

Aportaciones del conductismo a la salud mental comunitaria *

Ramón Bayés

Universidad Autónoma de Barcelona

Considero que el tema que se me ha encomendado es, a la vez, difícil e importante.

Es difícil porque son escasos los trabajos que se han llevado a cabo hasta el momento en la línea que nos ocupa, y también porque, desgraciadamente, no he dispuesto del tiempo necesario para poder contrastar mi información y puntos de vista con los de otros colegas con quienes comparto una orientación conductual.

Es importante porque puede inscribirse —y así me gustaría hacerlo— dentro de la actual política de la Organización Mundial de la Salud, especialmente inequívoca —a pesar de las críticas que pueden hacerse (De Miguel, 1981)— después de la Conferencia sobre Acción Primaria de Salud de Alma-Ata (OMS, 1978), la formulación de estrategias para conseguir la salud para todos en el año 2000 (OMS, 1979) y la propuesta de acción para poner en marcha estas estrategias (OMS, 1981). También es especialmente importante en el contexto en que nos encontramos porque la *Generalitat de Catalunya* (1980a, 1980b) parece que tiene la intención de adoptar esta política en nuestra comunidad autónoma.

Por estas razones, considero necesario decir con claridad que las palabras que vendrán a continuación constituyen solamente una visión personal y provisional sobre un tema que merecería sin duda un tratamiento más profundo, extenso y compartido.

Para empezar, me complace manifestar mi acuerdo con algunos de los principios básicos contenidos en la declaración efectuada, en fecha

* Versión castellana de la ponencia que con el título «Aportacions del conductisme a la Salut Mental Comunitaria» fue presentada a les *Jornades de Treball «Salut Mental i Comunitat a Catalunya*. Barcelona, febrero 1982.

reciente, por otros profesionales, la mayor parte de los cuales se encuentran adscritos a enfoques muy diferentes al mío (Bassols, Beltrán, Corominas, González, Noguera, Sales y Vila-Abadal, 1980). En dicha declaración, se considera, por ejemplo, que la dicotomía entre *salud* y *salud mental* es algo completamente artificial, y que sería mejor que hablásemos únicamente de salud, considerándola como un todo. En este sentido, puedo ya avanzar que es mucho lo que puede ofrecer el conductismo y que el nuevo campo interdisciplinario — en plena expansión — de la *Medicina Conductual* no es más, en gran parte, que la aplicación de los principios y leyes descubiertos por el conductismo al campo de la salud (Bayés, 1981a; Reig, 1981), considerando ésta sin separaciones ni compartimientos de ningún tipo y comprendiendo desde el tratamiento conductual del dolor crónico (Fordyce, 1976) hasta el cáncer (Weiss, Herd y Fox, 1981).

Puede ser interesante señalar, de pasada, que el *National Cancer Institute* de Estados Unidos ha creado, hace poco tiempo, una sección de Medicina Conductual y que a su frente ha colocado una psicóloga de orientación conductual: Sandra Levy, y que el *National Heart, Lung and Blood Institute* del mismo país, dispone, igualmente, de un departamento similar a cargo de otro psicólogo conductual: Stephen Weiss. Las últimas noticias de que dispongo — de finales de 1981 — son de que, al contrario de lo que está pasando en amplios sectores de la investigación científica, sometidos a una política de austeridad por parte de la Administración Reagan, los trabajos en Medicina Conductual tienen buenas perspectivas y que, tanto los *National Institutes of Health* como el *National Institute of Mental Health* se interesan cada vez más por la Medicina Conductual ya que, como señala, por ejemplo, William Terry, responsable de la División de Recursos, Centros y Actividades de la Comunidad del *National Cancer Institute*: «Los escasos tipos de cáncer en los que la causa es conocida, todos tienen su origen en el comportamiento o el hábito» (cfr. Armstrong, 1981).

EXPERIENCIAS CONDUCTISTAS EN SALUD MENTAL COMUNITARIA

Constituye un hecho conocido que el movimiento de salud mental comunitaria ha sido llamado la «tercera revolución» en la Historia de la Psiquiatría, siendo la primera la humanización de los tratamientos por Pinel, Tuke y Dix, y la segunda la influencia del psicoanálisis.

En los Estados Unidos funcionan centros de salud mental comunitaria desde 1963, año en que empezaron a crearse gracias a la *Mental Health Centers Construction Act*. Cada centro tiene a su cargo un área geográfica que comprende entre 75.000 y 200.000 personas, y en 1973 se calculaba que ya funcionaban 200 de estos centros encontrándose otros 200 en constitución; en 1978, el número de centros creados era ya de 600 con un coste aproximado de 1.000 millones de dólares (Weiner, Woy, Sharfstein y Bass, 1979), calculándose que el coste

anual de mantenimiento de un centro de este tipo para atender a una población de 100.000 personas era, en números redondos, de 600.000 dólares (Hannah y Risley, 1981). Algunos de los objetivos de estos centros, orientados tanto hacia la prevención como al tratamiento, son: reducir al máximo el tiempo que los pacientes tengan que permanecer lejos de su familia y de su trabajo; si se les administra tratamiento, que se haga lo más cerca posible de su lugar habitual de residencia; formar paraprofesionales procedentes de la propia comunidad; implicar a toda la comunidad en la planificación y evaluación de los programas, etc.

A pesar de las esperanzas depositadas en esta «tercera revolución», es necesario mencionar que, al menos en Estados Unidos, después de varios años de haber empezado la experiencia, algo no acaba de funcionar y que han surgido críticas que convendrá tener presentes si no deseamos caer en trampas similares; en efecto: el número de admisiones en los hospitales del Estado han aumentado en lugar de disminuir, se ha creado una nueva burocracia tan engorrosa como la que se pretendía eliminar, y los profesionales a los que se ha encomendado la tarea no han demostrado poseer las cualidades, habilidades o conocimientos necesarios para resolver con eficacia los problemas a los que han tenido que hacer frente (cfr. Cowen, 1973; Chu y Trotter, 1972; Schwartz, 1972).

A pesar de que Mac Donald, Helberg y Campbell (1971), en un trabajo presentado en la reunión anual de la *Association for the Advancement of Behavior Therapy*, indican que un modelo conductual podría mejorar la eficacia del sistema de salud mental comunitaria, hasta el momento son pocas las experiencias llevadas a cabo en esta línea —al menos, que yo sepa—. Las más conocidas son las de Turner y Goodson (1971, 1972, 1973) en un centro de salud mental comunitaria establecido en Huntsville (Alabama) para una población de 200.000 personas, y la de Liberman, King y De Risi (1976) en el centro de Oxnard (California) para una población de 140.000 personas, muchas de las cuales sólo hablan español. Ambas experiencias han sido posibles gracias a la ayuda prestada por los *National Institutes of Mental Health*.

Nos referiremos, brevemente, a algunos de los objetivos y resultados obtenidos en la segunda de ellas —el proyecto Oxnard— porque, por una parte, gran parte de la población a la que se dirigía era de origen hispano —mexicano— y, por otra, el principal autor del proyecto —R. P. Liberman— es conocido en España donde impartió un seminario y dio varias conferencias en 1980 y donde tiene alguno de sus libros traducido (Liberman, 1974) *. De acuerdo con Liberman *et al.* (1976), estos objetivos y resultados fueron los siguientes:

- 1.º) Adiestrar el equipo del centro en los principios y técnicas del Análisis y Modificación de la Conducta.
- 2.º) Conseguir que el equipo utilizara procedimientos sistemáti-

(*) Vid. artículo de C. Varda y R. P. Liberman en este mismo número de *Estudios de Psicología*.

cos de observación, registro y evaluación de comportamientos. Liberman *et al.* (1976) consideran que el uso regular de registros conductuales —los cuales proporcionan, simultáneamente, retroalimentación al equipo, a los administradores de los tratamientos y a los pacientes, de los progresos realizados hacia unos objetivos bien definidos— constituye una de las innovaciones más importantes introducidas en un centro de salud mental comunitaria por un enfoque conductual.

- 3.º) Poner en marcha un amplio abanico de terapéuticas conductuales, adecuadas tanto a las necesidades de los pacientes como a los conocimientos, habilidades y posibilidades de los miembros del equipo.
- 4.º) Evaluar programas de salud mental por medio de la observación directa. En el centro de tratamiento de día se observó, sistemáticamente, la conducta de una muestra al azar de pacientes en relación con aspectos tales como la participación social y el trabajo. Tras el adiestramiento conductual de los miembros del equipo, la frecuencia de participación social de los pacientes se duplicó.
- 5.º) Evaluar los efectos de la intervención conductual en pacientes individuales. Un seguimiento llevado a cabo a los seis meses indicó que los pacientes que habían recibido un tratamiento de orientación conductual alcanzaban los objetivos terapéuticos en mayor medida que los que habían recibido un tratamiento de tipo tradicional.
- 6.º) Utilizar estrategias conductuales en la amplia variedad de servicios ofrecidos por el centro a los miembros de la comunidad: orientación a los maestros sobre problemas académicos o de comportamiento de los niños; orientación a los padres sobre problemas de relación y educación de los hijos; orientación a los responsables de hogares y grupos de predelinquentes, etc.

Liberman *et al.* (1976) dan énfasis al hecho de que mientras una parte considerable de la literatura existente en modificación de conducta coloca el acento en las consecuencias de la conducta con el fin de conseguir un cambio conductual, su experiencia les ha permitido comprobar la importancia de los factores antecedentes, habiendo observado que muchas personas responden ya favorablemente, de forma rápida y persistente, a simples instrucciones.

POSIBLES APORTACIONES DEL CONDUCTISMO A UNA POLÍTICA DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

Ya que la intención de los organizadores de estas *Jornadas de Treball* era que la presente intervención fuese, en la medida de lo posible,

de carácter más teórico que empírico, trataré de sistematizar, a continuación, aquellas características generales o aspectos de la oferta conductista que pueden hacerla especialmente adecuada para traducir en hechos una filosofía y unos programas de salud mental comunitaria.

En primer lugar, en unos momentos de crisis económica como los que estamos atravesando, me parece importante destacar el factor *coste*. Turner y Goodson (1973), por ejemplo, tras una experiencia de un año, indican un ahorro de 15.000 dólares al comparar un programa conductual llevado a cabo en un centro de higiene mental comunitaria, con un procedimiento médico tradicional.

Desde nuestra óptica, son todavía más importantes los siguientes aspectos en los que el conductismo pone un énfasis especial:

- a) Diseño de técnicas que pueden utilizarse con facilidad en el medio ambiente natural, lo cual facilita la generalización de los cambios obtenidos.
- b) Fácil adiestramiento de paraprofesionales —personal subalterno, familiares, amigos, etc.— sin que sea necesario que los mismos posean estudios medios o superiores, o una especial capacidad intelectual. Personalmente, podemos mencionar —aunque no sea éste el momento para exponerla con detalle— una experiencia muy positiva sobre establecimiento de comportamiento verbal de una niña mongólica, llevado a cabo, básicamente, por una modesta familia de Barcelona: padres, hermano de 12 años y abuela.
- c) Desmedicalización de los problemas. En este punto queremos subrayar que estamos completamente de acuerdo con la propuesta de Bassols *et al.* (1980): «Es necesario que la atención a los problemas de salud mental se lleve a cabo *tan cerca como sea posible de la comunidad* y, al mismo tiempo, por medio de unos *dispositivos tan poco específicos como sea posible, que eviten, de esta manera, una psiquiatrización*, a menudo innecesaria e inadecuada» (pág. 245-246).
- d) Especificación inambigua de los objetivos terapéuticos o preventivos que se desean conseguir, lo cual permite la evaluación de resultados y la comparación de la eficacia relativa de diferentes estrategias, al tiempo que facilita la decisión política de prioridades por parte de los responsables de la comunidad.
- e) Especificación, tanto de los objetivos intermedios como de los programas, en términos de comportamientos observables, lo cual permite que, en todo momento, sea posible verificarlos, evaluarlos, modificarlos o replicarlos.
- f) Uso de técnicas sistemáticas de observación y registro de comportamientos, lo cual permite, tanto al terapeuta como al paraprofesional que administra el tratamiento y al paciente, conocer el progreso objetivo obtenido en cada momento y,

en función del mismo, mantener la estrategia, cambiarla, intensificarla o lentificarla.

Desde el ángulo que en este momento nos ocupa, consideramos especialmente importantes los puntos que acabamos de mencionar ya que estamos convencidos de que los mismos pueden constituir una ayuda valiosa para llevar a término una acción auténticamente comunitaria. Como escribe Tizón (1980) en su tercera tesis: «Los cuidados comunitarios de la Salud Mental deben estar, en la medida de lo posible, en manos de la comunidad. No deben ser sólo un asunto técnico, ni tan siquiera fundamentalmente técnico.» Desde nuestro punto de vista, las estrategias conductuales, debido a su facilidad de comprensión, su verificabilidad, y las posibilidades de participación que ofrecen a los miembros de la comunidad, son susceptibles de permitir a los responsables no profesionales tomar decisiones que sean, a la vez, racionales y eficaces. Liberman (1973) llega a afirmar que el adiestramiento de los ciudadanos de la comunidad en las técnicas conductuales devuelve el «poder al pueblo» de una manera no simplemente semántica, sino real.

En resumen, personalmente consideramos que las aportaciones fundamentales del conductismo a un tratamiento comunitario de la Salud son:

- 1.^a) *De tipo metodológico, al permitir el seguimiento, evaluación, comparación y replicación de experiencias.*
- 2.^a) *De tipo ideológico, al facilitar la participación activa de los miembros de la comunidad y la desmedicalización de los problemas de Salud.*

Estas aportaciones de tipo general, en nuestra opinión, se deducen de la aplicación de los descubrimientos genuinos de Pavlov, Bykov, Sidman, Skinner, Keller, Schoenfeld, Kantor, Bandura, etc., muchos de los cuales, por otra parte, han dado lugar a numerosas herramientas en el campo de la modificación y terapia de conducta. La aplicación de la psicología del aprendizaje — escribe, por ejemplo, Pelechano (1980) — en áreas relacionadas «con respuestas fóbicas, de ansiedad, agresión y depresión, significa el arma más poderosa de que se dispone en la actualidad para conseguir cambios comportamentales eficaces» (pág. 31). Y si bien es cierto que, a nivel teórico, el conductismo no puede presentar, en este momento, un marco capaz de integrar todos los datos de que dispone (cfr. Bayés, 1980), y que desde el punto de vista epistemológico se encuentra en un momento de crisis, no es menos cierto que las terapéuticas conductuales funcionan. Aunque, a veces — ésta es la verdad — no esté demostrado por qué funcionan (Bayés, 1982a).

También nos complace mencionar aquí el interés de muchos conductistas por el diseño de comunidades y la importancia que suelen

otorgar al marco ecológico, tanto físico como social, en el que se desarrolla la vida humana, lo cual puede permitir una acción planificada y preventiva importante (Fawcett, Mathews y Fletcher, 1980; Comunidad Los Horcones, 1978, 1981; Rogers-Warren y Warren, 1977; Skinner, 1948, 1976, 1978). En este sentido, puede ser interesante reproducir las palabras con las que Skinner (1957) inicia su polémico libro *Verbal behavior*:

Los hombres actúan sobre el mundo y lo cambian, y a la vez, son cambiados por las consecuencias de su acción (pág. 1).

Desde un punto de vista ético e ideológico, hasta ahora muchos sectores han contemplado el conductismo a través del filtro de un estereotipo de «Naranja mecánica». No tenemos tiempo de detenernos en este punto aunque sí de recomendar a los interesados en estos aspectos la lectura de los trabajos de un conductista de primera línea (Holland, 1973, 1975, 1979).

Una ventaja del modelo conductual, a la que ya hemos aludido antes y que sólo deseáramos recordar, es que, en el momento presente, se está aplicando a una gran parte de los problemas de Salud —*Medicina Conductual*— sin que haya sido preciso introducir la dicotomía «Salud-Salud mental».

Antes de terminar este apartado, creemos necesario subrayar, por una parte, la importancia que puede tener para el éxito del movimiento de salud mental comunitaria la adopción del énfasis metodológico conductual en la fijación de objetivos en términos verificables por observadores independientes, y en el registro y evaluación sistemáticos de actuaciones y resultados; y por otra, la dificultad práctica, a la hora de la verdad, por parte de los clínicos, de seguir un programa de este tipo, tal como señalan Liberman *et al.* (1976).

Queremos completar esta visión panorámica, afirmando que todas estas ventajas y posibilidades no suponen en absoluto por nuestra parte una visión triunfalista. Somos plenamente conscientes de la poca solidez y limitaciones del terreno sobre el que nos encontramos. Vemos un camino, es cierto, y disponemos de un vehículo que nos permite avanzar, pero no sabemos ni el nombre de las ciudades por las que pasaremos, ni el tipo de paisaje que encontraremos, si nuestro camino será cómoda autopista, o, como nos tememos, tortuoso camino de cabra, ni tan sólo en qué proporción el hecho de avanzar se debe a la buena mecánica de nuestro coche, a la calidad de la gasolina o a otros factores, tan inespecíficos como importantes, entre los cuales no podemos olvidar las propiedades autocuradoras de nuestro propio organismo (cfr. Bayés, 1982b).

LA DESPROFESIONALIZACION COMO TAREA DE INGENIERIA CULTURAL

En la imposibilidad material de profundizar en todos los aspectos que hemos destacado y en otros que sólo hemos insinuado, preferi-

mos dedicar el tiempo que nos queda a tratar de clarificar monográficamente el punto de vista conductual sobre el importante tema de la desprofesionalización —desmedicalización, despsiquiatrización, despsicologización— de los problemas que afectan a la salud mental comunitaria.

Para empezar, mencionaremos que el centro de salud mental comunitaria de Oxnard (Liberman *et al.*, 1976) no ostentaba ninguna identificación externa como centro médico o de «Salud Mental»; su nombre oficial era: *Oxnard Center for Problems ins Living*. Consideramos este hecho como un símbolo de la voluntad decidida de evitar etiquetajes que ha sido norma permanente del conductismo en el campo clínico (cfr. Bayés, 1977, 1979).

Toro (1981), en un excelente artículo sobre la deficiencia mental, que nos complace recomendar, señala:

- 1.º) Que el médico, como cualquier otro ciudadano, forma parte de una cultura determinada, con su propia escala de valores y sus costumbres y tradiciones, y que, por tanto, también comparte con el resto de la población muchos de sus tabúes y prejuicios en relación con la enfermedad y con los enfermos en general.
- 2.º) Que la actual formación médica no garantiza en absoluto que el médico posea las herramientas críticas necesarias para desenmascarar las falsas creencias que acompañan a la deficiencia mental, ni disponga tampoco de unos conocimientos científicos, teóricos y prácticos, que sean una verdadera ayuda para el deficiente. A pesar de ello, los familiares del deficiente siguen dirigiéndose al médico cuando aparece un fenómeno de este tipo, en demanda de solución a su problema.
- 3.º) Las respuestas más frecuentes del médico suelen ser: *a) negación o infravaloración del problema*, aplazando el momento del diagnóstico o confirmación definitivos —«cuando el niño madure...»— con lo que se margina cualquier dimensión socioambiental y se olvida que el hombre no madura sino que se *desarrolla* en un ambiente y que cuanto más se tarde en iniciar un aprendizaje sistemático —que en ningún caso es una tarea médica— menos posibilidades hay de que pueda recuperarse el retardo; y *b) administración de fármacos* —placebos inoperantes en la mayor parte de casos— y medicalización de la deficiencia mental al situarla al mismo nivel que una infección o una disfunción orgánica:

Y la medicación afecta a la consideración que los padres del deficiente tienen de su hijo. Le van a ver como un enfermo. Y su concepto de enfermedad, estando determinado por el mismo medio cultural que comparten con el médico, estando condicionado por la relación dialéctica sociedad-medicina a lo largo del tiempo, no les va a permitir ponerse sobre el auténtico camino de salida. Un camino

que, digámoslo claramente, *no es médico en absoluto: es pedagógico, educativo y social* (pág. 34).

- 4.º) En la mayor parte de los casos, los médicos, en lugar de dar estas respuestas, después de proporcionar un diagnóstico lo más precoz posible de la deficiencia, habrían de renunciar explícitamente a seguir ejerciendo un papel profesional y actuando como árbitros en la solución de unos problemas para los que no se encuentran preparados y que no son de su competencia.

Si se desea realmente una desmedicalización de muchos problemas de salud, en mi opinión este enfoque de la deficiencia mental debería constituir un paradigma de la actuación de los médicos en los demás ámbitos sanitarios. Lo que habría de decidir cuál es el profesional idóneo para enfrentarse con un determinado problema de salud, no es el hecho de poseer un diploma de licenciado en Medicina sino quién posee un mejor dominio —sea médico, o no— de las habilidades y conocimientos necesarios para resolver el problema con un mínimo de coste económico, riesgo y sufrimiento humano, haciéndose todo lo posible para que los conocimientos y herramientas pasen a manos de paraprofesionales, o mejor aún, a las del propio paciente (Bayés, 1979, 1981a).

Desde mi punto de vista, existen al menos cinco razones importantes que pueden esgrimirse para tratar de desmedicalizar los problemas de salud: una razón económica —*disminuir los costos sanitarios*— y cuatro razones éticas: a) *disminuir el peligro de yatrogenia*; b) *permitir que otros profesionales no médicos puedan actuar con plenitud de autoridad profesional dentro del campo de conocimientos y habilidades que les son propios*; c) *evitar las connotaciones marginadoras de muchos etiquetajes médicos y psiquiátricos*; d) *aumentar la participación activa del paciente y familiares en el proceso curador, hecho que, en muchos casos, potencia la eficacia de los tratamientos*.

En cuanto al aspecto económico, será suficiente con indicar que, de acuerdo con Weiss (1979), al finalizar la década de los setenta, en los Estados Unidos los gastos de salud suponían 160.000 millones de dólares anuales, cifra que representa el 11 por 100 de su Producto Nacional Bruto, y que los costos sanitarios estaban creciendo dos veces más rápidamente que la inflación, ritmo imposible de mantener mucho tiempo ni por el país más rico de la Tierra. Una parte importante de esta cifra —tanto en los Estados Unidos como entre nosotros— corresponde a honorarios y sueldos de médicos y a consumo de fármacos.

En cuanto al riesgo de yatrogenia, podemos señalar a título de ejemplo que en los mismos Estados Unidos y en la misma época, se hospitalizaban anualmente, debido a efectos adversos de los medicamentos, 300.000 personas, al tiempo que unos 3 millones de enfermos ingresados en los hospitales sufrían reacciones medicamentosas indeseables, de las cuales 29.000 eran mortales (cfr. Bada, 1980). Si a esta

cifra añadimos los 12.000 muertos, producto terminal de los 2,4 millones de intervenciones quirúrgicas innecesarias (cfr. Bayés, 1979), obtendremos un número de muertos superior a la cifra de asesinatos cometidos en aquel país en el mismo período de tiempo y que llena de grandes titulares sus diarios y revistas, y de temor a sus ciudadanos.

Teniendo en cuenta el contenido de los dos párrafos precedentes, veremos que el panorama se complica —y se simplifica al mismo tiempo— si tenemos en cuenta que una gran parte de la acción médica es una *acción placebo* (Bayés, 1981a) que podría sustituirse, *dentro de otro marco cultural*, por una acción no médica más barata y que no comportase un riesgo de yatrogenia. En la medida en que nuestro razonamiento sea correcto, lo que se plantea es un problema de ingeniería conductual muy concreto: *cómo cambiar nuestras pautas culturales sanitarias* de forma que el control de los efectos placebo no dependa de la presencia de un médico con bata blanca y diplomas en la pared, que receta fármacos, sino que, en muchos casos, estos efectos puedan ser iniciados, potenciados y mantenidos por los propios pacientes, por sus familiares, o por otros profesionales no médicos.

Para enmarcar el problema en un ámbito de salud mental, podemos centrarlo en el uso de los populares psicofármacos. En 1970, el 30 por 100 de todas las recetas médicas que se extendieron en los Estados Unidos correspondieron a drogas psicótropas. Teniendo en cuenta: a) la gran diversidad de psicofármacos que hay en el mercado; b) la alta probabilidad de que muchos medicamentos se prescriban en dosis insuficientes; c) la imposibilidad, en muchos casos, de controlar eficazmente su administración; y d) la deficiente información de muchos médicos en cuestión de psicofármacos, Shapiro (1979) llega a la conclusión, quizá excesiva, de que el 95 por 100 de las veces estas drogas se utilizan ante todo por el efecto placebo que produce su consumo. En palabras de este autor: «Las drogas psicótropas se han convertido, en gran medida, en los gloriosos placebos de nuestra generación.»

Considerando: a) que el nivel de consumo de tranquilizantes y píldoras para dormir de las mujeres españolas era, en 1970, aparentemente similar a la de las californianas (cfr. Bayés, 1977); b) que los errores de medicación de nuestros enfermos ambulatorios —otro problema de ingeniería conductual— afectan al 40 por 100 de los casos (Bonald de Falgas, 1974); c) que entre el 29 por 100 y el 65 por 100 de los candidatos a enfermo de nuestros ambulatorios y hospitales son etiquetados como «enfermos funcionales» o «psicógenos» (García Sevilla, Canalda, De Flores, Merín y Páez, 1978; Tizón, 1977); y d) que la costumbre médica —convertida en rito por el paciente occidental— es terminar la consulta recetando un fármaco; nos encontramos con *un panorama sanitario irracional, caro y peligroso que es preciso cambiar*. Y que, digámoslo en seguida, no será fácil de cambiar, debido, en gran parte, a dos razones básicas: a) el médico, a veces, puede ser el profesional idóneo, y el fármaco la terapéutica de elección; y b) los importantes

intereses económicos de la medicina privada, de la clase médica, de la industria farmacéutica, de los fabricantes de instrumental médico, etc. ¿Cómo salir del *impasse*?

De las cinco razones antes mencionadas para desmedicalizar los problemas de salud, no nos detendremos excesivamente en la tercera —permitir que otros profesionales no médicos puedan actuar con plenitud de autoridad profesional dentro del campo de conocimientos y habilidades que les son propios— porque nos parece obvio. No estamos en contra de los médicos sino de que se atribuya a estos profesionales un poder superior al de sus conocimientos, formación y habilidades. Estamos de acuerdo con Freidson (1970), cuando en su lúcido análisis de la profesión médica —que, en el punto que seguirá, puede hacerse extensivo a las demás profesiones sanitarias— escribe:

Podemos justificar que se impida a los profanos que tomen decisiones sólo cuando los expertos dispongan de un conocimiento especialmente fiable que les permita tomar decisiones correctas que favorezcan los intereses de los profanos.

De existir algunas áreas en las que los expertos carezcan de tal conocimiento, su autonomía para tomar decisiones no se encuentra justificada y, lógicamente, puede ser restringida.

Punto de vista que, por cierto, consideramos que está en desacuerdo con las recientes manifestaciones del Dr. Pérez del Bosque (cfr. Carabantes, 1981), presidente del Consejo General de Colegios Médicos de España:

Es peligrosísimo para la sociedad y para la profesión el querer quitar este carisma que tiene el médico. Defenderé siempre la personalidad médica en cuanto a su propia mitificación. Yo veo a los enfermos, un pobre hombre, una pobre mujer, un pobre niño que viene... y se están olvidando de toda injuria profesional. Ellos ven en el médico al posible salvador.

En otras palabras, lo que defendemos es la desmedicalización *hasta donde sea posible*, es decir, hasta donde lleguen los conocimientos y habilidades profesionales médicas; *no más allá*. Si este deseo se convirtiese en realidad, esto tendría, posiblemente, dos consecuencias importantes: 1.ª) los otros profesionales sanitarios no médicos podrían actuar con más independencia y autoridad, dentro, evidentemente, de sus propios conocimientos y habilidades, y de esta manera se facilitaría una auténtica labor interdisciplinaria, alejando el peligro de que el deseado trabajo «en equipo» del movimiento de salud mental comunitaria quedase en una simple maniobra semántica; y 2.ª) se corre el riesgo de que al desmitificar la figura del médico se pierda parte del efecto placebo producido por el acto médico; posiblemente, es a este aspecto al que se refiere Pérez del Bosque cuando dice que «es peligrosísimo para la sociedad y para la profesión el querer quitar este carisma que tiene el médico». Estamos de acuerdo que sería muy peligroso para la sociedad que la desmitificación del médico supusiera, automáticamente, la desaparición y pérdida de este efecto curador real —el

efecto placebo— producido por la relación terapeuta-paciente, pero no creemos que esto tenga que suceder necesariamente si el problema se enfoca adecuadamente desde un punto de vista de ingeniería cultural.

En efecto, la figura del médico o los símbolos que acompañan al médico —bata blanca, título inapropiado de doctor ya que la mayoría de licenciados en Medicina no han hecho el doctorado, diplomas y orlas en la pared, secretarías y recepcionistas vestidas de enfermera, recetas de medicamentos, etc.— son capaces de desencadenar un efecto placebo, gracias, probablemente, a una historia de simples asociaciones pavlovianas con actos curadores, propios o vicarios. Por tanto, este efecto curador no es algo que el médico acumule con su esfuerzo en la Facultad de Medicina y que luego transmita en forma de efluvios a sus pacientes; se desencadena dentro del organismo del propio paciente en presencia de unos estímulos arbitrarios que, en otra cultura, pueden ser las máscaras, las danzas rituales o las palabras mágicas del brujo de la tribu. Por tanto, si el poder no radica en unos símbolos concretos sino en la historia de condicionamiento de unos símbolos, esta historia *se puede cambiar*.

Nuestra propuesta sería que el poder de desencadenar este efecto placebo se traspasase, en la medida de lo posible, a los propios interesados —desprofesionalización—, los cuales, de esta manera, accederían a tomar una parte completamente activa y eficaz en su proceso curador. Los médicos, evidentemente, seguirían suscitándolo también debido a los avances genuinos de las ciencias médicas y a sus grandes aportaciones, sobre todo en el campo de las enfermedades agudas e infecciones, pero no hay duda de que el psicólogo clínico, la enfermera o el asistente social, por ejemplo, en las áreas de sus conocimientos y competencia, también se beneficiarían en tanto que fuesen capaces con sus herramientas de trabajo, como así lo creemos, de llevar a cabo una acción curadora real.

Casi no hablaremos de la necesidad de evitar las connotaciones marginadoras de muchos etiquetajes médicos y psiquiátricos porque ya hemos tratado el tema extensamente en otro lugar (Bayés, 1977). Como resumíamos hace poco, las etiquetas psiquiátricas —obtenidas por medio de una exploración clínica— o psíquicas —obtenidas a través de *tests*— comportan «un determinante de futuro para los interesados, y sus discutibles ventajas burocráticas quedan sobradamente contrarrestadas, en nuestra opinión, por los problemas humanos que pueden originar» (Bayés, 1979, pág. 88). En este sentido, creemos que el conductismo se ha mantenido fiel al espíritu de la obra de aquel gran maestro del siglo pasado, Claude Bernard (1865):

En la naturaleza no hay nada perturbado o anormal; todo ocurre según leyes que son absolutas, es decir, normales y determinadas. Varían los efectos de acuerdo con las condiciones, pero las leyes permanecen invariables. El estado fisiológico y patológico son gobernados por las mismas fuerzas, y sólo difieren en las condiciones particulares en que se manifiesta la ley vital (pág. 84).

Desde un punto de vista conductual, lo que nos interesa, por tanto, no es clasificar y etiquetar fenómenos —desde una óptica estrictamente conductista la dicotomía entre «comportamientos normales» y «comportamientos anormales» carece de sentido— sino llegar a conocer las leyes que los rigen y saber analizar las variables presentes en cada caso concreto con el fin de que, si interesa, podamos modificarlos o prevenir su aparición.

Para completar las piezas de nuestro rompecabezas y antes de intentar una propuesta de solución al mismo, ya sólo nos queda por ver cómo, en nuestra cultura, los actuales rituales médicos dentro de los que se desarrollan las relaciones médico-enfermo, comportan por parte de este último una postura pasiva que no sólo se encuentra en contradicción con todo el movimiento general autonómico de nuestra época, sino que puede suscitar reacciones nocebo, especialmente en los ciudadanos que han de adoptar el papel de paciente en los contextos burocratizados de la Seguridad Social, en los que al tener que atender un médico a 28 pacientes por hora —a 16 en el caso del psiquiatra— (cfr. De Miguel, 1979), nos situamos en las antípodas de las condiciones en las que «el arte médico» y «el amor médico» patrocinados, por ejemplo, por Puigvert (1981) podrían convertirse en una realidad al alcance de todos y no sólo de una minoría económicamente privilegiada.

Delay y Pichot (1966), en un manual que ha alimentado psicológicamente a varias generaciones de médicos españoles, destacan que «el enfermo es débil, son los demás quienes se han de ocupar de él, y es del médico de quien espera, esencialmente, esta ayuda». De Miguel (1978), un sociólogo de la Medicina, ha definido la situación en los siguientes términos:

Ciertamente, la pauta común en la relación médico-enfermo es de un carácter marcadamente autoritario: son los enfermos los que deben adaptarse a los médicos y no al revés. Se tiende a ver —irracionalmente— a los pacientes en un status inferior al de los médicos. Se ha resaltado esta sumisión autoritaria que se exige a los enfermos como uno de los indicadores más sensibles de la medicina occidental. Es evidente que en países de democracias competitivas, los pacientes están acostumbrados (o, mejor dicho, se les socializa) a pensar en los términos de lo que puede decir el doctor, como experto indiscutible, en vez de integrarse racionalmente en la terapia que les va a ser aplicada (pág. 28).

Frente a esta postura secular en la que se considera al paciente como a un ser pasivo cuyo papel consiste, esencialmente, en el cumplimiento de las prescripciones médicas, lo que proponemos es colocar en un primer plano la responsabilidad del paciente —y/o de sus familiares y amigos— en la tarea de conseguir su propia curación, con la ayuda —y no bajo las órdenes— de un profesional que puede ser, pero que no tiene por qué ser necesariamente, un médico.

Hemos planteado un problema y fijado un objetivo —la desprofesionalización—. Nos falta explicar cómo creemos que se podría resolver dicho problema y alcanzar el objetivo —evidentemente, se trata

de un punto de vista completamente personal y discutible— desde un ángulo conductual.

Si el poder supremo de la profesión médica consiste en el posible uso indiscriminado de la etiqueta «enfermo» (Goffman, 1961; Kellinek, 1960; Szasz, 1961), si esta etiqueta posee connotaciones nocebo, y si lo que queremos es desmedicalizar los problemas de salud, lo primero que es necesario hacer consiste en *eliminar las palabras «enfermo» y «enfermedad»*, en el grado que sea posible, del ámbito de la salud. No debemos engañarnos, el significado de estas palabras es mucho más amplio que la descripción de un hecho objetivo: «enfermo» supone «médico»; en nuestra opinión, por tanto, es preciso *sustituir* el término «enfermedad» por otro más neutro, como «trastorno» o «alteración», que no implique, automáticamente, una presencia médica. Esto no equivale a negar la existencia de un problema, ni a minusvalorar su importancia, ni tampoco a tranquilizar a la Administración pública respecto a la necesidad de hacerle frente. Se trata simplemente de una acción encaminada a cambiar las pautas culturales sanitarias: a un «enfermo» es preciso que lo examine un médico; a una persona que tiene un «trastorno de aprendizaje», por ejemplo, puede verlo un psicólogo o puede hacerse cargo de él un maestro; una persona que sufra un «problema de angustia debido al paro» es posible que, ante todo, piense en consultar a un trabajador social.

Por esta razón, estamos en contra de los que tienen tendencia a hablar de «enfermedad alcohólica», por ejemplo, o a conferir un papel de «enfermo» al toxicómano. Medicalizar un problema equivale a encarcelarlo pero no, necesariamente, a solucionarlo. Tampoco creemos oportuno el uso de los términos «enfermedad» (punto 2.4.2.), «enfermo» (punto 3.1.3.) y «enfermedad psiquiátrica» (punto 3.1.6.) en el estudio-dictamen presentado por Bassols *et al.* (1980) ya que consideramos que su inclusión se encuentra en contradicción con el objetivo de despsiquiatrización (punto 3.1.4.) del mismo estudio. Por el mismo motivo, mostramos nuestro desacuerdo con Toro, Daurella, Penzo, Basil, Jorquera y Salmurri (1981) —en su, por otra parte, excelente y recomendable texto— cuando defienden la ampliación del término «enfermedad» para que comprenda, de forma prácticamente ilimitada, todos aquellos trastornos producidos por el entorno social:

En consecuencia puede constituirse en tal agente (patógeno) todo cuanto rodea al individuo, principalmente las personas que lo rodean, los comportamientos de dichas personas, sus palabras, la organización de la vida familiar, de la vida laboral, la conflictividad política, ideológica, el peso del pasado, la incertidumbre acerca del futuro. Todo ello es capaz de *enfermar* al ser humano (pág. C-23, el subrayado es nuestro).

Estaríamos de acuerdo con los autores mencionados, si en lugar de «enfermar» hubiesen utilizado otra palabra o expresión meramente descriptivas, pero, como antes ya hemos visto que el mismo Toro (1981) señalaba, la palabra «enfermedad» no se da en el vacío sino en el seno de una cultura donde posee unas connotaciones, implicando

unas reacciones emotivas y unos papeles sociales que no se pueden descuidar si la política que de verdad queremos poner en marcha tiene como uno de sus puntos básicos la desmedicalización de los problemas.

En resumen, si se desea desmedicalizar, hasta donde sea posible, el ámbito de la salud, en nuestra opinión, sería necesario:

- 1.º) Sustituir los términos «enfermo» y «enfermedad» por palabras o perífrasis sin connotaciones médicas.
- 2.º) Reservar los términos «enfermo» y «enfermedad» para aquellos casos en que los médicos, por razones éticas, considerasen que el uso de estas etiquetas podía ser una contribución positiva al proceso curador; por ejemplo, para forzar al paciente a guardar cama.
- 3.º) Restringir drásticamente el uso de términos tales como «neurótico», «psicótico», «esquizofrénico», «subnormal», etc. Tendríamos que acostumbrarnos a decir que una persona tiene un problema de comportamiento determinado —y a describirlo— pero evitar mencionar, por ejemplo, que presenta un comportamiento «psicopático».

Paralelamente a esta acción, debería emprenderse otra cuyo objetivo sería conseguir un cambio de hábitos culturales en el campo sanitario. Deberían participar en ella los profesionales de los medios de comunicación de masas, los maestros y los miembros de las actuales instancias sanitarias, informando a los ciudadanos de su propio poder curador, adiestrándolos en la manipulación directa —sin intervención de profesionales de ningún tipo— de aquellas variables internas y/o externas, capaces de producir o potenciar efectos placebo, y enseñándoles que, en muchas ocasiones, esta acción puede sustituir ventajosamente los efectos curadores de la ritual ingesta de fármacos a la cual se encuentran condicionados.

No tenemos tiempo para profundizar en el tema pero el conocimiento, aprendizaje y práctica de las técnicas de relajación en la E.G.B., por ejemplo, podría constituir una tarea que, si se llevara a cabo de forma adecuada, tendría sin duda una considerable trascendencia en el ámbito de la salud.

Y nos detendremos, por el momento, en este punto. Quizá parezca un programa modesto. De hecho, no creemos que lo sea en absoluto. Si consiguiésemos:

- a) Cambiar los hábitos semánticos de los profesionales sanitarios, especialmente de los médicos y psiquiatras.
- b) Que todos los ciudadanos —y también los profesionales sanitarios— conociesen mejor y aprovecharan en su propio beneficio el poder curador de su propio organismo, potenciado por un estado de relajación.

- c) Que tanto los pacientes como los terapeutas se acostumbren a no esperar ni a proporcionar un etiquetaje del problema y un fármaco, como resultado inescapable de cualquier consulta.

habríamos dado cima a un auténtico cambio cultural de consecuencias económicas y sanitarias insospechadas.

Para terminar, aunque no hayamos reflexionado demasiado sobre ello, quisiéramos señalar: a) que en un contexto como el que presentamos, no representa para nosotros ningún problema admitir, en principio, que la localización y filtraje de primera línea los lleve a cabo, normalmente, un médico de Medicina Feneral o un pediatra; b) que también es importante subrayar, como señala Segura (1980), que el equipo interdisciplinario de salud mental comunitaria debe prestar especial cuidado a la propia «salud» de sus relaciones intergrupo.

PAPEL DEL PSICOLOGO CLINICO

Desde nuestro punto de vista, es evidente que el psicólogo, en tanto que profesional del comportamiento, ha de tener un papel —y nos atreveríamos a decir, un papel importante— en la solución de los problemas de salud, con mayor motivo desde el momento en que la Medicina Conductual (cfr. Pomerlau y Brady, 1979), ha ampliado considerablemente el ámbito de aplicaciones de la Psicología al campo sanitario.

La participación del psicólogo clínico en los equipos multidisciplinario de salud constituye un hecho corriente en otros países como, por ejemplo, los Estados Unidos, Inglaterra, o, menos conocido, en Cuba (Alvarez, 1981). En México, el nuevo campus de Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma que empezó a funcionar en 1975, es un intento para conseguir, ya en el período de formación, la interdisciplinariedad de los equipos que trabajan en el campo biomédico, reuniendo en su recinto las carreras de Medicina, Odontología, Psicología, Enfermería y Biología. Debido a que estas carreras «se encuentran íntimamente relacionadas entre sí» no es de extrañar que «se haya aprovechado esta situación para fomentar la interdisciplinariedad en la medida de lo posible, reconociendo que cada una tiene campos de acción no necesariamente idénticos pero sí una intensa correlación en conocimientos y trabajo práctico» (Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, 1979, pág. 9). Nos complace mencionar que en el estudio-dictamen presentado por Bassols *et al.* (1980) a la *Generalitat de Catalunya* (puntos 3.5.4. y 3.5.6.) se ha previsto la inclusión de los psicólogos clínicos dentro de los equipos de salud.

En cuanto a las tareas profesionales concretas que deberían encontrarse a cargo de los psicólogos, Ribes (1982), en un interesante trabajo, considera que el psicólogo es, esencialmente, un profesional de la

investigación aplicada y la tecnología, y que su acción ha de ser indirecta; en su opinión, normalmente, actúa sobre el usuario de servicios a través de otro tipo de profesional o de un no profesional. Su misión es, fundamentalmente, la de un profesional desprofesionalizador en un doble sentido: a) por su función mediadora del conocimiento científico desde el investigador básico que lo produce hasta los profesionales de las diferentes disciplinas no psicológicas que lo aplican; y b) por la transferencia directa de dicho conocimiento a los usuarios, convirtiéndolos en autoprestatarios de servicios y en definidores de los criterios de aplicación del mencionado conocimiento.

Por nuestra parte, aun estando de acuerdo con este planteamiento general, consideramos que, en algunos casos, el psicólogo puede ser el profesional que posea los conocimientos y herramientas idóneos para llevar a cabo una acción terapéutica eficaz y que, por tanto, habría de admitirse, cuando estuviese justificada, su acción profesional directa sobre el usuario. Nuestro punto de vista se encuentra plasmado en el modelo que bautizamos con el nombre «somático-conductual» (Bayés, 1979) y que ha sido convenientemente modificado posteriormente (Bayés, 1981a) para incluir la acción autocuradora de los propios pacientes. Otros autores, tanto desde una óptica conductual (Costa, 1979) como no conductual (Tizón, 1980), parecen también partidarios, en nuestro país, de una acción directa del psicólogo en el ámbito de la salud, la cual, como ya hemos señalado, no consideramos necesariamente contradictoria con una política de desprofesionalización. En todo caso, creemos que en función de todas estas aportaciones —y de otras que, dadas nuestras limitaciones, no hemos podido tener en cuenta— ha de irse perfilando el contorno profesional del psicólogo, teniendo presente, en todo momento, tanto la provisionalidad de las soluciones y modelos que se propongan como el hecho de que su bondad no ha de depender en ningún momento de unas consideraciones *a priori* o de unos intereses de gremio, sino que ha de venir definida por una evaluación objetiva de los resultados conseguidos.

Consideramos importante que en los planes de estudio de la licenciatura en Psicología se tenga en cuenta la actuación del psicólogo tanto en el seno de equipos interdisciplinarios de salud mental comunitaria, en particular, como en el ámbito de la salud en general.

Resumen

Se analiza el movimiento de salud mental comunitaria dentro del contexto de la política general de la OMS, y las posibles aportaciones del conductismo a dicho movimiento. A juicio del autor, éstas son, fundamentalmente, dos: a) de tipo metodológico, al permitir el seguimiento, evaluación, comparación y replicación de experiencias; b) de tipo ideológico, al facilitar la participación activa de los miembros de la comunidad y la desmedicalización de los problemas de salud. Existen, al menos, cinco razones para llevar a cabo dicha desmedicalización: 1.º) Disminuir los costos sanitarios; 2.º) Disminuir el peligro de iatrogenia; 3.º) Permitir que otros profesionales no médicos puedan actuar con plenitud de autoridad profesional y conseguir, de esta manera, una interdisciplinariedad auténtica; 4.º) Evitar las connotaciones marginadoras de muchos etiquetajes médicos y psiquiátricos; y 5.º) Aumentar la participación activa del paciente y

de sus familiares en el proceso curador, hecho que, en muchos casos, potencia la eficacia de los tratamientos. Conseguir esta desmedicalización es, esencialmente, un problema de ingeniería conductual: cómo cambiar nuestras actuales pautas sanitarias. En el trabajo se proporcionan algunas normas para tratar de conseguirlo. Finalmente, se discute el papel del psicólogo clínico en el campo sanitario.

Referencias

- ALVAREZ, A. M.: El I Seminario Internacional de Psicología en la Comunidad (Cuba). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 1981, 13, 293-296.
- ARMSTRONG, B.: Behavioral Medicine gains support in research. *APA Monitor*, 1981, 12 (2), 8-9, 55.
- BADA, J. L.: Epidemiología de las reacciones adversas de los medicamentos. En J. L. Bada y J. A. Salvá (Eds.). *Reacciones adversas en los medicamentos y enfermedades iatrógenas*. Barcelona: Toray, 1980, 51-71.
- BASSOLS, R., BELTRÁN, M., COROMINAS, J., GONZÁLEZ, E., NOGUERA, R., SALES, J. y VILA-ABADAL, J.: Estudi-dictamen sobre salut mental i assistència psiquiàtrica a Catalunya. En Generalitat de Catalunya (Ed.) *Estudis i dictamen sobre sanitat*. Barcelona: Servei Central de Publicacions de la Generalitat de Catalunya, 1980.
- BAYÉS, R.: *Iniciación a la farmacología del comportamiento*. Barcelona: Fontanella, 1977.
- BAYÉS, R.: *Psicología y Medicina: interacción, cooperación, conflicto*. Barcelona: Fontanella, 1979.
- BAYÉS, R.: *Una introducción al método científico en psicología* (3.ª edición). Barcelona: Fontanella, 1980.
- BAYÉS, R.: El metge, un placebo de luxe per a una societat pobre. Comunicación presentada a las *Primeres Jornades de l'... Associació Catalana de Sociologia*. Barcelona, mayo 1981a.
- BAYÉS, R.: Acotaciones a la laboriosa gestación, feliz nacimiento, espléndido bautizo y aplaudidos primeros pasos de la Medicina Conductual. Comunicación presentada al *Primer Congreso Nacional de Sociología*. Zaragoza, septiembre 1981b.
- BAYÉS, R.: Influencia de los factores inespecíficos en terapia del comportamiento. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 1982, 37, en prensa.
- BAYÉS, R.: Bio-retroalimentación y efecto placebo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 1982, 14, en prensa.
- BERNARD, C.: *Introduction a l'étude de la médecine expérimentale*, 1865. Traducción: *Introducción a l'estudi de la medicina experimental*. Barcelona: Arnau de Vilanova, 1935.
- BONAL DE FALGAS, J.: Información de medicamentos entre el farmacéutico de hospital y el enfermo. *XVIII Asamblea Nacional de Farmacéuticos de Hospitales*. LIÁDE, 1974, 97-111.
- CARABANTES, A.: Entrevista con el Dr. Jorge Pérez del Bosque. *El Médico*, 1981, n.º 37, 19-21.
- CHU, F. D. y TROTTER, S.: *The mental health complex. I: Community mental health centers*. Washington: Center for Study of Responsive Law, 1972.
- Comunidad «Los Horcones»: El análisis experimental del comportamiento aplicado a la vida comunitaria: la comunidad Los Horcones. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 1978, 10, 447-462.
- Comunidad «Los Horcones»: Natural reinforcement in a Walden Two community. Comunicación presentada a la Convención Anual de la *Association for Behavior Analysis*. Milwaukee, Wisconsin, mayo 1981.
- COSTA, M.: Psicología y salud. *Boletín de la Sección Profesional de Psicólogos del Ilustre Colegio Oficial de Doctores y Licenciados en Filosofía y Letras y en Ciencias del Distrito Universitario de Madrid*. Octubre 1979, 13-15.
- COWEN, E. L.: Social and community interventions. *Annual Review of Psychology*, 1973, 24, 423-472.
- DE MIGUEL, J. M.: *Sociología de la medicina*. Barcelona: Vicens-Vives, 1978.
- DE MIGUEL, J. M.: El teorema de Watson del sector sanitario: Hacia una teoría sociológica de la Seguridad Social española. *Papers. Revista de Sociología*, 1979, n.º, 10 115-145.
- DE MIFUEL, J. M.: La salud del año 2000. *Jano*, 1981, extra noviembre, 97-107.
- Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala: *Organización Académica 1979-1980*. Tlalnepantla, México, 1981.
- FAWCETT, S. B., MATHEWS, R. M. y FLETCHER, R. K.: Some promising dimensions for behavioral community technology. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 1980, 13, 505-518.
- FORDYCE, W. E.: *Behavioral methods for chronic pain and illness*. San Luis: Mosby, 1976.
- FREIDSON, E.: *Profession of Medicine*. Nueva York: Dodd, Mead y Company, 1970.
- GARCÍA SEVILLA, L., CANALDA, F., DE FLORES, T., MERÍN, N. y PÉREZ, J.: El paper d'un laboratori anormal dins un hospital universitari. *Annals de Medicina*, 1978, 64, 763-793.
- Generalitat de Catalunya: *La sanitat a Catalunya. Anàlisi i propostes del departament de Sanitat i Assistència Social*. Barcelona: Servei Central de Publicacions de la Generalitat de Catalunya, 1980a.
- Generalitat de Catalunya: *Estudis i dictàmenes sobre la sanitat*. Barcelona: Servei Central de Publicacions de la Generalitat de Catalunya, 1980b.
- GOFFMAN, E.: *Asylums*. Nueva York: Anchor, 1961.
- HANNAH, G. T. y RISLEY, T.: Experiments in a community mental health center: increasing client payments for outpatient services. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1981, 14, 141-157.

- HOLLAND, J. G.: ¿Servirán los principios conductuales para los revolucionarios? En F. S. Keller y E. Ribes (Eds.). *Modificación de conducta. Aplicaciones a la educación*. México: Trillas, 1973, 265-281.
- HOLLAND, J. G.: La modificación de conducta de prisioneros, pacientes y otras personas, como prescripción para la planificación de la sociedad. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 1975, 1, 119-135.
- HOLLAND, J. G.: Conductismo: ¿parte del problema o parte de la solución? En S. W. Bijou y F. Becerra (Eds.). *Modificación de conducta. Aplicaciones sociales*. México: Trillas, 1979, 215-236.
- JELLINEK, E. M.: *The disease concept of alcoholisms*. Nueva Haven: Hill-House Press, 1960.
- LIBERMAN, R. P.: Applying behavioral techniques in a community mental health center. En R. Rubin, J. P. Brady y J. Henderson (Eds.). *Advances in behavior therapy*. Vol. 4. Nueva York: Academic Press, 1973.
- LIBERMAN, R. P.: *Iniciación al análisis y terapéutica de la conducta*. Barcelona: Fontanella, 1974.
- LIBERMAN, R. P., KINF, L. W. y DE RISI, W. J.: Behavior analysis and therapy in community mental health. En H. Leitenberg (Ed.) *Handbook of behavior modification and behavior therapy*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice-Hall, 1976, 566-603.
- Organización Mundial de la Salud: *Atención primaria de la salud*. Ginebra: OMS, 1978.
- Organización Mundial de la Salud: *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000*. Ginebra: OMS, 1979.
- Organización Mundial de la Salud: *Estrategia mundial de la salud para todos en el año 2000*. Ginebra: OMS, 1981.
- PELECHANO, V.: *Modelos básicos de aprendizaje*. Valencia: Alfaplús, 1980.
- POMERLAU, O. F. y BRADY, J. P.: *Behavioral Medicine: theory and practice*. Baltimore: William y Wilkins, 1979.
- PUIGVERT, A.: Cientifismo médico. *La Vanguardia*, 29 abril 1981, 6.
- REIF, A.: Medicina comportamental. Desarrollo y líneas de intervención. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1981, 7, 99-160.
- RIBES INESTA, E.: *El conductismo: reflexiones críticas*. Barcelona: Fontanella, 1982.
- ROGERS-WARREN, A. y WARREN, S. F. (Eds.): *Ecological perspectives in behavior analysis*. Baltimore: University Park Press, 1977.
- SCHWARTZ, D. A.: Community mental health in 1972: an assessment. En H. H. Barten y L. Bellack (Eds.). *Progress in community mental health*. Vol. 2. Nueva York: Grune & Stratton, 1972.
- SEGURA, M.: El equipo interdisciplinario, ¿una alternativa a los problemas de salud mental? *Boletín de la Sección Profesional de Psicólogos del Ilustre Colegio Oficial de Doctores y Licenciados en Filosofía y Letras y en Ciencias del Distrito Universitario de Madrid*, 1980, 31.
- SHAPIRO, A. K.: The placebo effect. En W. G. Clark y Del Guidice (Eds.) *Principles of psychopharmacology* (2.ª edición). Nueva York: Academic Press, 1979, 441-459.
- SKINNER, B. F.: *Walden two*. Nueva York: McMillan, 1948.
- SKINNER, B. F.: *Verbal behavior*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts, 1957.
- SKINNER, B. F.: *Walden two revisited*. En *Walden two* (2.ª edición). Nueva York: McMillan, 1976.
- SKINNER, B. F.: *Reflections on behaviorism and society*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice-Hall, 1978.
- SZASZ, T. S.: *The myth of mental illness*. Nueva York: Harper & Row, 1961.
- TIZÓN, J. L.: Los costes sociales de una errónea concepción de la asistencia sanitaria ambulatoria: una perspectiva. *Medicina Clínica*, 1977, 69 (2), 82-89.
- TIZÓN, J. L.: Siete tesis sobre la organización de unos dispositivos comunitarios de salud mental. *Informaciones Psiquiátricas*, 1980, n.º 79, 1-12.
- TORO, J.: Él médico ante la deficiencia mental. *Jano*, 1981, n.º 453, 33-35.
- TORO, J., DAURELLA, N., PENZO, W., BASIL, C., JORQUERA, S. y SALMURRI, F.: *Lecciones de psicología médico-social*. Barcelona: Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Universidad de Barcelona, 1981.
- TURNER, A. J. y GOODSON, W. H.: *Programs and evaluations*. Huntsville, Alabama: Huntsville-Madison County Community Mental Health Center, 1971, 1972, 1973.
- WEINER, R. S., WOY, J. R., SHARFSTEIN, S. S. y BASS, R. D.: Community mental health centers and the «seed money» concepts: effects of terminating federal funds. *Community Mental Health Journal*, 1979, 15, 129-138.
- WEISS, S. M.: The contribution of psychology to behavioral medicine. En D. J. Osborne, M. M. Bruneberg y J. R. Eiser (Eds.) *Research in psychology and medicine*. Londres: Academic Press, 1979, 3-10.
- WEISS, S. M., HERD, J. A. y FOX, B. H. (Eds.): *Perspectives on behavioral medicine*. Nueva York: Academic Press, 1981.