Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria constituye un síntoma alentador de los nuevos aires que corren entre los responsables políticos y académicos de la Sanidad Andaluza.

Una primera versión de este trabajo fué presentada en las VI Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria organizadas por la Escuela Andaluza de Salud Pública en Noviembre de 1991 bajo el lema: **La salud es transmisible: marketing y comunicación en los servicios sanitarios.**

## REFERENCIAS

American Marketing Association (1960): **Marketing Definition: A Glossary of Marketing Terms.** Comité on Terms, American Marketing Association. Chicago.

Bartels, R. (1964): **El desarrollo del pensamiento en mercadotecnia.** Ed.Continental. México.

Barriga, S.; León, J.M<sup>a</sup>. y otros (1987): **Intervención psicosocial.** Hora.Barcelona.

Barriga, S.; León, J.M<sup>a</sup>. y otros (1989): **Psicología de la Salud: aportaciones desde la Psicología Social.** Sedal. Sevilla.

**Drucker, P. (1973): Management Tasks, Responsibilities, Practices.** Harper & Row. New York.

**Flipo, J.P. (1985): Services Firms: Interdependance of External an Internal Marketing Strategies.** ESADE. Barcelona.

**Gómez, A. y Quintanilla, I. (1988): Marketing Social: Desarrollo, Concepto y Aplicación.** Promolibro. Valencia.

**Greene, C.S. y Miesing, P. (1984): Public Policy, Technology and Ethics: Marketing Decision For NASA's Space Shuttle.** *Jornal of Marketing*, 48: 56-67.

**Kotler, P. (1980): Marketing Management: Analysis, Planning and Control.** Prentice-Hall. Englewood Cliffs, New Jersey.

**Kotler, P. y Zalthman, G. (1971): Social Marketing: An Approach to Planned Social Change.** *Journal of Marketing*, 35: 3-12.

**Levionnois, M. (1987): Marketing interne et managements des hommes.** Editions d'organisations. Paris.

**Namakforoosh, M.N. y Ibarreche, S. (1983): Mercadotecnia Social.** Limusa. México.

**Quintanilla, I. (1986): Psicología y Marketing.** Primer Congreso Iberoamericano de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. Madrid.

**Wiebe, G.D. (1951): Merchandising Commodities and Citizenship on Television.** *Public Opinion Quarterly*, 15: 679-691.

## **INTERVENCION COMPORTAMENTAL-EDUCATIVA PARA LA SALUD EN ATENCION PRIMARIA**

**Diego Maciá Antón, Fco. Xavier Méndez Carrillo y José Olivares**

*Dpto. de Metodología y Análisis del Comportamiento.  
Facultad de Psicología.  
Universidad de Murcia.*

### **RESUMEN**

En el presente trabajo se revisan una serie de estudios realizados desde la perspectiva conductual sobre Educación para la Salud. Esta revisión pone de manifiesto la aplicabilidad de estrategias conductuales que se utilizan para promocionar la salud. Las intervenciones (enfoque preventivo) se han llevado a cabo desde el marco del modelo comportamental-educativo. Los resultados de los programas de intervención comportamental-educativo indican que las actividades de educación para la salud, sustentadas en las estrategias de tecnología conductual, fueron eficaces y muestran la pertinencia de la aproximación propuesta.

**Palabras clave:** Educación para la Salud, enfoque preventivo, modelo conductual.

## ABSTARCT

In the present work different studies carried out from a behavioural perspective on to Health Education are reviewed. This review states the applicability of behavioural strategies used to promoting to health. The interventions (approach preventive) has been carried out under framework of an educational behavioural model. The results of programs of Behavioral and Educational Intervention show that activities of health education, supported by the strategies of the behavioural tecnology, wich took place were efficient and also show the relevance of the approach.

**Key words:** Health Education, preventive approach, behavioral model.

## INTRODUCCION

La Psicología Clínica, la Evaluación y Modificación de Conducta, si bien surgió por el interés en el estudio de la conducta anormal, en su desarrollo, y en confluencia con otras subdisciplinas de la Psicología (psicofisiología, psicología de la personalidad, psicología social, etc.) no sólo ha planteado su propia alternativa con conceptualizaciones y procedimientos terapéuticos propios en esta área, sino que su campo de aplicaciones se ha ido extendiendo a otras como la medicina general.

RACHMAN (1980) indica que a partir de la década de los sesenta se va produciendo, lentamente, un triple reconocimiento de gran importancia para la psicología: a) se reconoce que los factores psicológicos influyen en todas las ramas de la medicina y que, por tanto, la psicología invade todas las partes de ésta; b) se admite que el psicólogo clínico no tiene que reducir su actividad necesariamente a los problemas psicopatológicos, y c) se acepta que la psicología puede suministrar concepciones propias sobre la salud y sus problemas.

Si el modelo médico tradicional resulta claramente inadecuado para trasvasarlo a las alteraciones conductuales, para otros muchos problemas del cuidado de la salud, el acercamiento biomédico tradicional presenta importantes limitaciones; en este sentido, ENGEL (1976) afirma que la crisis de la medicina se deriva de la misma base que afecta a la crisis de la psiquiatría, es decir, de su adscripción a un modelo de enfermedad caduco e inadecuado para las tareas científicas y responsabilidades sociales que se requieren en la actualidad, planteando como alternativa un modelo biopsicosocial.

Si se entiende el proceso de salud-enfermedad como resultante de la interacción compleja de factores biológicos/psicológicos/sociales, la atención de la salud ha de centrarse conceptual y técnicamente en estos tres niveles y en su interacción, debiendo ser abordada de forma interdisciplinar. Así, estableciéndose una relación de colaboración entre distintos profesionales en cuanto a un objetivo común, el de la salud, al psicólogo le corresponde una parcela con funciones específicas, en parte totalmente diferenciadas, por ser propias de su especial formación, y en parte a compartir con otros profesionales en el marco del trabajo interdisciplinar.

En la actualidad se acepta que los factores más importantes en la causalidad de muchas enfermedades son ambientales o comportamentales, es decir, debidos a estilos de vida. Como se ha comentado repetidas veces el panorama de la salud en el mundo desarrollado ha cambiado considerablemente. Gracias a los avances de la terapéutica, a la mejora de la calidad de vida y a la vigilancia sanitaria continuada, muchas enfermedades que hace unos años constituían las primeras causas de morbi-mortalidad, no son más que lejanos recuerdos. Pero tras estas, las llamadas enfermedades debidas al estilo de vida (como son los problemas cerebro-vasculares, el cancer, la drogadicción, ciertos trastornos psicopatológicos, accidentes de tráfico, etc.) están ocupando su lugar.

Con la crisis del modelo médico tradicional, entra en crisis el sistema de cuidado de la salud, al no responder a las necesidades y a los riesgos de enfermar que existen hoy en las colectividades y no garantizar a las personas su derecho a la salud (SAN MARTIN, 1982). Esta situación demanda una nueva conceptualización de los sistemas de salud, siendo la propia Organización Mundial de la Salud (1978) quien plantea la necesidad de transformar los actuales sistemas, proponiendo la potenciación de la Atención Primaria. Y en este nivel de atención sanitaria, la Educación para la Salud como estrategia de intervención básica para la promoción y prevención.

Como señalan CUESTA y LARROSA (1981) la educación para la salud imparte conocimientos con el objetivo de que las personas sientan la necesidad de cuidar de sí, de su familia, de toda la comunidad, llegando a modificar conductas o adquirir nuevos hábitos para conservar el estado de salud. Esta educación para la salud va más allá de la simple información, siendo un proceso educativo sistemático y programado.

Formas de vida y calidad de vida son objetivos y metas de la prevención que hay que añadir a las eficaces metas médicas tradicionales y que deben ser contempladas en la prevención desde un modelo biopsicosocial. Debiendo la intervención sobrepasar la mera información sanitaria y tener su eje central en la ayuda para el cambio de conducta.

La Evaluación y Modificación de Conducta, la Psicología de la Salud, puede aportar a las estrategias tradicionales en Educación para la Salud, una metodología y unas técnicas de cambio que hagan posible el objetivo de que todas las personas actúen en pro de la salud. La tecnología conductual por sus virtualidades didácticas y metodológicas representa un recurso de primer orden en la cosecución de la promoción de la salud, en el individuo y en la comunidad, fomentando comportamientos y estilos de vida adaptativos.

Así, la intervención en "educación para la salud" es un área interdisciplinar, que requiere de la colaboración estrecha del conjunto de profesionales de la salud.

Como afirma RODRIGUEZ MARIN (1988) una proporción creciente de trastornos físicos exigen atenciones preventivas, diagnósticas y rehabilitadoras de los psicólogos, conformándose un rol profesional autónomo y nuevo del psicólogo en el marco de la medicina general, pero siempre en la medida que el psicólogo demuestre una amplia gama de destrezas que no puedan ser encontradas en otros especialistas, siendo un claro ejemplo la educación para la salud, la promoción de estilos de vida saludables, etc. En palabras de MAHER (1983), cuando el psicólogo entra en el sistema, debe asumir que será capaz de introducir técnicas nuevas presuntamente mejores y más rentables, para reemplazar o mejorar sustancialmente las anteriores que se han revelado limitadas o inadecuadas.

El objetivo de este estudio no es más que recoger algunos trabajos realizados desde la psicología como aportación a la promoción de la salud, y que representan el comienzo de la cristalización del nuevo concepto multidisciplinario de salud. No es nuestra intención realizar una revisión exhaustiva, sino describir los procedimientos y métodos utilizados en dichas actuaciones, con un fin eminentemente aplicado.

## **INTERVENCION COMPORAMENTAL-EDUCATIVA PARA LA SALUD**

Para DAVISON y DAVISON (1980) dos son los factores que obligan a la intervención comportamental en la prevención de la enfermedad: la importancia determinante de factores conductuales y estilos de vida en la etiología de numerosas enfermedades; y el adecuado desarrollo de la tecnología conductual que hace posible actuar de forma eficaz ante dichos problemas.

El modelo surge de la confluencia de varios hechos, entre los que cabría resaltar, en primer lugar, la consideración de un nuevo concepto de salud en el que se entiende el proceso de salud/enfermedad como resultante de la interacción compleja de factores biológicos, psicológicos y sociales, debiéndose centrar la atención sanitaria, conceptual y técnicamente, en estos tres niveles y ser abordada de forma interdisciplinar, estableciéndose una relación de colaboración entre distintos profesionales (médicos, trabajadores sociales, A.T.S., psicólogos, etc.). Junto a esto se va conformando una concepción nueva de la sanidad, basada en la Atención Primaria y en la promoción de la salud, surgida por la crisis de los servicios de atención de la salud y las críticas dirigidas al funcionamiento del sistema sanitario; en esta nueva concepción la "Educación para la salud" (OMS, 1978) se ha convertido en la estrategia de intervención básica para la promoción y prevención, definida ésta como una metodología educativa que tiende sobre todo a incitar al individuo a una toma de responsabilidad para lo que es su propia salud y la de la colectividad así como a desarrollar sus aptitudes para participar de manera constructiva en la vida de la comunidad. Y por último, cada vez más, empieza a considerarse la necesidad de una colaboración y acción intersectorial, con participación comunitaria, que integre en los servicios de salud actividades como educación, tiempo libre, calidad ambiental y bienestar social (REIG, 1989).

El modelo de salud pública parte del valor que todas las personas conceden a la salud, y considera que la educación y la información objetiva modificará la actitud y la conducta. Como afirman DWORE y MATARAZZO (1981) **la unión de la ciencia conductual con la educación para la salud supone una perspectiva muy prometedora para hacer realidad la modificación de los estilos de vida y, por tanto, los objetivos y metas de la Salud Pública al permitir disponer de técnicas o estrategias de intervención conductual que se han comprobado adecuadas para el cambio de conducta.**

De este modo la "intervención comportamental-educativa" se convierte en la estrategia de intervención básica como resultado de la convergencia de la evolución de los sistemas sanitarios hacia los objetivos del modelo de Salud Pública y del desarrollo y participación de la Psicología de la Salud, pudiéndose definir como: *actuaciones que tienen por objetivo informar sobre las condiciones de vida asociadas a un buen estado de salud, así como facilitar las modificaciones comportamentales y ambientales que lo hagan posible.*

La Segunda Guerra Mundial, con sus necesidades de selección y los problemas humanos que desencadenó, revolucionó el entrenamiento y el ámbito del trabajo clínico de los psicólogos. Surgen en este contexto dos orientaciones que si inicialmente se conforman como dos modelos paralelos, con posteriori-

dad se integrarán por sus importantes concomitancias. Son la Psicología Comunitaria y la Modificación de Conducta.

Ambas orientaciones comparten la insatisfacción con las aproximaciones tradicionales a la comprensión, diagnóstico y tratamiento de las "enfermedades mentales". Desde la psicología se comienza a considerar inadecuado el modelo médico e intrapsíquico para la comprensión de los trastornos psicológicos, iniciándose de forma progresiva una oposición hacia los enfoques tradicionales y desarrollando de forma paralela estrategias propias que van conformando nuevas aproximaciones a los trastornos del comportamiento.

Surge así la posibilidad de integrar ambos enfoques buscando su complementariedad. Como afirma CARROBLES (1985) parece viable la integración de la concepción teórica propia de la Psicología Comunitaria y la operatividad y los métodos específicos de la Evaluación y Modificación de Conducta. La integración de ambos enfoques seguiría caracterizándose por su énfasis en el sistema y en las influencias y problemas sociales, pero planteando objetivos de intervención más realistas, utilizando intervenciones y métodos más eficaces para potenciar el cambio social y de conducta.

BAYES (1983) considera que la Modificación de Conducta puede aportar al movimiento comunitario los siguientes componentes:

- 1.- Diseño de técnicas que pueden utilizarse con facilidad en el medio ambiente natural, facilitándose la generalización de los cambios obtenidos.
- 2.- Fácil adiestramiento de paraprofesionales.
- 3.- Desmedicalización de los problemas.
- 4.- Especificación inambigua de los objetivos terapéuticos o preventivos, lo que permite la valoración de los resultados y la comparación de la eficacia relativa de diferentes estrategias.
- 5.- Especificación, tanto de los objetivos intermedios como de los programas, en términos de comportamientos observables, lo que permite la verificación o replicación.
- 6.- Utilización de técnicas sistemáticas de observación y de registro de comportamiento, lo que permite un continuo conocimiento de los progresos que se van obteniendo.

La Psicología Comunitaria, por su parte, aporta:

- 1.- El énfasis en distintos factores sociales y ambientales en el desarrollo de anomalías de conducta.
- 2.- Énfasis en el ambiente para modificar la conducta, con la ampliación de los niveles de intervención a niveles ecológicos supra- individuales.
- 3.- La incorporación de la temática de la marginación social.
- 4.- La necesidad y conveniencia de incluir paraprofesionales.
- 5.- El énfasis en las actuaciones preventivas.
- 6.- Un estilo en la presentación de los servicios que podemos resumir en el concepto de "actitud de búsqueda".
- 7.- Una mayor sensibilidad ante las necesidades reales de la comunidad, es decir, una mayor relevancia de sus intervenciones.

De este modo se reelabora la orientación conductual, en lo que algunos autores denominan "Psicología Conductual-Comunitaria" (CARROBLES, 1985) o "Ecología Conductual" (JEGER y SLOSTNICK, 1982; COSTA y LOPEZ, 1985) caracterizándose, siguiendo a estos últimos, por:

- 1.- Énfasis en que la conducta es aprendida a través de la experiencia con el ambiente.
- 2.- Superación de los modelos centrados en la persona, así, tanto sus conceptualizaciones como las líneas de intervención vinculan las acciones dirigidas a los contextos y ambientes comunitarios con las dirigidas a los individuos y grupos de personas.
- 3.- Definición en términos conductuales, por tanto observables y mensurables, de los objetivos de salud.
- 4.- Promoción de una tecnología conductual comunitaria eficiente e idónea.
- 5.- Un estilo de intervención basado en la "actitud o modelo de búsqueda".

6.- Énfasis en las intervenciones centradas en el sistema más que en las personas, incluyendo el diseño y la modificación ambiental, la acción social, etc.

7.- Asunción de los principios del "Modelo de Competencia" (ALBEE, 1980; COSTA y LOPEZ, 1982).

En la educación para la salud, para la consecución de sus objetivos, podemos ver dos grandes grupos de estrategias. Las estrategias tradicionales consisten en la elaboración de programas de información general a poblaciones de gran tamaño mediante campañas a través de los medios de comunicación. Estos adolecen de un exceso de confianza en que la información, fundamentalmente biológica que se proporciona sobre las características de distintas enfermedades, hará tomar a los individuos decisiones fundadas para el mantenimiento de su salud.

Sobre dichos programas, de difícil evaluación, ha recaído la sospecha incluso de su carácter contrapreventivo, como en el caso de la prevención de la drogodependencia. Su principal efecto ha sido el mejorar los conocimientos sobre la salud y sensibilizar a la población sobre la importancia de modificar sus hábitos o estilos de vida, sin embargo pese al cambio de actitud, la conducta no se ha modificado.

Una alternativa a este tipo de actuaciones son los programas de "intervención comportamental-educativa para la salud" basados en el "modelo de competencia" de ALBEE (1980). Como afirman COSTA y LOPEZ (1982) este modelo asume plenamente el derecho que toda persona tiene de poder desarrollar competencias o habilidades que le capaciten para prevenir y resolver problemas y manejar el estrés de una manera adecuada, apostando de forma terminante por la fuerza de la habilidad o de competencia (frente a la hipotética fuerza de voluntad) y se empeña en todas aquellas estrategias de intervención que pongan a disposición del ciudadano la oportunidad de aprender esa competencia.

El objetivo pues, es facilitar a la persona los recursos teóricos y técnicos para que desarrolle un equipamiento de habilidades. Habilidades de observación, de planificación, etc., para que de esa forma el sujeto se convierta en agente activo de su propia salud y contribuya de forma cooperativa a promover la salud en el sector de la comunidad en que vive, siendo capaz de prevenir o resolver los problemas con las habilidades que previamente ha adquirido.

Un programa de entrenamiento en competencias incluiría los siguientes componentes: a) entrenamiento en habilidades de manejo de estrés (técnicas

de relajación, técnicas de inoculación al estrés, detención de pensamiento, etc.), b) entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación, c) entrenamiento en resolución de problemas o toma de decisiones, d) entrenamiento en habilidades de planificación del tiempo libre.

Estableciéndose una serie de requisitos para que las estrategias sean efectivas:

- 1.- Comunicación persuasiva, la cual informa objetivamente y motiva hacia el cambio de actitud.
- 2.- Instrucciones específicas, que orienten de forma adecuada sobre cómo y cuando pasar a la acción.
- 3.- Diseño de condiciones estimulares antecedentes que hagan factible el cambio de conducta.
- 4.- Planificación de refuerzos contingentes a la emisión de conductas y prácticas de salud.

Pese a las dificultades que surgen en la práctica respecto a las competencias de los distintos niveles de administración y a la posibilidad de racionalizar los recursos existentes concretando los distintos objetivos de los diversos departamentos de gobierno (sanidad, educación, servicios sociales, etc.) y sus respectivos servicios organizados (Servicios Sociales de Base, Equipos de Salud, Servicios Psicopedagógicos Escolares, etc.) por la **ausencia de un sistema socio-sanitario integrado**, al menos podemos afirmar que se dispone y se acepta un marco referencial preciso, unos objetivos y una metodología que permite la elaboración de unos presupuestos que se traduzcan en medidas concretas de intervención que pueden ser puestas en práctica en el marco de la atención primaria.

La "intervención comportamental-educativa" como estrategia utilizada por los servicios socio-sanitarios integrados a nivel de atención primaria para la consecución de los objetivos de la Salud Pública presenta un ámbito de aplicación tan extenso como lo es el repertorio de conductas involucradas en el cuidado y/o deterioro de la salud.

Sin embargo la intervención comportamental-educativa en atención primaria no está exenta de problemas. Uno de ellos, sin duda importante, es que nuestra conceptualización requiere, al menos, el desarrollo de las directrices que sobre atención primaria aparecen en la Ley General de Sanidad. La Direc-

ción General de Planificación Sanitaria (1984) establece en atención primaria cinco tipos de "programas básicos de salud" a desarrollar por los equipos multidisciplinarios de los Centros de Salud, sin embargo, en la práctica nos encontramos con no pocos inconvenientes: reducido número de centros de salud, recursos escasos (materiales y humanos), escasa formación del personal sanitario en temas relacionados con estrategias preventivas; uniéndose a todo ello la exclusión, incomprensible, del psicólogo en los equipos de atención primaria de algunas comunidades autónomas, cuando en palabras de HILLEBOE (1983) especialista en Salud Pública, *"es preciso, que en el nivel central del sector de salud haya un especialista en ciencias de la conducta altamente cualificado que sea también un experto en salud comunitaria. . . (el cual) debería supervisar, además, las actividades de educación sanitaria"*. (pág. 853)

## **PROGRAMAS DE INTERVENCION Y APLICACIONES**

La Intervención comportamental-educativa presenta un ámbito de aplicación tan extenso como lo es el número de conductas relevantes para el cuidado o el deterioro de la salud de un individuo. Su principal línea de actuación se dirige, por tanto, a la promoción de estilos de vida sana, es decir, promover conductas sanas en la gente y la comunidad; así como a la eliminación o modificación de conductas "peligrosas" para la salud.

En la atención primaria se suelen establecer cinco tipos de "programas básicos de salud": 1) Programas de atención al medio, 2) Programas de atención a la mujer, 3) Programas de atención al niño, 4) Programas de atención al adulto y anciano, y 5) Programas de atención a la salud mental (DIRECCION GENERAL DE PLANIFICACION SANITARIA, 1984), siguiendo este esquema, del que eliminamos el quinto apartado, por considerar que sus objetivos se deben abordar sin esa división artificial, vamos a exponer algunos programas desarrollados a este nivel de atención sanitaria elaborados desde la perspectiva de la Psicología de la Salud.

### **Programas de atención al medio**

El objetivo general de estos programas es contribuir a fomentar y preservar el nivel de salud y bienestar de la población, mediante una relación armónica entre el individuo y su medio, no sólo para evitar las enfermedades provenientes de las disfunciones ambientales, sino con el fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de la población.

Para la consecución de este objetivo, una de las actividades a realizar es la educación para la salud a la población sobre los factores del medio que más influyen en su salud así como contribuir a movilizar los recursos de la comunidad, de forma que se favorezca el autocuidado de esta.

La intervención en el área ecológica, de importancia cada vez mayor en la Evaluación y Modificación de Conducta (GELLER, WINETT y EVERET, 1982; BLANCO, 1985; ARAGONES, 1985; FERNANDEZ BALLESTEROS, 1987), se ha llevado a cabo sobre una gran cantidad de conductas inadaptadas a nivel social (consumo excesivo de energía, contaminación ambiental, basuras, organización de espacios físicos, etc.). Como afirma BLANCO (1985) si ha sido el comportamiento de la gente el causante principal del deterioro ambiental y de sus consiguientes repercusiones, esa misma conducta, adecuadamente modificada, es la única que posiblemente pueda frenar la destrucción definitiva del entorno ecológico.

Existen dos formas de abordar el medio en su relación con la conducta: como variable dependiente, que nos conduce al estudio de los posibles efectos que el comportamiento de las personas puede ejercer sobre este, y como variable independiente que nos permite evaluar y modificar la influencia de ciertas características ambientales sobre la conducta de los individuos.

Considerando en primer lugar el medio como variable dependiente las técnicas utilizadas las podemos agrupar en dos apartados: 1) las estrategias antecedentes y 2) las estrategias consecuentes.

Las primeras pretenden adelantarse a la conducta inadecuada para el ambiente, utilizando la información para que la persona realice el comportamiento adecuado. Dentro de esta estrategia se incluye la Educación Ambiental realizada a través de los medios de comunicación, mediante trabajos escolares, folletos, etc., con el fin de crear actitudes positivas hacia la conservación del entorno o modificar las existentes. También en las estrategias antecedentes se incluyen los estímulos instigadores, formados por señales o mensajes que recuerdan la conducta deseada o la que se pretende eliminar (ej.: este bar está limpio, o ayude a mantener limpio el hospital, etc.).

Las estrategias consecuentes consisten en la utilización de las consecuencias comportamentales (refuerzo positivo y castigo) a fin de incrementar o disminuir ciertas conductas.

CONE y HAYES (1980) afirman que el refuerzo positivo es la estrategia más eficaz de las utilizadas para la consecución de una conducta ecológicamente responsable; siendo moderadamente eficaces los estímulos instigadores y dé-

bil la educación ambiental. Respecto a esta última OSKAMP (1984) afirma que las campañas informativas tienen poca influencia sobre la conducta, si bien considera que la persistencia puede llegar a tener algún efecto acumulativo.

A pesar de su todavía escasa implantación, la aplicación de los principios de modificación de conducta al desarrollo de la calidad ambiental, ha ocupado distintas áreas de interés: reducción y ahorro energético (HAYES y CONE, 1977; HAKE y ZANE, 1982; OLSEN y JOERGES, 1983), incremento en la utilización de los transportes públicos (ALTMAN, WOHLWILL y EVERET, 1981), reciclaje de desechos, etc. Uno de los campos más importantes y directamente relacionados con la salud es el que hace referencia al control de basuras y desperdicios.

Un trabajo pionero en ésta área es el de CLARK, BURGES y HENDEE (1972) realizado en un parque nacional con niños utilizando pegatinas e insignias como reforzadores.

GELLER y colaboradores (GELLER, 1973, 1975, 1980; GELLER, WITMER y OREBAUCH, 1976; GELLER, WITMER y TUSO, 1977; GELLER, BRASTED y MANN, 1980) han realizado varias intervenciones con el propósito de controlar la conducta de tirar papeles al suelo en diferentes contextos: bares, tiendas, cines, etc.

BICKMAN (1972) utilizó el modelado para controlar la deposición de heces de perro por sus dueños en la calle; con este mismo objetivo, SCHENELLE y otros (1980) utilizaron artículos de prensa como estrategia.

Considerando el ambiente como variable independiente éste se ha considerado importante para la adquisición y facilitación de ciertas conductas, adaptativas o inadaptativas para la salud. De este modo se han diseñado distintos programas de intervención tendentes a modificar o cambiar contextos que se conocían relacionados con dichos comportamientos.

En este apartado podríamos enumerar los trabajos de FAIRWEATHER y cols. (1969) sobre creación de escenarios alternativos para enfermos mentales. O los trabajos de FERNANDEZ BALLESTEROS y cols. (1982, 1987) en instituciones de ancianos.

WINNET, NEALE y WILLIAMS (1982) modificaron un aspecto de la organización laboral (la flexibilidad horaria) a fin de aliviar el estrés al eliminar dificultades en la coordinación de la vida familiar y laboral. En su estudio, a los trabajadores que tenían hijos de corta edad se les permitió modificar la hora de

comienzo y finalización del trabajo, evidenciándose cómo mínimos cambios producían cambios sustanciales en los sistemas de relaciones familiares.

### **Programas de atención a la mujer**

En esta área ocupan un lugar destacado dos tipos de intervenciones:

**1.- Programas de psicoprofilaxis obstétrica** (BECK, 1978, 1980; LLAVONA, NOGUEIRAS y MURUAGA, 1984; GARCIA-MORENO, 1985; GIL, 1987) que tienen por objeto el abordaje del parto sin dolor y sin temor, a través de un adecuado conocimiento de anatomía y fisiología del embarazo y parto, de la psicología de la gestante y de la pareja y el entrenamiento en ejercicios prácticos de tipo obstétrico (respiración, relajación abdominal, etc.) y de tipo conductual (relajación y autocontrol, reducción de la ansiedad, habilidades sociales, etc.).

GARCIA-MORENO (1985) presenta un programa de intervención que se inicia con una evaluación a través del Cuestionario de Investigación y Predicción del Embarazo, Parto y Puerperio (CIPEPP) que permite un conocimiento exacto de las actitudes y comportamientos de las embarazadas, parturientas y puerperas. De la aplicación del CIPEPP-I que determina el riesgo psicológico que pueda tener la mujer al abordar el parto y la crianza sin ansiedad y comportamientos inadecuados para el recién nacido y su pareja, se intenta individualizar los contenidos de la intervención.

Las dificultades más importantes que pueden presentar las gestantes son: ansiedad o miedo al dolor, desconocimiento de lo que ocurre en un embarazo y de las pautas de crianza, inhabilidad de afrontar ambientes extraños y tendencia a jugar el papel de enferma, actitudes negativas hacia el embarazo y la maternidad, tensión tónico muscular e incompatibilidad con el progreso de las contracciones, pasividad e inoportunidad de reacciones de respirar, etc.

En el programa de intervención comportamental-educativo, a través de las distintas sesiones se van abordando estas dificultades, utilizándose la información obstétrica, técnicas de inmunización al estrés, técnicas de reestructuración cognitiva de temores y tabúes, técnicas de relajación y desensibilización sistemática, técnicas de respiración, técnicas de habilidades sociales, entrenamiento en el cuidado del bebe, etc.

LLAVONA, NOGUEIRAS y MURUAGA (1984) considerando la importancia que tiene la participación del miembro masculino de la pareja en el parto (HENNEBORN y COGAN, 1975; CAMBELL y WORTHINGTON,

1981) proponen realizar la preparación específica del padre persiguiendo los siguientes objetivos: 1) proporcionar información acerca de que conductas ha de realizar su pareja en el embarazo, a fin de que las estimule y refuerce, 2) enseñarle las técnicas que ha de utilizar la mujer para enfrentarse al parto, de modo que pueda actuar como instructor, y 3) entrenarlo para que proporcione a su pareja refuerzo y apoyo a lo largo de todo el proceso del parto.

Dentro de este mismo apartado se han diseñado intervenciones conductuales puntuales encaminadas a reducir el impacto del proceso de transición a la paternidad (MATESE, SHORR y JASON, 1982), y a desarrollar habilidades de cuidado del recién nacido.-higiene, alimentación, trato afectivo, etc.- (COCHRANE, OJHARA y LESLIE, 1980).

## **2.- Programas de planificación familiar.**

En estos programas junto a la información o educación de la utilización de los métodos anticonceptivos, los objetivos incluyen la educación sexual (GONZALEZ, 1984), el entrenamiento a la pareja en habilidades de comunicación interpersonal y de solución de problemas (STUART, 1980; BIRCHTER, 1979; COSTA y SERRAT, 1982), entrenamiento en habilidades de manejo de estrés (BEECH, BURNS y SHEFFIELD, 1986).

SCHINKE y cols. han puesto a prueba un programa preventivo, basado en educación sexual y entrenamiento en habilidades sociales y de resolución de problemas, cuyos resultados apoyan la eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales para prevenir embarazos no deseados en adolescentes (SCHINKE, BLYTHE y GILCHRIST, 1981; BARTH y SCHINKE, 1983).

## **Programas de atención al niño y al adolescente**

Muchos de los programas diseñados en esta área tienen como contexto de aplicación el centro escolar. La escuela presenta ciertas características que debidamente aprovechadas pueden permitir obtener el máximo de eficacia a las medidas educativas que con carácter preventivo se puedan emprender. En general las intervenciones realizadas en este contexto tienen como objetivo que el alumno adquiera actitudes y hábitos adecuados, y aprenda a sentirse responsable activo de su propia salud.

Junto a estrategias generales en las que se incluyen los objetivos de aprendizaje en el curriculum escolar (ecología, alimentación, ejercicio físico, etc.) (SAINZ MARTIN, 1984), se han diseñado programas de intervención para problemas específicos como: prevención de miedos y reacciones de ansiedad

(BARRIOS y SHIGETONI, 1980); prevención de la drogodependencia (MACIA, 1984, 1986); entrenamiento en solución de problemas interpersonales en niños de preescolar de estatus socioeconómico bajo (SHURE y SPIVAK, 1982); prevención de accidentes infantiles (MACIA y MENDEZ, 1987).

Un magnífico ejemplo de esta acción pedagógica es el programa comunitario puesto en marcha a nivel escolar por COSTA, LOPEZ y MARTINEZ (1984) en un distrito de Madrid para implantar comportamientos de higiene buco-dental (cepillarse los dientes, acudir al dentista, ...) y prevenir la caries.

Estos autores emplearon una muestra de 557 escolares de seis años de edad media, la práctica totalidad de los alumnos de primero de E.G.B. de la zona, aplicando el programa en dos fases:

1) En el propio Centro de Promoción de la Salud los niños asistieron con sus profesores y los padres que quisieron acudir a una charla y proyección de un audiovisual sobre el tema, seguidamente recibieron un cepillo con un tubo de dentífrico e imitaron el cepillado correcto realizado por el monitor. Por último, se les entregó un sobre con pegatinas y una cartulina para autorregistrar la limpieza, que una vez completa debía entregar al profesor recibiendo por ello un regalo.

2) En la segunda fase, realizada en el colegio, los profesores desarrollaron una unidad didáctica acerca de la salud buco-dental, que incluía diapositivas, redacciones, actividades plásticas, etc.

El análisis estadístico de los datos revela diferencias significativas favorables al grupo experimental en el índice de higiene adoptado, es decir, hubo más niños sin depósitos blandos en sus dientes en el grupo experimental que en el grupo de control.

### **Programas de atención al adulto y anciano**

El primer paso en cualquier tarea de prevención consiste en la identificación de los factores de riesgo que se relacionen con la aparición y desarrollo de las enfermedades, BELLOC (1973) presenta una serie de datos que sugieren que la presencia o ausencia de ciertas conductas puede modificar significativamente la expectativa de vida. En su estudio, realizado durante más de cinco años, investiga las relaciones entre mortalidad, salud física, nivel de ingresos, y siete conductas específicas de salud. En esta investigación encuentra que los factores conductuales que resultaron mejores predictores de mortalidad fueron: obesidad, fumar, consumo de alcohol e inactividad física.

El segundo consiste en traducir los factores de riesgo en técnicas de intervención preventivas.

La intervención en esta área se ha dirigido a modificar estas conductas nocivas para la salud como el consumo excesivo de tabaco y café (DANAHER, 1977; GREDEN, 1981; VOTH, 1982; LICHTENSTEIN, 1982), el consumo excesivo de bebidas alcohólicas (SOBELL y SOBELL, 1973, 1978, 1980), comer en exceso (STUNKARD y MAHONEY, 1976; BENEKE, KOHRS y PAULSEN, 1982; RIPPERE, 1983); así como al aprendizaje de comportamientos adecuados para el mantenimiento de un buen estado de salud, como: fomentar la práctica deportiva (KEIR y LAUZON, 1980; MARTIN y DUBBERT, 1982; KING y FREDERIKSEN, 1984), los resultados de estos programas de promoción del ejercicio físico muestran una disminución de algunos factores de riesgo coronario y en enfermedades respiratorias.

Uno de los patrones de conducta aceptado por la mayoría de autores como un estilo insano de vida es el "patrón de conducta tipo-A" (FRIEDMAN y ROSENMAN, 1959, 1971; DEMBROSKI y McDOUGALL, 1982; BERMUDEZ, 1984). FRIEDMAN (1981) encuentra una alta correlación entre las personas que han sufrido infarto de miocardio y las que presentan conductas "Tipo-A". En general la probabilidad de enfermedades coronarias es doble en los individuos con este patrón de conducta.

Sin embargo, resulta difícil cambiar este patrón de conducta de alto riesgo cardíaco. A pesar de ello, y en base a una amplia labor de investigación (FRIEDMAN y ROSENMAN, 1974; JENNI y WOLLERSHEIM, 1979; SUIN, 1982; THORENSEN et al., 1980; LEVENKRON et al., 1983; ROSKIES, 1980) podemos esbozar dos direcciones primordiales de actuación: a) la intervención debe encaminarse a reestructurar cognitivamente la filosofía idiosincrática del sujeto y dotarle de estrategias de autocontrol y manejo de situaciones para que pueda enfrentarse más adaptativamente a las situaciones estresantes; b) es importante actuar sobre los componentes conductuales (hablar enfático, actividad excesiva, ...), sobre los cognitivos (valoración de las circunstancias de la vida, creencias sobre el estrés, ...), sobre las fisiológicas (tensión muscular facial, arritmias cardíacas, ...).

Siguiendo los presupuestos del modelo de competencia HUDSON y DANISH (1980) desarrollaron un programa de aprendizaje de habilidades para el manejo de situaciones críticas de la vida. Estaba dirigido en primer lugar a ayudar a los individuos a identificar que información es necesaria para resolver un problema y, en segundo, enseñarles las habilidades necesarias para resolverlo. El programa tenía como objetivo el hacer a los sujetos más competentes para enfrentarse a las situaciones de estrés.

BRENGELMANN (1988) expone los resultados de la puesta en marcha de un proyecto de investigación en el que la intervención va orientada a la reducción de factores de riesgo dependientes de la conducta para las enfermedades cardiovasculares de los adultos. Las principales actuaciones van dirigidas contra el abuso del tabaco, la obesidad, la falta de ejercicio y el estrés.

Bajo unos presupuestos semejantes COSTA, LOPEZ, AGUERA y GONZALEZ (1983) desarrollan un programa de entrenamiento en habilidades de autocuidado que aunque dirigido a sujetos con problemas de conducta, entre sus objetivos figuraba el que las habilidades aprendidas no sirviesen sólo a los problemas presentes, sino más bien enseñar habilidades (fundamentalmente de manejo de estrés y de comunicación) que les capacitasen en el manejo de futuros problemas.

Junto a este tipo de programas, la intervención comportamental en la salud ha dirigido su atención a un área que debe ser considerada de máxima importancia. Es la intervención dirigida a conseguir que la persona tenga su estado de salud profesionalmente controlado, de forma que en momentos precoces del desarrollo de cualquier anomalía puedan ser detectadas (COSTA, 1984; COSTA y LOPEZ, 1985).

Específicamente para la población de la tercera edad, las estrategias se han dirigido a diseñar programas de intervención encaminados al aprendizaje por parte de los ancianos de amplios repertorios de habilidades necesarias para hacer frente de forma eficaz e independiente a la vida (SOUTO, GONZALEZ, IZAL y DIAZ, 1984; GONZALEZ- SANCHEZ, 1985). La prevención tiene sentido desde el momento en que consideramos las circunstancias de la vida de una persona como posibles factores precipitantes de malestar psicológico, así, podremos apreciar como el anciano se halla expuesto a numerosas situaciones de alto riesgo -disminución de su capacidad económica, pérdida de estatus social, muerte de personas próximas, disminución de su estado de salud, institucionalización, etc.- las cuales debe afrontar en un tiempo muy limitado.

Frente a esta situación los programas se han dirigido al aprendizaje de habilidades de la vida diaria (higiene personal, vestirse, alimentarse, obtener recursos de la comunidad, etc.) (BALTES, BURGUESS y STEWART, 1978; RUSIN, 1978), incremento de la actividad social y recreativa en los ancianos institucionalizados (McCLANNAHAM y RISLEY, 1973; FERNANDEZ-BALLESTROS, GONZALEZ, DIAZ, IZAL y JUAN, 1984), habilidades sociales complejas (PATTERSON y JACKSON, 1980).

PATTERSON y JACKSON (1980), PATTERSON, DUPREE, EBERLY, JACKSON, O'SULLIVAN y KELLY (1982) elaboran bajo un enfo-

que multidimensional un "Programa Modular de Entrenamiento Conductual" para un amplio repertorio de habilidades. El programa consta de cuatro módulos: retención de información personal, habilidades sociales (conversación y comunicación), habilidades de la vida diaria (con tres grados de complejidad) y autoestima. Cada módulo lleva sus propios instrumentos de evaluación que inicialmente sirve para establecer la línea-base.

Otras intervenciones muy sencillas, éstas diseñadas desde la Psicología Social (LANGER y RODIN, 1976; RODIN y LANGER, 1977) muestran el efecto de la "percepción de control" en los ancianos sobre su salud. El grupo de residentes a los que se les dio la oportunidad de tener responsabilidades y de elección, tres semanas después de la intervención el 93% había mejorado de salud, mientras que un 71% del otro grupo había empeorado. A los 18 meses el 15% del grupo de autorresponsabilidad había fallecido frente al 30% del grupo control.

## REFERENCIAS

Albee, G.W. (1980): **A Competency Model to Replace the Defect Model**. Community Psychology. Gardner Press.

Altman, I.; Wohlwill, J.F. y Everet, P.B. (Eds.) (1981): **Transportation and behavior**. Plenum. Nueva York.

Aragones-Tapia, J.I. (1985): La calidad ambiental: La conservación del entorno. En J.F. Morales, A. Blanco, C. Huici y J.M. Fernandez (Eds.): **Psicología Social Aplicada**. Desclee de Brouwer. Bilbao.

Baltes, M.M.; Burgess, R.L. y Stewart, R.B. (1978): Independence and dependence in nursing home residents: an operant ecological study. Ponencia presentada en Nova Behavioral Conference on Aging. Port St. Lucie.

Bayes, R. (1983): Aportaciones del conductismo a la salud mental comunitaria. **Estudios de Psicología**, 13: 92-110.

Barrios, B.A. y Shigetomi, C.C. (1980): Coping Skills Training: Potential for Prevention of Fears and Anxieties. **Behavior Therapy**, 11: 431-439.

Barth, R.P. y Schinke, S.P. (1983): Coping with strain among pregnant and parenting adolescents. **Journal of Social Service Research**, 30: 346-354.

Beck, N.C. (1978): Natural childbirth: a review and analysis. **Obstet. Gynecol.**, 52: 371-379.

Beck, N.C. (1980): Labor preparation and behavior medicine. **Int. J. Ment. Health**, 9: 1-2.

Beech, H.R.; Burns, L.E. y Sheffield, B.F. (1986): **Tratamiento del estrés: un enfoque comportamental**. Alhambra. Madrid.

Beneke, W.M.; Khors, M.S. y Paulsen, B. (1982): Nutritional effects of a behavior modification weight loss program. **Behavioral Assessment**, 9: 339-345.

Belloc, N.B. (1973): Relations of health practices and mortality. **Preventive Medicine**, 2: 67-81.

Bermudez, J. (1984): Investigación en personalidad: naturaleza e implicaciones del patrón de conducta tipo-A. Larrel: **Aproximación a la Psicología I**, 5: 141-162.

Bickman, L. (1972): Environmental attitudes and action. **The Journal of Social Psychology**, 87: 323-324.

Blanco, A. (1985): Medio ambiente y conducta. En J.A.I. Carrobbles (Ed.): **Análisis y modificación de la conducta**. U.N.E.D. Madrid.

Brengelman, J.C. (1988): Prevención sanitaria: Teoría, Marketing y realización. **Análisis y Modificación de Conducta**, 40: 189-219.

Campbell, A. y Worthington, E.L. (1981): A comparison of two methods of training husbands to assist their wives with labor and delivery. **J. of Psychos. Research**, 25: 557-563.

Carrobles, J.A.I. (1985): El modelo comunitario y la posibilidad de integración de diferentes modelos: el punto de vista ecléctico. En J.A.I. Carrobles (Ed.): **Análisis y modificación de la conducta II**. U.N.E.D. Madrid.

Clark, R.N.; Burguess, R.L. y Hendee, J.C. (1972): The development of anti-litter behavior in a forest campground. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 7: 377-383.

Cochrane, S.H.; O'Hara, D.J. y Leslie, J. (1980): The effects of education on health. **World Bank Staff Working Paper**, 405.

Cone, J.D. y Hayes, S.C. (1980): **Environmental problems. Behavioral solution**. Brooks-Cole Pub. Monterrey.

Costa, M. (1984): La psicología en la comunidad. En M.D. Avia y otros (Eds.): **La psicología como ciencia**. Ayuso. Madrid.

Costa, M. y López, E. (1982): La psicología comunitaria: Un nuevo paradigma. **Psicólogos. Papeles del Colegio**, 2: 17-22.

Costa, M. y López, E. (1985): Educación para la salud. En J.A.I. Carrobles (Ed.): **Análisis y modificación de la conducta II**. U.N.E.D. Madrid.

Costa, M. y Serrat, C. (1982): **Terapia de parejas**. Alianza Editorial. Madrid.

Costa, M.; Gonzalez, R.; López, E. y Martínez, F. (1984): Programa comunitario de educación para la salud buco-dental. **Revista Española de Terapia del Comportamiento**, 3 (2): 287-300.

Costa, M.; López, E.; Aguera, B. y Gonzalez, R. (1983): Programas de entrenamiento en autocuidado en atención primaria de salud. **Psicólogos. Papeles del Colegio**, 10/11: 19-25.

Cuesta, C. y Larrosa, A. (1981): Enfermería de salud pública. En C. Cuesta (Ed.): **Salud Pública**. U.N.E.D. Madrid.

Danaher, B.G. (1977): Rapid smoking and self-control in the modification of smoking behavior. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 45: 1068-1075.

Davison, P.O. y Davison, Sh.M. (1980): **Behavioral Medicine: Changing health lifestyles**. Brunner/Mazel.

Dembroski, T.M. y McDougall, J.M. (1982): Coronary-prone behavior, social psychophysiology, and coronary heart disease. En J.R. Eiser (Ed.): **Social Psychology and Behavior Medicine**. Wiley and Sons. Nueva York.

Dirección General de Planificación Sanitaria (1984): **Guía de funcionamiento del equipo de atención primaria**. Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

Dwore, R.B. y Matarazzo, J. (1981): The behavioral sciences and health education: disciplines with a compatible interest? **Health Education**, 12: 4-7.

Engel, G.L. (1977): The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, 4286: 129-136.

Fairweather, G.W.; Sanders, D.; Cressler, D.L. y Maynard, H. (1969): **Community life for the mentally ill: An alternative to institutional care**. Aldine. Chicago.

Fernández-Ballesteros, R. (1987): **El ambiente. Análisis psicológico**. Pirámide. Madrid.

Fernández-Ballesteros, R.; González-Sánchez, J.L.; Diaz, P.; Izal, M. y Juan-Espinosa, M. (1984): Influencia del mobiliario en la conducta interpersonal de ancianos institucionalizados. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.): **Intervención psicológica en contextos ambientales**. Limites. Murcia.

Friedman, M. et al. (1981): Type A behavior. En J.W. Hurst (Ed.): **Updaye V. The heart**. McGraw-Hill. Nueva York.

Friedman, M. y Rosenman, R.H. (1959): Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. **Journal of the American Medical Association**, 169: 1286-1296.

Friedman, M. y Rosenman, R.H. (1974): **Type A behavior and your heart**. Knopf. Nueva York.

García-Moreno, J.L. (1985): El parto y sus problemas: Psicología y psicoprofilaxis obstétrica. En J.A.I. Carrobes (Ed.): **Análisis y modificación de la conducta II**. U.N.E.D. Madrid.

Geller, E.S. (1973): Prompting anti-litter behavior. **Proceedings of the 81st. Annual Convention of American Psychological Association**, 8: 901-902.

Geller, E.S. (1975): Incening derived waste disposals with instructions. **Man-Enviroment Systems**, 5: 125-128.

Geller, E.S. (1980): Applications of behavioral analysis for litter control. En D. Glenwick y L. Jason (Eds.): **Behavioral Community psychology: Progress and prospects**. Praeger. Nueva York.

Geller, E.S.; Brasted, W. y Mann, M. (1980): Waste receptacle design as interventions for litter control. **Journal of Applie Behavior Analysis**, 13: 669-675.

Geller, E.S.; Winnet, R.A. y Evertt, P.B. (1982): **Preserving the enviroment: New strategies for behavior change**. Pergamon Press. Nueva York.

Geller, E.S.; Witmer, J.F. y Orebauch, A.L. (1976): Instructions as a determinant of paper-disposal behavior. **Environment and Behavior**, 8: 417-439.

Geller, E.S.; Witmer, J.F. y Tusso, M.A. (1977): Environmental interventions for litter control. **Journal of Applied Psychology**, 62: 344-351.

Gil, J. (1987): Inoculación de estrés en la preparación al parto. **Información Psicológica**, 32: 37-49.

González, C. (1984): El psicólogo y la educación sexual desde los programas de los Centros de Promoción de la Salud. **Psicólogos. Papeles del Colegio**, 18 (3): 9-11.

González-Sánchez, J.L. (1984): Modificación de conducta en ancianos. En J.A.I. Carroble (Ed.): **Análisis y modificación de la conducta II**. U.N.E.D. Madrid.

Greden, J.F. (1981): Caffeine. En J. Mule (Ed.): **Behavior in excess**. The Free Press. Nueva York.

Hake, D.F. y Zane, T. (1982): A community-based gasoline conservation project: practical and methodological considerations. **Behavior Modification**, 6: 299-322.

Hayes, S. y Cone, J. (1977): Reducing residential electrical energy use: Payments, information and feedback. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 10: 425-435.

Henneborn, W.J. y Cogan, R. (1975): The effect of husband participation on reported pain and probability of medication during labor and birth. **J. of Psychos. Research**, 19: 215-222.

Hilleboe, E.H. (1983): Panorama de la atención de la salud en la década de los 70. En A. Sonis y col.: **Atención de la salud**. Atenco. Madrid.

Hudson, J. y Danish, S.J. (1980): The Acquisition of Information: An Important Life Skills. **The Personnel and Guidance Journal**: 164-167.

Jeger, A.M. y Slostnick, R.S. (1982): **Community Mental Health and Behavioral-Ecology**. Plenum-Press. Nueva York.

Jenni, M. y Wollersheim, J. (1979): Cognitive therapy, stress management training and Type A behavior patterns. **Cognitive Therapy and Research**, 3: 61-73.

Keir, S. y Lauzon, R. (1980): Physical activity in healthy lifestyle. En P.O. Davidson y Sh. Davidson (Eds.): **Behavioral Medicine; changing health lifestyles**. Brunner Mazel. Nueva York.

King, A.C. y Frederiksen, L.W. (1984): Low-cost strategies for increasing exercise behavior. **Behavior Modification**, 8: 3-21.

Langer, E.J. y Rodin, J. (1976): The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: A field experiment in a field setting. **Jour. of Per. and Soc. Psychol.**, 34: 191-198.

Levenkron, J.C.; Cohen, J.D.; Mueller, H.S. y Fisher, E.B. (1983): Modifying the Type A coronary-prone behavior pattern. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 51: 192-204.

Lichtenstein, E. (1982): The smoking problem: a behavioral perspective. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 50: 804-819.

Llavona, L.; Nogueiras, B. y Muruaga, S. (1984): Enfoque conductual de la preparación al parto. **Revista Española de Terapia del Comportamiento**, 2 (1): 67-94.

Maciá, D. (1984): Aplicación de la terapia de modelado en la prevención del inicio al consumo de la droga. **Infancia y Aprendizaje**, 26: 87-94.

Maciá, D. (1986): **Método conductual de prevención de la drogodependencia**. Promolibro. Valencia.

Maciá, D. y Méndez, F.X. (1987): Programa para aumentar la seguridad del niño en el automóvil. **Cuadernos de medicina psicosomática y sexología**, 2: 5-10.

Maher, B. (1983): The education of Health Psychologists: Quality Counts-Numbers are Dangerous. **Health Psychology**, 5: 37-47.

Martin, J.E. y Dubbert, P.M. (1982): Exercise applications and promotion in behavioral medicine: current status and future directions. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 50: 1004-1017.

Matese, F.M.; Shorr, S.I. y Jason, L. (1982): Behavioral and Community Interventions during transition to Parenthook. En A.M. Jeger y R.S. Slotnick (Eds.): **Community Mental Health and Behavioral-Ecology**. Plenum Press. Nueva York.

McClannahan, L.E. y Risley, T.R. (1973): A store for nursing home residents. **Nursings homes**: 26-31.

Olsen, M. y Joerges, B. (1983): Consumer energy conservation programs. En E. Seidman (Ed.): **Handbook of social intervention**. Casage. Beverly Hills.

O.M.S. (1978): Atención Primaria de Salud. Alma Ata. **Serie Salud para todos**, 1.

Oskamp, S. (1984): **Applied Social Psychology**. Prentice-Hall. Nueva York.

Patterson, R.L. y Jackson, G.M. (1980): Behavioral approaches to gerontology. En L. Michelson, M. Hersen y S. Turner (Eds.): **Future perspectives in behavior therapy**. Plenum Press. Nueva York.

Patterson, R.L.; Dupree, L.W.; Eberly, D.A.; Jackson, G.M.; O'Sullivan, M.J.; Penner, L.A. y Kelly, C. (1982): **Overcoming Deficits of Aging**. Plenum Press. Nueva York.

Rachman, S. (1980): **Contributions to medical psychology**. Pergamon. Oxford.

Rippere, V. (1983): Nutritional approaches to behavior modification. En M.H. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.): **Progres in behavior modification**. Academic. Nueva York.

Reig A. (1989): La Psicología de la Salud en España. **Revista de Psicología de la Salud**, 1 (1): 5-49.

Rodin, J. y Langer, E. (1977): Long-term effects of a control-relevant intervention with the institutionalized aged. **Jour. of Per. and Soc. Psychol.**, 35: 897-902.

Rodríguez Marín, J. (1988): Una alternativa para uno de los futuros posibles de la psicología. *Psicólogos. Papeles del Colegio*, 6 (33/34): 13-18.

Roskies, E. (1980): Considerations in developing a treatment program for the coronary-prone (type-A) behavior pattern. En P.O. Davison y Sh. Davison (Eds.): *Behavioral medicine: changing health lifestyles*. Brunner Mazel, Nueva York.

San Martín, H. (1982): *La crisis Mundial de la Salud*. Karpos. Madrid.

Sainz Martín, M. (1984): Educación para la salud. Proyecto de investigación educativa de "Educación para la salud en el medio escolar". Ministerio de Educación y Ciencia. Madrid.

Schenelle, J.F.; Gendrich, J.G.; Beegle, G.P.; Thomas, M.N. y McNess, M.P. (1980): Mass media techniques for prompting behavior change in the community. *Environment and behavior*, 12: 157-166.

Shure, M. y Spivak, G. (1982): Interpersonal problem solving in young children: A cognitive approach to preventive. *Amer. Jour. of Commun. Psychol.*, 10: 341-356.

Schinke, S.P.; Blythe, B.J. y Gilchrist, L.D. (1981): Cognitive- behavioral prevention of adolescent pregnancy. *Journal of Counseling Psychology*, 28: 451-454.

Sobell, L.C. y Sobell, M.B. (1973): A self-feedback techniques to monitor drinking behavior in alcoholics. *Beh. Res. and The.*, 11: 237- 238.

Souto, E.; González, J.L.; Izal, M. y Díaz, P. (1984): Programas de intervención en una residencia de ancianos. *Psicólogos. Papeles del Colegio*, 3 (16/17): 23-30.

Stuart, R.B. (1980): *Helping couples change*. The Guildford Press. Nueva York.

Suin, R.M. (1982): Intervention with Type A behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50: 933-949.

Thoresen, C.E.; Coates, T.J.; Zarcone, V.P.; Kirmilgray, K. y Rosekind, M. (1980): Treating the complaint of insomnia: self-management perspectives. En J. Ferguson y C. Taylor (Eds.): **The comprehensive handbook of behavioral medicine**. MTP. Press limited.

Winner, R.; Neale, M. y Willians, K. (1982): The effects of flexible work schedules in urban families with young children: Quasiexperimental, ecological studies. **Amer. of Psychosom. Res.**, **26**: 247-253.



## LIBROS REVISADOS

Josep A. Rodríguez y Jesús M. de Miguel. **Salud y Poder**. Madrid: Siglo XXI. 1990.

*"Salud y poder, dicen los autores en el prefacio del libro, son conceptos ligados entre sí. El poder se reconoce en todas las formas de salud como característica inseparable del proceso salud-enfermedad"*. La dimensión de poder está presente en la misma definición de salud, en la del comportamiento ante la enfermedad, en la elaboración y forma de la política sanitaria, en el ejercicio de la medicina y en el resultado del proceso sanitario. Pero además, la salud aparece como instrumento de poder que tiene como función el mantenimiento de la estructura social y la estabilidad de las actuales relaciones de dominación. *"El discurso actual de salud, dicen, es un discurso de poder"*.

El libro desarrolla esta idea central resaltando cinco aspectos diferentes en cinco capítulos diferentes. El primero, titulado **El mito de la salud**, discute el poder en la definición y discursos sobre la salud y la enfermedad. Pasa revista a la formulación histórica de las categorías de salud y sanidad, en el contexto del sector sanitario, y plantea el problema central de la participación de la población en la gestión del sistema sanitario. El capítulo termina con un análisis crítico de las necesidades sanitarias de la población, y su formulación hacia el futuro.

El segundo capítulo, titulado **Desigualdades sociales**, pone de manifiesto la importancia de las diferencias sociales en la génesis, definición, actitud ante, y resultados del proceso salud-enfermedad. Las clases sociales más desfavorecidas enferman más, sus problemas devienen crónicos con más facilidad, y mueren antes. El modelo actual, al que los autores denominan, modelo causal sanitarista, olvida las dimensiones más importantes de la salud, prestando atención casi exclusiva al comportamiento individual y al papel reequilibra-

del sistema sanitario. De esa forma, no sólo no se reducen las desigualdades sociales en materia de salud, sino que aumentan.

El tercer capítulo, titulado **Políticas Sanitarias**, se analiza en detalle la política sanitaria socialista en España en la década de los ochenta: Ley General de Sanidad, Ley del Medicamento, Ley para la Defensa de los Consumidores y Usuarios. Los problemas fundamentales que se apuntan son: la cobertura sanitaria se ha extendido prácticamente a toda la población, pero ello no ha supuesto garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios ni la reducción de las desigualdades en salud. Por otro lado, la política sanitaria se ve condicionada por los enormes costes del sistema y abandona los planteamientos de salud para convertirse en gestores sanitarios. Los autores señalan que *"como política socialista esa reforma sanitaria fracasa en su intento redistribuidor e igualador. Sin embargo, consigue importantes éxitos frenando la escalada de costes e imponiendo un ritmo algo más eficaz en el funcionamiento del sistema"*. Igualmente subrayan que la reforma sanitaria es también un proceso de poder, el de las profesiones sanitarias y de la corporación sanitaria farmacéutica que han estado presentes en el proceso político de reforma. La confrontación de sus intereses con los planteamientos socialistas explica la crisis continuada de la sanidad pública.

El cuarto capítulo toca uno de los temas clásicos del poder en el ámbito médico: el **Poder profesional**. Los autores estudian aquí el proceso de formación de la profesión médica española y su transformación de medicina-social a medicina-corporativa. Como Rodríguez y De Miguel señalan, *"la profesión médica se potencia con el propio sistema público y crece hasta extremos impensables en una economía pura de mercado"*. Sin embargo, a partir de 1976, se abre un proceso de reestructuración del poder médico, frente al estado y el sistema sanitario, pero también en el seno de la propia profesión. Así, la década de los 80 se caracterizó por un alto nivel de conflicto y confrontación en el área sanitaria. Frente a una concepción funcionarial y de racionalidad económica del sistema sanitario, la profesión médica va a defender una concepción profesional de su práctica, con un máximo de autonomía y poco control externo. Sin embargo, aun siendo esta la concepción dominante en la profesión, no es unánimemente compartida. Aunque eso ha significado una cierta pérdida de poder ante los gestores sanitarios, sin embargo, la clase médica sigue teniendo el poder sobre el funcionamiento día a día del sistema.

El último capítulo, titulado **Minorías y Salud**, se dedica al caso de las mujeres que llevan a cabo una interrupción voluntaria del embarazo o que deciden convertirse en madres-solteras, como caso representante de uno de los grupos marginados en el área de salud. El análisis, en este caso, descubre las estructuras precisas que soportan la micropolítica del poder y la explotación.

Evalúa el impacto de los procesos de toma de decisiones individuales dentro del sector sanitario, y los costes sociales y personales involucrados en tales decisiones.

Además del interés relevante que, en mi opinión, tienen todos los capítulos de este libro, cuya lectura es recomendable para todos aquellos, profesionales de la salud, o no, que quieran entender adecuadamente una parte importante de la dinámica del sistema sanitario, hay algunos aspectos que vale la pena resaltar desde la perspectiva de la psicología de la salud. Uno, es la afirmación de los autores de que el concepto de salud y enfermedad sobrepasa el estricto marco biomédico para convertirse en un fenómeno sociocultural. Por encima de los elementos propiamente médicos, la sociedad define a la enfermedad, y elabora las formas culturales para que la población no defina únicamente su estado como sano o enfermo, sino también los prototipos de comportamiento apropiados para afrontar la enfermedad. En la medida en que la salud es definida socioculturalmente, se incorpora al conjunto de variables sociopsicológicas, o psicociológicas, que determinan la visión que el individuo tiene del mundo y de la existencia, y de su papel y actuación en el mismo. La interacción del concepto de salud con el resto de las variables sociopsicológicas da lugar a una visión homogénea de la existencia, en la que salud y enfermedad "son piezas claves en la formación de la personalidad y comportamiento del individuo."

La parte central de esa concepción de la salud es la que se trata de incorporar, con mejor o peor fortuna, en la reforma sanitaria, y la que late bajo las nuevas ideas sanitarias que incorporan conceptos como los de "atención primaria de salud", "promoción de la salud", "salud integral", "educación para la salud" o "educación sanitaria", "prevención de la enfermedad", etc. A ello responde la preeminencia dentro del sistema sanitario actual de los conceptos de "salud pública", o de "medicina preventiva", frente a las concepciones más tradicionales de la "medicina clínica", y dentro de la misma psicología, a la emergencia y desarrollo de la misma Psicología de la Salud.

*Jesús Rodríguez-Marín.*

José M. Peiró y Vicente González-Romá. **Clima y satisfacción laboral en los equipos de atención primaria**. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum. 1990. 523 pp.

El libro presenta los resultados de una investigación cuyo objetivo básico era estudiar la satisfacción laboral de los profesionales que trabajan en los Equipos de Atención Primaria de la Comunidad Valenciana y el clima laboral de tales equipos. Además abarca otros temas como la problemática que plantea la implantación de un nuevo modelo de salud, la definición de los roles de los profesionales que integran los equipos, el estrés que éstos experimentan cuando desempeñan su trabajo y las relaciones de los equipos de atención primaria con otras unidades del sistema de salud.

El libro está dividido en tres partes: el estudio cualitativo y el estudio cuantitativo, y las conclusiones generales.

El estudio cualitativo incorpora 8 capítulos: uno introductorio y siete dedicados sucesivamente a la percepción de los objetivos y directrices generales del modelo de salud centrado en la atención primaria, los cambios producidos por la implantación del nuevo modelo, las disfunciones y obstáculos surgidos en tal implantación, la percepción de los roles profesionales implicados en los equipos de atención primaria, las funciones no cubiertas, aspectos de satisfacción e insatisfacción laboral, y los principales problemas actuales de los equipos de atención primaria. Los resultados del estudio cualitativo establecen que existe un acuerdo bastante generalizado entre los profesionales de los EAP respecto a los objetivos generales del nuevo sistema asistencial (atención integral, prevención y educación sanitarias, mejora de la calidad asistencial y orientación hacia la salud), si bien pueden determinarse algunos matices diferenciadores entre las percepciones de los colectivos profesionales implicados. Por otro lado, tales profesionales consideran que el nuevo modelo asistencial contribuye a mejorar el nivel de calidad de los servicios que se ofrecen. También, en este caso, hay diferencias en la percepción de los cambios: los médicos subrayan la racionalización del gasto, los ATS-DUEs la ampliación de la oferta de servicios y su mayor accesibilidad, y los asistentes sociales el avance hacia una atención más completa e integral. Por lo que se refiere a los obstáculos para la implantación del nuevo modelo, los médicos destacan las actitudes y hábitos de los usuarios y los ATS y DUEs subrayan las carencias que impiden a los profesionales dinamizar y promover la participación de los usuarios.

Los resultados indican también que los profesionales perciben que en la actualidad no logran cubrir las tareas y funciones que en condiciones óptimas deberían desempeñar en el marco de sus roles. Entre las funciones no cubiertas

se señalan tareas auxiliares, funciones de atención psicológica, funciones de carácter educativo, funciones de coordinación con la Administración, con otros niveles asistenciales, y con los diversos EAP existentes. Así mismo se señalaron las carencias en la atención y tratamiento odontológico, en el control sobre enfermos y los grupos de riesgo, y en la atención comunitaria y el trabajo de la rehabilitación.

Los factores más compartidos determinantes de satisfacción laboral fueron: el trato y la relación personal con los usuarios de los servicios, y el trabajo en equipo con personas que comparten ideas comunes sobre la asistencia sanitaria. Por el contrario, todos los profesionales consideraron como factores de la insatisfacción laboral: la falta de apoyo, asesoramiento, interés y reconocimiento, por parte de la Administración, y la falta de recursos humanos y materiales que padecen, y las dificultades que encuentran para lograr los recursos existentes. Finalmente, los principales problemas percibidos por los profesionales, fueron: la falta de recursos (humanos y materiales) de los equipos, y la dificultad de trabajar como grupo. Naturalmente, cada grupo de profesionales añadió su propio conjunto de problemas.

El estudio cuantitativo constituye la segunda parte y se fundamenta en el análisis cualitativo.

Sobre la base de los dos estudios previos, los autores han extraído las siguientes conclusiones principales, entre otras muchas:

Los profesionales no perciben con claridad un nuevo modelo de Atención Primaria adecuadamente definido. Perciben, en cambio, un desajuste entre el cambio de modelo y la falta de cambios en la gestión de los recursos humanos. Además, consideran que las relaciones de los EAP con las diversas unidades que configuran el Servicio de Salud no han sido suficientemente clarificadas. El equipo de profesionales es considerado como la unidad básica, aunque no se tiene claro cuál es el papel del coordinador del equipo, ni hay una definición clara y precisa de objetivos, lo cual afecta a la planificación y ejecución de los programas.

La implantación del nuevo modelo de Atención Primaria ha creado nuevas expectativas y demandas acerca del trabajo de los profesionales. El nuevo modelo introduce el trabajo en equipo, lo cual añade un elemento nuevo en el marco del desempeño de sus roles. A este respecto, aunque se perciben ciertos aspectos positivos en los roles que desempeñan los profesionales (autonomía), los resultados indican la opinión de que hay que realizar cambios que permitan definir unos roles más congruentes con el enfoque de Atención Primaria que propone el nuevo modelo.

El trabajo constata que se han producido ciertos cambios atribuibles a la socialización de los profesionales en los EAP, pero que hay ciertas deficiencias que hay que cubrir ante la "reconversión" de profesionales que trabajan actualmente en el contexto de los consultorios.

Finalmente, los autores concluyen que la realización de un estudio acerca de las actitudes y opiniones de los usuarios frente a los modelos actuales de Atención Primaria y acerca de sus hábitos de utilización de tales servicios nos daría indicios para diseñar campañas de información y acciones educativas que mejoren el uso de los servicios de Atención Primaria de Salud.

En suma, un trabajo que proporciona datos muy ilustrativos sobre la visión que los profesionales implicados tienen del nuevo modelo de atención de salud.

*M<sup>a</sup> Carmen Jarabo.*

V.M. Mays, G.W. Albee y S.F. Schneider (Eds.). **Primary Preventions of AIDS.** California: Sage Publications Inc. 1989. pp. 425.

Publicado bajo los auspicios de la Comisión de Responsabilidad Ética y Social de la Asociación Norteamericana de Psicólogos (APA), este libro examina teorías psicológicas que pueden utilizarse en la prevención primaria del SIDA. Está dividido en cuatro secciones: la primera considera diversos aspectos del SIDA; la segunda, cuestiones teóricas referidas a la prevención; la tercera, factores culturales y sociales referidos a la prevención en grupos específicos; y, finalmente, una agenda para formación e investigación.

La primera sección examina el SIDA desde diferentes puntos de vista; su epidemiología y efectos posibles sobre el sistema inmune. Además, los autores de esta parte realizan algunas sugerencias para evitar la infección, sobre todo la elección de parejas sexuales de grupos de bajo riesgo. También proponen que aquellos que tienen relaciones extramatrimoniales deberán ser examinados cada pocos meses.

La segunda sección considera varios modelos usados en Psicología de la Salud y valora su uso potencial en programas de educación para la salud. Inclu-

ye la Teoría de la Acción Razonada de Fishbein, el modelo de Creencias de Salud y un capítulo por Bandura sobre la autoeficacia. Además incluye un capítulo de Weinstein sobre Susceptibilidad Personal al Daño (Harm), y otro de Fischhoff's sobre toma de decisiones respecto del SIDA, que son particularmente pertinentes.

La tercera sección reúne un conjunto de estudios relacionados con las normas culturales respecto a la sexualidad, vida familiar, religión y factores económicos que afectan a conductas que deben ser modificadas si queremos detener la expansión del SIDA en ciertos grupos diana. Aunque los ejemplos que se ponen son de la sociedad norteamericana, los principios que se establecen pueden ser aplicables a grupos en otras sociedades. El modelo de Reducción de riesgos del SIDA de Catania y sus colaboradores pretende incorporar factores sociosexuales en una síntesis de los presentados en la sección anterior. En la misma sección Joseph y colaboradores dedican un capítulo al distrés psicológico que sufren los homosexuales que han adoptado prácticas de "sexo seguro", y a cómo hay que tenerlos en cuenta para programas dirigidos a la prevención de la recaída en aquellos que ya han introducido los correspondientes cambios en su conducta.

La cuarta sección considera el papel de los científicos del comportamiento en un intento sistemático de prevención primaria.

En suma, el centro de interés de este libro es la educación para la salud centrada en el problema central del SIDA, y en la negación de muchas personas a aceptar que son parte de un grupo de alto riesgo. Los mensajes educativos deben ser específicos culturalmente, y, por tanto, el libro incluye capítulos sobre minorías, incluyendo las mujeres entre ellas. Pero al subrayar el problema de las minorías, parece asumirse que el SIDA no es un problema para la mayoría de la población, lo cual puede inducir a confusión al lector, en un momento en el que cada vez parece más evidente que el SIDA es una amenaza para todos los grupos poblacionales.

*M<sup>a</sup> Carmen Terol.*

José Santacreu y Alicia Fernández-Zúñiga. **Tratamiento de la tartamudez.** Valencia: Promolibro, 1991.

*El libro que me honro en prologar [...] una obra actualizada, sistemática y original que proporciona gran cantidad de claves útiles para la reflexión y la práctica efectiva de los profesionales interesados en el estudio del tartamudeo.*

Con estas palabras presenta Mercedes Belichón el libro de Santacreu y Fdez-Zúñiga en el prólogo que se incluye en el mismo. Esta obra representa una actualización y ampliación de una anterior escrita por el primero de los autores, José Santacreu, publicada en el año 1985 en la misma editorial con el título de *Tratamiento conductual de la tartamudez*. En su momento, dicha obra representó un hito en el afrontamiento del problema de la tartamudez, alejándose del enfoque tradicional del mismo como trastorno del lenguaje y enfocándolo como un problema conductual y, por tanto, abordable desde la modificación de conducta. Cuando en la actualidad se insiste en la necesidad de diferenciar las variables responsables de la génesis de un problema concreto de aquellas que determinan su constitución/generalización y mantenimiento, ya el autor, en esta primera obra, proponía un modelo teórico original, en el que establecía una diferenciación clara entre los factores que incidían en uno u otro momento del desarrollo de la tartamudez. Esta diferenciación es fundamental a la hora de aplicar un programa de prevención o de tratamiento.

La nueva obra que aquí presentamos toma como base el escrito anterior, introduciendo algunas modificaciones y actualizando datos y bibliografía, que iremos comentando a lo largo de estas páginas.

En el primer capítulo se define la tartamudez y se revisan extensamente los principales métodos de evaluación de los diferentes tipos de variables implicados en el problema.

El segundo capítulo, al igual que en la obra anterior, está dedicado a la explicación de las teorías de la tartamudez. En esta nueva edición se actualizan, amplían e introducen planteamientos tan en boga como el enfoque de la tartamudez a la luz del modelo bio-psico-social. Otros apartados también son novedosos: las teorías lingüísticas de la tartamudez, los aspectos sociales y cognitivos de la misma y el ya señalado enfoque bio-psico-social del tema suponen un avance respecto a la obra anterior. Las teorías que los autores revisan a lo largo del capítulo son una muestra de que el problema de la tartamudez no es únicamente un trastorno de la dicción; Santacreu va más allá y la plantea como un problema psicológico de origen evolutivo que se desarrolla y mantiene gracias a la acción del marco social en el que está inmerso el individuo (interacción indi-

viduo-ecosistema). Esta es la razón de que el modelo bio-psico-social y la comprensión del problema de la tartamudez como un problema de salud faciliten un adecuado afrontamiento del mismo. Este capítulo incluye, además, una serie de figuras originales que ilustran perfectamente este planteamiento al que hacemos referencia del comportamiento y la salud como resultado de la interacción de variables biológicas, psicológicas y del ecosistema.

El tercer capítulo está dedicado a la explicación del modelo de génesis, generalización y mantenimiento de lo que los autores denominan *patrón de habla tartamudo*, como referencia al amplio conjunto de respuestas cognitivas, conductuales (de dicción) y fisiológicas integradas que caracterizan la tartamudez. En la primera obra del autor, como comentamos inicialmente, este modelo de la tartamudez representó una ruptura con los enfoques tradicionales, basados en la consideración del problema en función de una sola variable, sea del tipo que sea (perceptual, neuromuscular, de ansiedad, etc.). En el nuevo libro se retoma y mejora el modelo, al tiempo que se plantean los problemas concretos característicos de cada etapa del desarrollo del trastorno.

En el capítulo cuarto se hace una completa revisión de las distintas terapias conductuales que se han aplicado al tratamiento de la tartamudez, apareciendo como novedad respecto al libro anterior, las técnicas cognitivas y las técnicas de control de las respuestas fisiológicas. Modificando la clasificación de Yates, los autores hablan de terapias que inciden en el error de retroalimentación ósea-aérea como la de *seguimiento*, *encubriendo*, *el habla rítmica*, *silabeo o metrónomo*, y la *retroalimentación auditiva demorada*; un segundo grupo de tratamientos se basan en la interpretación de la tartamudez como respuesta aprendida, utilizándose técnicas tales como el *refuerzo positivo a respuestas alternativas a la tartamudez*, *el contracondicionamiento*, *la extinción*, o la técnica de *tiempo fuera*. Un tercer grupo de tratamientos incluye la *desensibilización sistemática* y el *entrenamiento en habilidades sociales* entre otras técnicas, basándose en la teoría de la tartamudez como respuesta de reducción de la ansiedad. Un último conjunto de terapias afronta el problema del patrón de habla tartamudo como responsable de los errores de dicción. Además, se recomiendan la utilización de técnicas cognitivas para modificar las cogniciones erróneas del sujeto sobre su problema, y se incluyen un gran número de ejemplos obtenidos a lo largo de los numerosos años de práctica clínica de los autores. Para finalizar el capítulo, proponen la utilización de técnicas de biofeedback de la respuesta respiratoria y de la tensión muscular, en el caso de que otras técnicas, menos sofisticadas y dirigidas a modificar este tipo de respuestas, no lo consigan.

El siguiente capítulo presenta un modelo terapéutico dirigido a la resolución del problema tal y como lo entienden los autores y lo han ido planteando

en las páginas anteriores. Teniendo en cuenta el modelo de constitución, generalización y mantenimiento de la tartamudez, se va señalando que tipo de terapia es el más adecuado en uno u otro momento del proceso, y dentro de cada fase, cual sería la técnica idónea para enfrentarse a cada uno de los factores implicados. Partiendo de la revisión de las terapias realizada en un capítulo precedente, Santacreu y Fdez-Zúñiga, en condiciones similares de efectividad, proponen la utilización de aquellas que son menos sofisticadas, de acuerdo con la línea seguida a lo largo de toda la obra de facilitar un manual de uso asequible a cualquier terapeuta interesado en el problema de la tartamudez. Una novedad respecto a la obra anterior es la introducción en este capítulo, ampliada en los dos siguientes, del esquema de tratamiento de la tartamudez en la infancia; en este punto Santacreu, en concordancia con su intensa actividad investigadora en el área de la Psicología de la Salud, propone el afrontamiento de los problemas de tartamudeo en niños y, en general, en sujetos que no se consideren a sí mismos *tartamudos*, como una actuación preventiva secundaria, pues incide sobre individuos de alto riesgo en los que el problema no se ha generalizado todavía.

Los dos capítulos siguientes, referidos a la evaluación y tratamiento de la tartamudez infantil, se introducen por primera vez en esta obra. En ellos se realiza una amplísima revisión de prácticamente todos los aspectos relevantes para el tratamiento del problema en los niños, señalándose cuales son las características diferenciadoras del problema a estas edades respecto a la edad adulta, cuales son los métodos y pautas a seguir para realizar una correcta evaluación y análisis funcional del problema y, lo que es fundamental en el área de la infancia, cual debe ser la actuación de los padres (y de los maestros, si nos referimos a niños en edad escolar) y que papel les corresponde en la aplicación de las estrategias de tratamiento. Es de destacar la impecable estructuración de ambos capítulos, a lo largo de los cuales se va desarrollando, paso a paso, un verdadero manual de intervención infantil (preescolar y escolar).

El último capítulo es una ampliación del que se incluye en la obra anterior, y en él se presenta un esquema de tratamiento para adultos, con las mismas características de rigurosidad y planificación que el infantil, al que nos hemos referido antes. Hay que destacar el apartado de problemas que pueden surgir en la ejecución del plan terapéutico, en él que se señalan algunas dificultades que pueden plantear las personas involucradas en el mismo, al tiempo que se proporcionan las soluciones más adecuadas para cada caso.

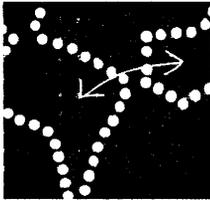
Un apéndice con los instrumentos de evaluación básicos y una completa y actualizada revisión bibliográfica completan el volumen.

En resumen, y ya para finalizar nuestro comentario, la obra que presentamos no solo representa una completa y original aproximación teórica al tema de la tartamudez, si no que además constituye un manual de procedimientos de evaluación e intervención terapéutica sumamente útil para el trabajo clínico con sujetos tartamudos. En suma, una obra altamente recomendable para toda aquella persona que, desde una perspectiva tanto investigadora como clínica (distinción que, después de leer a los autores, se muestra irrelevante), esté interesada en los problemas de conducta, y no necesaria y únicamente en el tema de la tartamudez.

*M<sup>a</sup> Xesús Froján Parga.*



## CONGRESOS



### CONGRESO IBEROAMERICANO DE PSICOLOGIA

Madrid -España-  
del 5 al 10 de Julio de 1992.

## CONGRESO IBEROAMERICANO DE PSICOLOGIA

El Colegio Oficial de Psicólogos de España (COP) y la Sociedad Interamericana de Psicología (SIP) organizan el Congreso Iberoamericano de Psicología en Madrid -España- del 5 al 10 de Julio de 1992.

Dichas fechas son compatibles con las del Congreso Internacional de Psicología Científica (IUPSys - Bruselas del 19 al 25 de Julio de 1992), las de la EXPO (Sevilla, de Abril a Octubre de 1992), así como las de la Olimpiada de Barcelona (que comienzan el 25 de Julio de 1992).

## OBJETIVOS

- \* Analizar el desarrollo de la Psicología en España, Portugal, Latinoamérica y entre los hispanos en EEUU.
- \* Promover el intercambio de ideas y experiencias entre los psicólogos de la Península Ibérica y de América.
- \* Facilitar el establecimiento de grupos de trabajo con miembros de diferentes países.

## **COMITE ORGANIZADOR**

El Comité Organizador estará copresidido por el Decano del COP, D. Adolfo Hernández y el Presidente de la SIP, D. Gerardo Marín.

## **COMITE CIENTIFICO**

El Comité Científico estará integrado por psicólogos de la Península Ibérica y Latinoamericana y estará copresidido por D. Amalio Blanco (Universidad Autónoma de Madrid) y D. Hector Fernández-Alvarez (Universidad de Belgrano, Buenos Aires).

## **PROGRAMA CIENTIFICO**

El Programa Científico incluirá Conferencias por invitación de psicólogos de España, Portugal y Latinoamérica, que revisarán el estado de la cuestión de cada una de las siguientes áreas: 1. **Psicología y Profesión**. 2. **Psicología de la Educación**. 3. **Psicología Clínica**. 4. **Psicología de la Salud**. 5. **Psicología Jurídica**. 6. **Psicología del Trabajo y de las Organizaciones**. 7. **Psicología Comunitaria**. 8. **Psicología de los Procesos Básicos**. 9. **Diagnóstico, Evaluación y Asesoramiento Psicológico**. 10. **Psicología Social**. 11. **Psicología del Desarrollo**. 12. **Enseñanza de la Psicología**.

La estructura del Congreso permite la participación libre de todos los inscritos, presentando sus trabajos en forma de Comunicaciones y Posters, siguiendo las Normas de participación en el Programa Científico.

## **NORMAS DE PARTICIPACION EN EL PROGRAMA CIENTIFICO**

Los criterios para la presentación serán los siguientes:

\*Estar inscrito en el Congreso.

\*Enviar antes del 15 de Febrero de 1992 a la dirección postal de la Secretaría del Comité Científico del Congreso resumen de la presentación en el que conste:

1. Título (indicando si Comunicación, si Posters). 2. Area a la que va dirigido. 3. Autor/es (Nombre y apellidos, datos de identificación profesional, dirección completa y teléfonos de contacto). 4. Resumen de la Comunicación (máximo 200 palabras) y su texto completo (máximo 8 páginas a una cara). 5. Resumen del Posters (máximo 200 palabras).

## **LENGUAS OFICIALES**

Los idiomas oficiales del Congreso serán el español y el portugués.

**Comunicaciones:** Español y portugués.

**Posters:** Podrán ser presentados en cualquiera de las lenguas de la Península Ibérica y América (español, inglés, portugués, francés, catalán, vasco, gallego y otros).

## **CUOTAS INSCRIPCION**

### Antes del 31 de Abril de 1992

	España	Latinoamérica	Resto
Miembro COP/SIP	20.000	10.000	20.000
Estudiantes	15.000	5.000	15.000
Resto	25.000	15.000	25.000

### Despues del 31 de Abril de 1992

Miembro COP/SIP	25.000	15.000	25.000
Estudiantes	20.000	10.000	20.000
Resto	30.000	20.000	30.000

Las cantidades están expresadas en pesetas.

## **DIRECCIONES POSTALES DE LAS SECRETARIAS**

### **Secretaría del Comité Organizador y del Congreso.**

Congreso Iberoamericano de Psicología.

C/ Nuñez de Balboa, 58. 5º Dcha.

28001 Madrid, ESPAÑA.

Teléfonos: 34-1-435 52 12 y 34-1-431 85 71.

Fax: 34-1-577 91 72.

### **Secretaría del Comité Científico.**

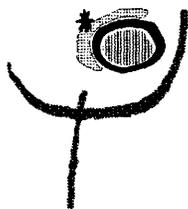
Congreso Iberoamericano de Psicología.

C/ Cuesta de San Vicente, 4. planta 5.

28008 Madrid, ESPAÑA.

Teléfonos: 34-1-541 99 98 y 34-1-541 99 99.

Fax: 34-1-247 22 84.



**23rd International Congress  
of  
APPLIED PSYCHOLOGY**

Madrid -España-  
del 17 al 22 de Julio de 1994.

**23rd INTERNATIONAL CONGRESS OF APPLIED PSYCHOLOGY**

**PROGRAMA**

**1. Actividades Científicas:**

El programa científico incluirá conferencias, simposia, sesiones interactivas de posters, talleres, sesiones de resolución de problemas y exposiciones audiovisuales. Estas actividades, organizadas en colaboración con Divisiones de la IAAP, cubrirán varias áreas científicas. Los temas abarcarán tanto las divisiones de la IAAP como otras áreas específicas del congreso de 1994. Las divisiones, áreas específicas y sus correspondientes miembros del Comité Científico se enumeran a continuación:

**Divisiones de la IAAP**

**Psicología de las organizaciones.** J.M. Peiró.

**Evaluación psicológica.** F. Silva.

**Psicología ambiental.** J.A. Corraliza.

**Psicología educativa.** C. Genovard.

**Psicología clínica y comunitaria.** J. Vila.

**Gerontología aplicada.** J.L. Vega.

**Psicología de la salud.** J. Rodríguez-Marín.

**Psicología y desarrollo nacional.** A. Blanco.

**Psicología económica.** I. Quintanilla.

**Psicología jurídica.** E. Garrido.

## **Areas específicas**

**Psicología y lenguaje.** M. Siguan.

**Historia de la psicología aplicada.** H. Carpintero.

**Investigación en evaluación.** M.T. Anguera.

**Psicología del deporte.** J. Cruz.

**Temas psicológicos profesionales.** A. Hernández.

**Psicología en los servicios sociales.** M. Berdullas.

**Psicología vial.** L. Montoro.

**Psicología y política.** F. Jiménez.

**Campos aplicados generales** (por ejemplo: Nuevas tecnologías, Ergonomía, Enseñanza de psicología aplicada, Estilos de vida, Ocio y turismo). J. Muñiz.

## **Instrucciones para los organizadores de simposium**

El comité científico agradecerá el recibir sugerencias para la organización de simposia. Si está ud. interesado, por favor, háganos saber el tema que propone.

Aunque cada simposium será organizado independientemente por su coordinador, el comité científico plantea las siguientes sugerencias: 1) Cada simposium debe integrar de 4 a 6 participantes de distintos países, 2) Cada participante dispondrá de aproximadamente 20 minutos, 3) Cada simposium debe durar entre 2 y 3 horas.

## **Talleres**

Las sugerencias sobre temas a abordar en los talleres, incluyendo un breve sumario (sobre 200 palabras), serán bienvenidas.

## **Sesiones de resolución de problemas**

Los nuevos problemas que emergen en la sociedad moderna serán expuestos en varias sesiones de solución de problemas. Le invitamos a que proponga un ejemplo de "nuevo problema" en una descripción breve y específica.

El comité científico seleccionará 4 ó 5 de estas propuestas. Para cada una de ellas se solicitará de cuatro o cinco expertos que desarrollen "soluciones" prácticas desde el punto de vista psicológico para su discusión en una mesa redonda. Esta es una idea para afrontar nuevos desarrollos.

## **Plazos para Simposia, Comunicaciones y Posters**

Propuestas de temas para simposia. **31 Enero 1993.**

Aprobación de temas propuestos para simposia. **30 Abril 1993.**

Propuestas de programas para simposia. **31 Octubre 1993.**

Propuestas de comunicaciones y posters. **31 Octubre 1993.**

Aprobación de simposia, comunicaciones y posters. **31 Diciembre 1993.**

### **Otras actividades**

Estamos abiertos a la posibilidad de organizar otras actividades científicas. Por favor, no dude en ponerse en contacto con nosotros para sugerirnos nuevas actividades. Esperamos tener noticias de Ud. Dirija sus sugerencias al presidente del comité científico.

### **2. Actividades sociales, culturales y profesionales**

Habrà un extenso programa de actividades sociales, culturales y profesionales, incluyendo la gastronomía y el folklore. Se ofrecerà a los participantes la posibilidad de realizar visitas turísticas o profesionales a lugares de interés en las cercanías de Madrid así como una exposición técnica al objeto de disfrutar de nuestra cultura y modo de vida.

### **3. Actividades satélite**

La coordinación será llevada por:

Collegi oficial de psicòlegs

Gran Vía Cortes Catalanes, 751

Teléfono: 34-3-4471494. Fax: 34-3-4473572

08013 Barcelona, España.

## **INFORMACION GENERAL**

### **1. Fecha**

Del 17 al 22 de Julio de 1994.

## **2. Lugar**

Palacio de Congresos  
Paseo de la Castellana, 99  
28046- Madrid, España.

Edificio con aire acondicionado, localizado en el área comercial de Madrid y con fácil acceso por autobús, metro o automóvil.

## **3. Idiomas oficiales**

Inglés y Francés.

## **4. Inscripción**

La inscripción, impresos de solicitud y el programa preliminar se incluirán en la segunda circular, prevista para Julio de 1992. Puede obtenerlos solicitando la hoja de inscripción a la secretaría del congreso.

## **5. Correspondencia**

Por favor dirija toda la correspondencia sobre el congreso a:

23 Congreso IAAP  
Colegio Oficial de Psicólogos  
Cuesta de San Vicente, 4, 5º  
Teléfono: 34-1-5419998. Fax: 34-1-2472284  
28008 Madrid, España.

## **ORGANIZACION**

Patrocinado por: COP - Colegio Oficial de Psicólogos, por mandato de IAAP - International Association of Applied Psychology.

### **IAAP Officers**

Harry C. Triandis, Presidente 1990-1994  
Bernhard Wilpert, Presidente electo 1994-1998

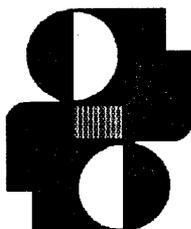
Michael Knowles, Secretario  
Ries Spoelders Claes, Tesorero

### **Comité Organizador**

José M. Prieto, Presidente  
Aurora Murga, Chairperson  
Dositeo Artiaga, Tesorero  
Alvaro Rodríguez, Actividades satélite

### **Comité Científico**

Rocio Fenández-Ballesteros, Presidente  
Alvaro Ansorena, Secretario



### **III CONGRESO EUROPEO DE PSICOLOGIA**

Tampere-Finlandia-  
del 4 al 9 de Julio de 1991.

El propósito del Congreso es facilitar una ocasión de compartir información nueva en amplios campos de la psicología. Los organizadores se proponen subrayar los retos al conocimiento psicológico en el mundo actual así como las contribuciones particulares de la investigación y experiencias europeas.

El congreso está patrocinado por la Asociación Finlandesa de Psicología y la Unión de Psicólogos Finlandeses.

El congreso está organizado junto con la Federación Europea de Asociaciones Profesionales de Psicología, EFPPA.

## **LISTA PRELIMINAR DE TEMAS:**

Nuevos enfoques en Psicoterapia.  
Medicina Comportamental y Psicología de la salud.  
Evaluación de prácticas psicológicas y "Pseudopsicología".  
Psicología del conocimiento.  
Psicología de crisis y riesgos ambientales.  
Psicología de las Generaciones.  
Comunicación electrónica y humana.  
Psicología del trabajo y organizaciones.  
Comportamiento y cerebro; ¿Hay algo nuevo?.  
Psicología social y género.  
Psicología jurídica.

## **SEGUNDA CIRCULAR:**

La segunda circular será distribuida en la primavera de 1992. Contendrá:

- Programa provisional del congreso.
- Impresos de información e inscripción.
- Información general.
- Instrucciones para el envío de colaboraciones.
- Programa social y de visitas.
- Conferencias satélites.

## **IDIOMA OFICIAL:**

El idioma oficial del congreso será el inglés. Sin embargo la organización está dispuesta a ofrecer traducción simultánea en francés para la sesión plenaria y algunas sesiones seleccionadas, si así se solicita.

## **DIRECCION INFORMACION E INSCRIPCIONES**

### **III EUROPEAN CONGRESS OF PSYCHOLOGY**

P.O. Box 905  
SF-00101 HELSINKI  
FINLAND



## BOLETIN DE SUSCRIPCION

### Dirección de envío:

Nombre: ..... Apellidos: .....

Dirección: ..... nº: ..... Piso: ..... Pta.: .....

Población: ..... D.P.: ..... Prov.: ..... País: .....

### Datos profesionales:

Titulación académica: ..... Especialidad: .....

Centro trabajo: ..... Cargo: .....

Actividades profesionales privadas: .....

Suscríbanme a la REVISTA DE PSICOLOGIA DE LA SALUD durante el/los años: ..... que pagaré:

Con cargo a mi cuenta corriente (rellénesse cupón adjunto).

Mediante talón adjunto.

Transferencia bancaria a la Cta. Cte. nº 3100.100000008.5 de la Universidad de Alicante. Suscripción Revista de Psicología de la Salud. Cuenta en la Caja de Ahorros Provincial de Alicante.

Importe suscripción anual (2 números): 1500 Ptas.; extranjero, 3000 Ptas.; números sueltos, 1000 Ptas.

## CUPON DE DOMICILIACION BANCARIA

Día: ..... Mes: ..... Año: .....

Nombre: ..... Apellidos: .....

Calle/Plaza: ..... D.P.: .....

Ciudad: ..... Provincia: .....

Banco o Caja de Ahorros: ..... Suc. nº: .....

Cuenta/Libreta nº: .....

Calle/Plaza: ..... D.P.: .....

Ciudad: ..... Provincia: .....

Muy Sres. míos: Les ruego que a partir de la presente se sirvan cargar a mi Cuenta corriente nº ..... el importe de la suscripción anual Libreta de Ahorro a la REVISTA DE PSICOLOGIA DE LA SALUD.

FIRMA,

ROGAMOS CUMPLIMENTEN A MAQUINA O EN MAYUSCULAS

	
	<p><b>REVISTA DE PSICOLOGIA DE LA SALUD</b></p> <p>Dpto. Psicología de la Salud Facultad de Medicina Universidad de Alicante <b>ALICANTE</b></p>

.....**DOBLAR**.....





## NORMAS PARA LA ACEPTACION DE TRABAJOS

1. La Revista de Psicología de la Salud publica trabajos de carácter empírico que estén realizados con rigor metodológico y que supongan una contribución al progreso de cualquier ámbito de la psicología de la salud. También se aceptan trabajos de naturaleza teórica o de revisión que tengan que ver con los objetivos generales de la Revista.
2. Los trabajos habrán de ser inéditos, no admitiéndose aquéllos que ya hayan sido publicados total o parcialmente, ni los que están en proceso de publicación o hayan sido presentados a otras revistas para su valoración. Se admitirán trabajos escritos en Español, Inglés o Francés.
3. Los trabajos deberán estar mecanografiados en folios o DIN-A4 a doble espacio, por una sola cara, con márgenes de 3 cms. y numeración en la parte inferior derecha. En hoja aparte se incluirá un resumen en castellano y en inglés, entre 100 y 150 palabras, así como un apartado de palabras clave (no más de seis) en ambos idiomas. Las figuras y tablas (una en cada hoja) deberán ser compuestas por los autores del modo como deseen que aparezcan y estar numeradas correlativamente, indicándose su ubicación en el texto.
4. Los autores deberán remitir a la revista, junto a la copia impresa del trabajo, un disquete de formato MS-DOS con él o los archivos originales. La revista aceptará tanto disquetes de 3,5" como de 5,1/4" en doble o alta densidad. En cualquier caso se indicará el procesador de texto utilizado, siendo preferible la utilización de "WordPerfect" 5.0 o superior. También se admitirá el formato ASCII. El texto deberá componerse sin sangrados, justificación ni palabras partidas.
5. Todos los manuscritos serán revisados anonimamente. Los autores se esforzarán en que el texto no contenga claves o sugerencias que los identifiquen. De no existir otra indicación, la correspondencia se mantendrá con el primer autor. Es recomendable la disposición de un teléfono de contacto.
6. Los artículos constarán de los epígrafes característicos de la investigación científica: a) Título, autores e institución a la que pertenece; b) Resúmenes en castellano e inglés; c) Texto organizado en (1) Introducción, (2) Método, (3) Resultados, (4) Discusión, y (5) Referencias bibliográficas.
7. Se utilizará un máximo de 6 palabras clave, que sean términos del Index Medicus o del Thesaurus del Psychological Abstracts.
8. La preparación de los manuscritos ha de atenerse a las normas de publicación de la American Psychological Association.
9. Si se acepta un trabajo para su publicación, los derechos de impresión y de reproducción por cualquier forma y medio son de la Revista. Revista de Psicología de la Salud no rechazará cualquier petición razonable por parte del autor para obtener permiso de reproducción de sus contribuciones. Asimismo, se entiende que las opiniones expresadas en los artículos son de responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen la opinión y política científica de la Revista.
10. Los trabajos serán enviados por correo y por triplicado a la siguiente dirección:  
**Revista de Psicología de la Salud.  
Dpto. de Psicología de la Salud.  
Facultad de Medicina.  
Universidad de Alicante.  
Campus de San Juan.  
Apdo. correos 374. 03080 Alicante.**
11. Se dará acuse de recibo del trabajo al primer autor, siendo devueltos, en un plazo aproximado de 3 meses, aquellos trabajos no aceptados. Eventualmente, la aceptación definitiva podría hacerse depender de mejoras o modificaciones del trabajo que los consultores o el consejo editorial proponga al autor.

### REVISTA DE PSICOLOGIA DE LA SALUD

Edita: Departamento de Psicología de la Salud  
Universidad de Alicante.

Imprime: Enrique Giner Sanz

Dep. Legal: A-1052-1988

ISSN 0214-6118

Este número ha sido subvencionado por: Universidad Autónoma de Madrid.



**UNIVERSIDAD  
DE ALICANTE**

