

EN DEFENSA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Cristina Botella Arbona

UNIVERSITAT JAUME I

RESUMEN

Tras una revisión acerca del "nacimiento" de la psicología de la salud, se discuten los posibilitantes tanto de esta disciplina como de la medicina comportamental y del modelo biopsicosocial. Un análisis acerca de los fundamentos teóricos, tareas y contenidos de la psicología clínica sugieren que incluyen los que se refieren a la psicología de la salud. En todo caso, de existir como disciplina independiente, la psicología de la salud debería replantearse muy seriamente los modelos que utiliza, su base teórica y los procedimientos que debe emplear para poner en práctica y hacer factibles las metas que verbalmente propone; y demostrarlo, al margen, claro está, de la psicología clínica.

Palabras clave: VALORACIÓN COMPARADA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOLOGÍA DE LA SALUD, LÍMITES CONCEPTUALES Y REDUNDANCIAS DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD FRENTE A LA CLÍNICA.

SUMMARY

After reviewing the official "birth" of health psychology the author discusses the sources both of this discipline as of behavioral medicine and the biopsychosocial model. An analysis of the theoretical principles, tasks and contents of clinical psychology are

included. In any case, to exist as an independent discipline, health psychology would have to debate the models used, its theoretical base and the best procedures to put the goals which it proposes into practice apart from clinical psychology.

Key words: *CONCEPTUAL AND HISTORICAL COMPARISON BETWEEN CLINICAL PSYCHOLOGY AND HEALTH PSYCHOLOGY, CONCEPTUAL TENETS AND REDUNDANCIES OF HEALTH PSYCHOLOGY RELATED TO CLINICAL PSYCHOLOGY*

1. INTRODUCCIÓN

La única directriz que estableció el Profesor Pelechano cuando planteó la posibilidad de escribir este trabajo fue, precisamente, la ausencia de directrices. El objetivo era plasmar por escrito nuestra propia *opinión* acerca de la Psicología Clínica y la Psicología de la Salud. Ante esta petición tan sugerente parece necesario intentar ser, al menos, claros y, para ello, comenzaremos exponiendo las tesis que se van a defender en este trabajo:

- (1) No existen elementos suficientes que diferencien adecuadamente la Psicología Clínica de la Psicología de la Salud.
- (2) En cualquier caso, la Psicología Clínica contiene (o debería contener) a la Psicología de la Salud.

Para justificar estas afirmaciones analizaremos en primer lugar la conceptualización y el origen de este nuevo enfoque.

2. ¿QUÉ ES Y POR QUÉ SURGE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD? O LA ENTRADA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN EL MUNDO DE LA SALUD "FÍSICA"

Hace ya unos años (Botella, 1986; Botella, Ibañez y Martínez, 1987)¹ llevamos a cabo un somero análisis centrado en la conceptualización y el surgimiento de la *Medicina Comportamental (MC)*

¹Algunas de las ideas que se expondrán aquí fueron presentadas originalmente en el I Congreso Nacional de Psicología de la Salud (Botella, Ibañez y Martínez, 1987)

y la *Psicología de la Salud (P.S.)*. Vimos cómo, inicialmente, la M.C. se contempla como la aplicación de las técnicas de *biofeedback (B.F.)* en el ámbito de la medicina (Birk, 1973). Bien es verdad que, posteriormente, aparecen diferentes conceptualizaciones del nuevo campo (Schwartz y Weis, 1977, 1978ab; Blanchard, 1977; Pomerleau y Brady, 1979); pero, todas ellas comparten una serie de aspectos básicos: interdisciplinariedad sistemática, investigación e intervención apoyadas en los procedimientos tradicionales de la terapia de conducta y la utilización de todo ello en el tratamiento y prevención de la enfermedad para la promoción y mantenimiento de estilos de vida sanos (Reig, 1981). A partir de la conferencia de Yale en 1977 se produce un importante crecimiento de este nuevo campo (McNamara, 1979; Schwartz y Beatty, 1977; Rachman, 1977, 1980; Basmajian, 1979); aparecen dos revistas especializadas, *Biofeedback and Self-regulation* en 1974 y el *Journal of Behavioral Medicine* en 1978. También en 1978 se crea la *Society of Behavioral Medicine* y, en un breve espacio de tiempo, se publican un verdadero aluvión de libros dedicados a este tema (William y Gentry, 1977; Pomerleau y Brady, 1979; McNamara, 1979; Davidson y Davidson, 1980; Ferguson y Taylor, 1980; Melamed y Siegel, 1980). El desarrollo de este campo ha sido y continua siendo enorme.

En cuanto a la *Psicología de la Salud (PS)*, es una especialidad estrechamente relacionada con la MC. Según la define Matarazzo (1980),

"es el conjunto de las aportaciones docentes, científicas y profesionales específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de correlatos etiológicos y diagnósticos de salud, enfermedad y disfunciones relacionadas, y la mejora de los sistemas de asistencia para la salud, así como para la configuración de políticas sanitarias" (pág. 815).

En 1978 se crea dentro de la APA una nueva división, la *división 38*, con el nombre de *Psicología de la Salud*. Al año siguiente se publica el primer libro con este nombre *Health Psychology: A handbook* (Stone, Cohen y Adler, 1979) y en 1982 aparece la revista *Health Psychology*, órgano oficial de la división 38.

Ya se ha señalado que la M.C. y la P.S. están estrechamente relacionadas, sin embargo, no son la misma cosa: según se desprende de la literatura especializada, habría que hablar de la *disciplina* de la P.S. y del *campo* de la M.C.. La M.C. es un gran campo interdisciplinar en el que se intentan conjugar los avances de muy diversas áreas, desde las ciencias biomédicas y comportamentales, hasta otras disciplinas relacionadas, como la antropología, la sociología o la economía... con el objetivo de comprender, tratar y prevenir la enfermedad, así como mantener, promover o intensificar la salud. Mientras que la P.S., como disciplina, se encarga de estudiar, canalizar, aplicar, valorar... cualquier avance que se produzca en las diversas áreas de la psicología (aprendizaje, personalidad, evaluación, psicobiología, modificación de conducta, psicología social...) que puedan resultar relevantes para ese gran campo que es la M.C. (Brownell, 1983, 1984; Taylor, 1986; Reig, Rodríguez y Mira, 1987; Botella, 1986, 1992; Botella, Ibáñez y Martínez, 1987; Donker, 1991; Agras, 1992).

2.1. Los posibilitantes de la Medicina Comportamental

En cuanto a los posibilitantes y el surgimiento del nuevo enfoque, según Brownell (1982), existen dos perspectivas fundamentales acerca de su origen. Una de ellas subrayaría la importancia de la Medicina Psicosomática, la otra daría una importancia central a la Terapia de Conducta. Para este autor, la cuestión a dilucidar será si el nuevo enfoque arranca de la medicina o de la psicología. Veamos en qué se basa Brownell para considerar estas dos perspectivas:

- a) Por una parte, retoma el planteamiento de Ferguson y Taylor (1980) (subrayando el hecho de que son dos psiquiatras), quienes indican que el campo de la M.C. debe sus fundamentos conceptuales y filosóficos a la medicina psicosomática, aunque reconocen que la tecnología, a nivel de procedimientos, la haya aportado la terapia de conducta.
- b) Por otra, apela a la postura de Melamed y Siegel (1980) (en este caso, dos psicólogos) quienes proporcionan una detalla

da descripción de los principios de la terapia de conducta e indican que el campo de la M.C. realmente surge cuando los terapeutas de conducta comienzan a centrar sus esfuerzos de investigación en los problemas "físicos".

Sin embargo, en opinión de Brownell, para comprender lo sucedido habría que añadir una tercera perspectiva...

- c) Esto es, las ideas de Pomerleau y Brady (1979) (curiosamente, un psicólogo y un psiquiatra) e indica Brownell que, quizás al tener representadas a estas dos profesiones se puede llegar a un compromiso: la M.C. sería una síntesis de ideas y procedimientos desarrollados tanto por investigadores del campo de la terapia de conducta, como por investigadores del campo de la medicina psicosomática.

Resulta interesante la visión de Brownell (y también compartimos su sentido del humor), sin embargo, esta postura refleja más el *cómo* y no tanto *por qué* aparece el nuevo enfoque. Para intentar dilucidar ese por qué, revisamos (Botella, Ibáñez y Martínez, 1987) las aportaciones de una serie de autores interesados en este tema (Reig, 1981; Blanchard, 1982; Agras, 1982; Elliott, 1983; Walker y Shelton, 1985; Delprato y McGlynn, 1986; Brownell, 1983; Matarazzo, 1980; Matarazzo y Carmody, 1983; Krantz, Gruberg y Baum, 1985; Taylor, 1984, 1986; Reig, Rodríguez y Mira, 1987). Al realizar la revisión, nos centramos en aquellos trabajos en donde hubiera una declaración explícita por parte de cada uno de los autores respecto a cuales eran, bajo su punto de vista, los factores que han posibilitado la emergencia, ya fuera de la M.C., ya fuera de la P.S.. Analizamos estos factores y los agrupamos a partir de un análisis racional de todos ellos. En las tablas números 1 y 2 se recogen los factores aislados .

En la tabla número 1 centrada en la M.C., encontramos un primer bloque en el que aparecen tres factores, dos de ellos, ampliamente reconocidos: los cambios ocurridos a lo largo de este siglo en las pautas de morbilidad y mortalidad y el creciente reconocimiento respecto a una etiología multifactorial de tales pautas. El tercer factor supone la toma en consideración de los planteamientos de la medicina psicosomática, aunque este factor no lo tendría en cuenta todo el mundo (quizás, por la razón aducida en el trabajo citado

de Brownell (1982)). Bajo nuestro punto de vista, estos hechos habrían posibilitado el estado de opinión necesario para que pudiera aparecer otro gran factor al que apelan la mayoría de autores: el surgimiento del modelo biopsicosocial (Engel, 1977).

TABLA 1.- Posibilitantes de la Medicina Comportamental

- * Cambios ocurridos en las pautas de morbilidad y mortalidad a lo largo de este siglo
- * Creciente reconocimiento respecto a una etiología multifactorial de tales pautas
- * Toma en consideración de los planteamientos de la Medicina Psicosomática
- * Incremento en los gastos de salud, sin que se observe un aumento paralelo en los beneficios obtenidos
- * Énfasis en la prevención y promoción de estilos de vida sanos.
- * Limitaciones existentes en la Medicina Psicosomática y la Psicología Médica
- * Reconocimiento de la necesidad de una colaboración interdisciplinar
- * Avances logrados en Terapia de conducta y Análisis aplicado de conducta
- * Desarrollo de las técnicas de biofeedback
- * Creciente reconocimiento entre los profesionales de la medicina de la utilidad de las técnicas comportamentales

Después nos encontramos con dos factores que también son ampliamente subrayados: el reconocimiento de que, aún incrementándose vertiginosamente las inversiones gubernamentales en el área de la salud (en los países desarrollados), no se observa un aumento paralelo en los beneficios obtenidos ; y, asociado con esto, se encuentra el énfasis tremendo dado a la prevención, junto con una insistencia notable en promocionar determinados estilos de vida considerados "sanos".

Inmediatamente llegamos a otros dos factores, el primero de ellos subraya las limitaciones existentes en el ámbito de la medicina psicosomática y la psicología médica, y no es recogido por todos

los autores. El segundo, con una aceptación mucho mayor, se refiere al reconocimiento de la necesidad de una colaboración interdisciplinaria, para abordar de un modo más adecuado los problemas existentes en el área de la salud.

Por último, se reflejan los avances logrados en terapia de conducta y análisis aplicado de conducta, el desarrollo de las técnicas de BF y un creciente reconocimiento entre los profesionales de la medicina, de la utilidad de las técnicas comportamentales.

En suma, la medicina, una vez logrados notabilísimos avances en numerosas áreas, se encuentra ante un estado de hechos a los que no puede hacer frente con los planteamientos teóricos del modelo médico tradicional². Estos hechos, junto a desarrollos logrados en otros campos (en este caso, la teoría de sistemas,) permiten que se estructuren otros planteamientos teóricos (el modelo biopsicosocial) que resultan más adecuados para hacer frente a los problemas existentes. Además, los defensores del nuevo modelo dentro del ámbito de la medicina, antes que nada, habrían analizado la posibilidad de dominar esta situación problemática recurriendo a disciplinas de su propia área de conocimientos (la medicina psicosomática). Al no encontrar aquí una respuesta satisfactoria, era necesario considerar una alternativa multidisciplinaria. En el caso de la psicología, estaba claro que el enfoque que se había desarrollado lo suficiente como para aportar algo importante a este campo (en

² A este respecto queremos recordar un trabajo de Eisenberg (1986) en el que se afirma que, incluso actuando en su propio territorio, el modelo médico tradicional no es capaz de explicar totalmente la patogénesis de la enfermedad. Para ello, este autor recurre a los trabajos de Glassroth, Robins y Snider (1980) y McKeon (1976) y recuerda que, aunque el bacilo de Koch es una condición necesaria para que aparezca la tuberculosis no es una condición suficiente. De todos los individuos con un resultado positivo en la prueba de la tuberculina, solo una minoría presenta los síntomas y signos del desorden clínico como tal. Además, la tuberculosis varía, no solo en función de la edad, el sexo y la raza, sino también dependiendo del tipo de vivienda y la clase social. Finalmente, señala que a lo largo de los 40 años anteriores a que Koch descubriera el bacilo, la tasa de mortalidad de la tuberculosis había descendido a la mitad debido a las mejoras introducidas en alimentación y vivienda, y, de nuevo, esta tasa se reduciría a menos de la mitad durante los siguientes 60 años, también antes de que se descubriera la quimioterapia eficaz.

cuanto a posibilidades de intervención) era la terapia/modificación de conducta, y aquí habría que recordar el auge que, en esos momentos, estaban cobrando las técnicas de B.F.. Como apuntan Franks y Wilson (1978), los procedimientos de B.F.,

"con independencia de su utilidad clínica real, proporcionan una herramienta básica de investigación y un modelo conceptual para estudiar la influencia de las variables psicológicas sobre los procesos de enfermedad física" (pág. 304).

De este modo, el B.F. se pudo ver en esos momentos como un posible puente de unión que permitiera salvar la dicotomía mente/cuerpo, o dicho de otro modo, un medio para estudiar algunas de las posibles interacciones que se planteaban a partir del modelo biopsicosocial. En definitiva, los planteamientos comportamentales proporcionaban algunas respuestas a los problemas existentes y, de ahí, que se tomaran en cuenta. Dudamos mucho que en caso contrario se hubiera considerado la posibilidad de un enfoque multidisciplinar.

Para evitar posibles malentendidos, quisiéramos añadir algo más antes de terminar este epígrafe. En absoluto pensamos que las aportaciones que puede hacer la psicología al campo de la M.C. deban quedar restringidas a los avances logrados en terapia/modificación de conducta ni a las técnicas de B.F.. Ya se llamó la atención sobre este punto hace unos años (Schwartz y Weiss, 1977) y estamos totalmente de acuerdo. Es la psicología toda la que debe aportar sus conocimientos a este nuevo campo si se quieren lograr progresos significativos. De hecho, eso es lo que se supone que hace la P S

2.2. Posibilitantes de la Psicología de la Salud

Respecto a la P S, en la tabla número 2 se encuentran reflejados los factores que, según los autores consultados, han permitido la aparición de esta disciplina. Como puede verse en la tabla, los factores son, básicamente, los mismos que en el caso de la M.C., solo se producen variaciones en el sentido siguiente:

- a) No está ya presente la reflexión respecto a las limitaciones de la medicina psicosomática y de la psicología médica.
- b) No se subrayan los avances en terapia de conducta, análisis aplicado de conducta y desarrollo de las técnicas de B.F.
- c) Frente a lo anterior, se insiste en mayor medida en un progresivo reconocimiento por parte de los profesionales de la medicina, del valor de las técnicas comportamentales.
- d) Se subraya el apoyo institucional y consideraciones respecto a más puestos de trabajo y más recursos.

TABLA 2.- Posibilitantes de la Psicología de la Salud

- * Cambios ocurridos en las pautas de morbilidad y mortalidad a lo largo de este siglo.
- * Creciente reconocimiento respecto a una etiología multifactorial de tales pautas.
- * Incremento en los gastos de salud, sin que se observe un aumento paralelo en los beneficios obtenidos.
- * Énfasis en la prevención y promoción de estilos de vida sanos.
- * Reconocimiento de una necesidad de una colaboración interdisciplinar.
- * Creciente reconocimiento entre los profesionales de la medicina de la utilidad de las técnicas comportamentales.
- * Apoyo institucional y consideraciones pragmáticas respecto a más puestos de trabajo y más recursos.

En definitiva, no existen diferencias centrales respecto a los posibilitantes de la M.C. y la P.S. La cuestión fundamental sigue siendo la misma, el reconocimiento general de una *crisis profunda en el sistema de salud* pone de manifiesto el *agotamiento del modelo médico tradicional* y la *necesidad de una nueva alternativa* que permita desarrollos acordes con la *nueva conceptualización de la salud* planteada por la O.M.S. (1978), pues, la salud ya no es entendida como ausencia de enfermedad, sino, un estado de completo bienestar físico, mental y social (Ortiz, 1994). El nuevo marco teórico será el denominado modelo biopsicosocial (Engel, 1977) y, desde esa perspectiva, se plantea la necesidad de una colaboración inter-

disciplinar. Como ya hemos señalado, la terapia/modificación de conducta en esos momentos está preparada para aportar algunas soluciones y el B.F. se presenta como una herramienta de trabajo con grandes posibilidades para ese nuevo marco conceptual. Los restantes factores nos parecen aspectos que han podido ayudar, pero que no son centrales. En este sentido, recordemos cómo el análisis de Matarazzo y Carmody (1983) o el de Taylor (1986) respecto a la P.S., fundamentalmente, gira en torno al modelo biopsico-social. Estamos de acuerdo con estos autores respecto a la importancia que tiene la aparición y el desarrollo del modelo biopsicosocial, además, bajo nuestro punto de vista, esto da lugar a importantes implicaciones sobre las que, quizás, no hemos reflexionado suficientemente, ya que (como intentaremos mostrar más adelante en este trabajo) pueden influir en las actuaciones concretas que realicemos en nuestra práctica profesional.

2.3. El modelo biopsicosocial

El trabajo de Engel (1977): *"La necesidad de un nuevo modelo médico: Un reto para la biomedicina"*, supone una notable crítica para el modelo médico tradicional al que este autor llega a calificar de "dogma" y critica duramente por sus planteamientos simplistas, reduccionistas y mecanicistas. Engel se apoya en la teoría de sistemas (Bertalanffy, 1968) e insiste en que los factores biológicos son condiciones necesarias pero no suficientes en el inicio de una enfermedad. En su opinión, cualquier enfermedad es el resultado de complejas interacciones entre variables biológicas, psicológicas y sociales, las cuales, conjuntamente, explican las variaciones que se producen en el inicio, la severidad y el curso de cualquier enfermedad. Si no las tomamos en cuenta, nos limitamos a nosotros mismos absurdamente para encontrar soluciones más satisfactorias que las logradas hasta el momento.

Engel no ha sido ni el primero ni el único autor³ que ha cues-

³ Otros autores, previamente, ya habían mostrado su preocupación por este tema (Guzé, Matarazzo y Saslow, 1953; Brody, 1973; Fabrega, 1973, 1975, 1976; Lalonde, 1974; Eisenberg, 1977; Leigh y Reiser, 1977; Lipowski, 1977), aunque sí es verdad que Engel es el autor más ampliamente citado.

tionado el modelo médico tradicional, McHugh y Vallis (1986, pág. 2) recopilan una serie de críticas realizadas a este modelo por parte de distintos autores (Mechanic, 1978; 1980; Fabrega, 1973, 1975, 1976; Fabrega y van Egeren, 1976; Kleinman, 1980; Kleinman, Eisenberg y Good, 1978; Eisenberg, 1977; Eisenberg y Kleinman, 1981; Barondess, 1979; Lipkin, 1981; Chrisman y Kleinman, 1983; Marsella y White, 1984; Leigh y Reiser, 1985; Levine, Feldman y Elinson, 1983):

- a) Que la salud, en el sentido social (y según la definición de la O.M.S.), está determinada por medidas de salud públicas, condiciones sociales y conductas de salud personales.
- b) Que, en muchos casos, la búsqueda de ayuda centrada en un profesional de la medicina está motivada por un malestar (*distress*) personal, asociado con problemas en el "vivir cotidiano", que ocurre en ausencia de una enfermedad (*disease*)⁴ y está moldeada por un trasfondo cultural y experiencias pasadas de aprendizaje.
- c) Que, en general, la medicina trata pobremente la experiencia de enfermedad (*illness*) por parte de los pacientes, y particularmente en ausencia de una enfermedad (*disease*) y que, en base a su enfoque biomédico, puede empeorar esa experiencia de malestar (*distress*) que tiene el individuo.
- d) Que el sistema de salud occidental está basado en la asistencia hospitalaria y orientado hacia un modelo de actuación en donde se insiste más en solucionar problemas agudos.
- e) Y, finalmente, que otras disciplinas de las ciencias sociales y de profesiones relacionadas con la salud deberían involucrarse totalmente para proporcionar los servicios de salud y que, además, existen barreras para esta incorporación tanto en la organización como en la práctica de la asistencia médica.

El panorama resulta bastante claro, ahora bien, esto no significa que haya que devaluar los enormes éxitos logrados por la medicina.

⁴ Dado que, desgraciadamente, en castellano no disponemos de una traducción adecuada para diferenciar los términos *disease* e *illness* (en inglés ambos términos significan enfermedad), los mantendremos en cursiva a lo largo de todo el trabajo. Más adelante justicaremos esta distinción.

Como acertadamente señalan McHugh y Vallis (1986), es necesario recordar que la potente maquinaria de la medicina ha triunfado en muchas áreas al llegar a descubrir las bases patofisiológicas de numerosas enfermedades y establecer, además, el tratamiento adecuado. Aunque estos autores también añaden que si nos situamos en,

"la perspectiva de que gran parte del sufrimiento y enfermedad humanos surgen fuera del ámbito de intereses definido de la medicina el énfasis en los avances biomédicos resulta mucho menos impresionante" (pág. 2).

La aportación fundamental de esta nueva orientación es el reconocimiento de que los tres grupos de variables (biológicas, psicológicas y sociales) no son independientes: la salud y la enfermedad serán el resultado de complejas interacciones que se produzcan entre todas ellas y, además, la dificultad que implica la comprensión de las relaciones dinámicas entre la salud y la enfermedad no hace más que poner de manifiesto la enorme complejidad de la naturaleza humana. (Ortiz, 1994).

Por otra parte, también de todo lo dicho se desprende la relevancia que tiene para el tema que nos ocupa el constructo conducta de enfermedad (*illness behavior*) (Mechanic, 1962) y la distinción *disease-illness*. Más adelante volveremos sobre estos puntos.

3. LA JUSTIFICACIÓN PARA CONVERTIRSE EN UNA DISCIPLINA DISTINTA A LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

3.1. Características definicionales de la psicología de la salud y tareas del psicólogo de la salud

Tanto si atendemos a la definición de Matarazzo (1980), como si recurrimos a análisis más recientes (Sarafino, 1994), concluimos que la P.S. se debe ocupar de:

- 1) La promoción y el mantenimiento de la salud.
- 2) La prevención y el tratamiento de la enfermedad.
- 3) La identificación de correlatos etiológicos y diagnósticos de salud, enfermedad y disfunciones relacionadas

- 4) La mejora de los sistemas de asistencia para la salud y la configuración de políticas sanitarias.

En suma, esto es lo que se supone debería hacer la P.S. Pero, ¿es esto lo que hace? Como, recientemente, ha puesto de manifiesto Echeburúa (1993) no parece existir acuerdo respecto al campo semántico de la P.S., este término se ha utilizado en distintos sentidos: como punto de referencia del papel de la psicología como ciencia y como profesión en la medicina (Matarazzo, 1980); como sinónimo de medicina comportamental (Bayès, 1985); como sustituto del término psicología clínica (Reig, 1985); o como un término que comprende y amplía el de psicología clínica (Maciá y Méndez, 1988). Para clarificar el verdadero campo semántico de la P.S., Echeburúa (1993) lleva a cabo un análisis de contenido de los textos publicados en España respecto a este tema en los últimos seis años, y obtiene una serie de conclusiones que, por su interés, reproducimos:

- 1) Se aprecia una abundante productividad española en este campo y con una calidad científica más que aceptable.
- 2) Existe un importante confusiónismo conceptual en el ámbito de la P.S..
- 3) Se echa en falta un análisis conceptual serio que justifique por qué se incluyen unos temas y se excluyen otros (aunque aquí, añade Echeburúa que esta debilidad habría que atribuir-la antes a la P.S. que a los autores de los textos estudiados).
- 4) Existe una presencia excesiva de capítulos centrados en las enfermedades somáticas; aunque, programáticamente, desde la P.S. se insiste en la necesidad de centrarse en la promoción de la salud y/o en la prevención primaria de las enfermedades.
- 5) Muy relacionado con lo anterior, se observa que la P.S. propuesta hasta la fecha se ocupa muy poco de la salud y, cuando lo hace, se limita a plantear una serie de formulaciones vagas, inconexas y fragmentarias.
- 6) Se observa una tendencia, en algunos de los autores estudiados, a ocuparse de enfermedades muy heterogéneas y pertenecientes a sistemas del organismo muy distintos. Esto es, se tiende a abarcar excesivamente con el peligro que ello implica respecto a la necesidad de abordar un campo de estudio con el necesario rigor.

A la vista de todo lo anterior, Echeburúa, concluye, por una parte, que la psicología de la salud es, más bien, una psicología de la enfermedad (y, básicamente, de la enfermedad física) y, por otra, que tal y como está enfocada, lo que hace es justificar la dicotomía mente-cuerpo. Todo ello da lugar a un *impasse* conceptual de muy difícil salida.

Por nuestra parte añadiremos que el análisis de otros textos recientes (Pitts y Phillips, 1991; Bishop, 1994; Sarafino, 1994), no hacen variar en gran medida las conclusiones de Echeburúa. La P.S., de momento al menos, sigue siendo más una psicología de la enfermedad; y, aunque los títulos de los libros subrayan la necesidad de superar el dualismo mente-cuerpo (Bishop, 1994) su contenido lo que hace, de hecho, es seguir manteniendo abierta la dicotomía.

En cuanto a tareas que puede/debe desarrollar el psicólogo de la salud, recientemente (Bishop, 1994), se ha insistido en tres grandes líneas de acción:

- 1) *Investigación*. Bishop indica que la investigación debe ser la actividad fundamental del psicólogo de la salud. Aquí se incluyen como temas: desde los estudios centrados en la prevención (ej. conducta de fumar, SIDA); o en el desarrollo de nuevas estrategias de intervención (para abordar, por ejemplo, la hipertensión esencial) y la evaluación la eficacia de distintas alternativas de tratamiento; el análisis de los factores asociados al desarrollo de la enfermedad; (ej. el estrés); o, finalmente, estudios relacionados con el sistema de salud o la política sanitaria (ej. efectos de la hospitalización).
- 2) *Aplicación de los conocimientos o intervención*. Bishop insiste en que, aunque la investigación resulta fundamental, sin esta línea aplicada, la disciplina solo tendría un interés académico y llega a afirmar que,

"la mayor contribución de los psicólogos de la salud al área de la salud física ha sido aplicar los resultados de investigación y las técnicas comportamentales, tanto a la prevención, como al tratamiento de la enfermedad" (pág. 11).

- 3) *Enseñanza*. Muchos psicólogos de la salud desarrollan su actividad en ambientes académicos imparten cursos o seminarios o forman a otros psicólogos de la salud.

Al analizar con cierto detenimiento, tanto los puntos defendidos programáticamente por la P.S., a los que anteriormente hemos hecho referencia, como las tareas a las que se dedica un P.S. la impresión a la que llegamos es que la P.S. no se aleja mucho de lo que tradicionalmente se ha entendido como Psicología Clínica y las tareas del psicólogo clínico. Veamos.

3.2. Características definicionales de la psicología clínica y tareas del psicólogo clínico

Reiteradamente se ha señalado la dificultad que existe para definir la P.C., ya que se trata de una disciplina que ha crecido tanto, y en tantas direcciones, que cualquier intento por describirla puede resultar demasiado vago o demasiado estrecho (Bernstein y Nietzel, 1980)⁵. Además, esta dificultad definicional ha dado lugar a cierta confusión e incluso ha hecho pensar a los psicólogos clínicos si la enorme expansión de sus límites no haría que quedarán obsoletas las nociones clásicas respecto a esta disciplina (Nietzel, Bernstein y Milich, 1991). Sin embargo, no parece ser este el caso, se sigue defendiendo (Bernstein y Nietzel, 1980, Nietzel *et al.*, 1991):

- 1) Que la P.C. es una especialidad dentro de la psicología. Ello implica que los psicólogos clínicos están interesados en la conducta; pero, a diferencia de otros psicólogos, los clínicos estudian casi exclusivamente la conducta humana.
- 2) Los psicólogos clínicos investigan la conducta humana e intentan aplicar en la práctica esos conocimientos.
- 3) Los psicólogos clínicos evalúan o miden las capacidades y características de los seres humanos.
- 4) Los psicólogos clínicos ayudan (aplican un tratamiento) a las personas que tienen problemas psicológicos.

⁵ Bernstein y Nietzel, 1980 citan Hoch (1962, pág. 5) quien afirmó, refiriéndose a la P.C. 'este campo no ha estado en reposo el tiempo suficiente como para poder mirarlo con cierto detenimiento'

- 5) Una característica fundamental de la P.S. es lo que se ha denominado la *actitud clínica* o el *enfoque clínico* (Korchin, 1976). Esto es

"que los psicólogos clínicos combinan el conocimiento generado por la investigación clínica y de otro tipo con los propios esfuerzos a la hora de evaluar a una persona particular para poder entenderla y ayudarla" (Bernstein y Nietzel, 1980, pág. 3).

- 6) En estrecha relación con la característica anterior, los psicólogos clínicos aprecian y, a veces, participan en estudios nomotéticos, pero su interés fundamental se centra en el nivel idiográfico. Les preocupa entender cómo se plasman los principios y leyes generales en la vida y en los problemas de una persona concreta.

De todas las características anteriores, el aspecto fundamental que caracteriza a la P.C. es precisamente la actitud clínica, la preocupación por ayudar a aquellos que tienen problemas. Por tanto, al psicólogo clínico le interesará aprender acerca de la conducta (y, básicamente, acerca de la conducta problemática), pero, a diferencia de otros profesionales, *intentará hacer algo al respecto*. Es esta combinación de investigación, evaluación, e intervención dirigidas a comprender la conducta y el malestar humanos desde una perspectiva individual, dentro de una disciplina única, lo que constituye la esencia fundamental de la P.C. (Bernstein y Nietzel, 1980, Nietzel *et al.* 1991)

En cuanto a las tareas del psicólogo clínico, también se sigue defendiendo (Bernstein y Nietzel, 1980, Nietzel *et al.*, 1991) que este profesional puede realizar tareas de

- 1) Evaluación
- 2) Tratamiento
- 3) Investigación
- 4) Enseñanza
- 5) Consultoría
- 6) Administración y organización

Además, el psicólogo clínico trabaja en muy diversos ambientes, desde universidades hospitales psiquiátricos y generales centros de salud centros de tratamiento infantil, centros de tratamiento para

alcohólicos, prisiones, en el ejército, en centros de rehabilitación, en orfanatos... Finalmente, en cuanto al tipo de cliente/paciente que, generalmente, ve el psicólogo clínico se insiste en que,

"los problemas de los clientes a menudo son muy complejos, y frecuentemente son el resultado de una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales, por lo tanto, el psicólogo clínico no siempre trabaja de forma independiente" (Nietzel, et al., 1991, pág. 11)

Una vez analizadas las características definicionales de la P.S. y de la P.C. y los roles a desempeñar por los profesionales que trabajan en estas disciplinas, es posible intentar dar respuesta a la pregunta con la que abrimos este epigrafe. ¿Está justificada la necesidad de una disciplina distinta a la P.C.? O dicho de otro modo, ¿es necesario introducir una nueva denominación?

Si nos centramos en las tareas a desempeñar por el P.S. la respuesta, claramente, es no, ya que las tareas que allí se consideran están contenidas sobradamente por aquéllas que puede y debe desempeñar el psicólogo clínico. Por lo que respecta a investigación, no solo se contempla este punto como una de las raíces que explican el surgimiento de la P.C., sino que la insistencia en tareas de investigación, desde siempre, ha sido un puntal fundamental en este ámbito (Bernstein y Nietzel, 1980; Pelechano, 1988). Buena prueba de ello es el informe Shakow (1942, 1947) con sus recomendaciones acerca de la formación como científico del psicólogo clínico. En cuanto a la intervención aplicada ¿qué es posible decir? El clínico se interesa por la conducta humana, fundamentalmente, por la conducta problemática y la contempla, además, con una actitud clínica, esto es, desea hacer algo al respecto. Tampoco creemos que aporte aquí algo nuevo la P.S. La misma conclusión se obtiene si analizamos la última de las tareas propuestas para el P.S. Nadie dudaría acerca de que la enseñanza también ha sido, desde siempre, una de las tareas fundamentales del psicólogo clínico.

Vistas las tareas y las conclusiones negativas obtenidas, tendremos que centrarnos ahora en las características definicionales. Como aspectos centrales que pueden resumir estas características definicionales, tenemos:

1) En primer lugar, la P.S. se ocupa de la salud mientras que la P.C. se centraría en la enfermedad. Y, junto a ello, el énfasis en la prevención. Recientemente, incluso se ha formulado un modelo apelando a estos puntos (Santacreu, 1991) que pudiera servir para diferenciar estas dos disciplinas: la P.S. (más cercana a la medicina preventiva) se ocuparía de la salud y sus intervenciones se centrarían en la prevención; mientras que la P.C. (más cercana a la medicina) se ocuparía de la enfermedad y sus intervenciones se centrarían en el tratamiento. A este respecto, queremos recordar de nuevo la distinción puesta de manifiesto por Echeburúa (1993) entre lo que se "dice y lo que se hace". No está claro que los psicólogos de la salud se centren prioritariamente en aquello que podría servir para diferenciarles de otros profesionales, esto es, la salud. Bien al contrario, en buena medida, siguen llevando a cabo una psicología de la enfermedad.

Por otra parte, también queremos subrayar que el énfasis en la prevención (y de manera fundamental, el objetivo de lograr una verdadera prevención primaria) no es algo nuevo que aporte la P.S. La idea estaba ya tan presente en los planteamientos iniciales de la Psicología Comunitaria que se la llegó a considerar como el *summum bonum* de la disciplina (Bernstein y Nietzel, 1980); aunque, posteriormente, no se obtuvieran grandes éxitos (Cowen, 1977; Forgays, 1983), e, incluso, estaba ya presente (aunque no estuviera tan elaborada) en el nacimiento de la P.C.. Como acertadamente señalan Bernstein y Nietzel (1980), los primeros trabajos de Witmer centrados en niños ya ponen de manifiesto el interés por prevenir futuros problemas⁶.

Por tanto, no es posible diferenciar La P.C. y la P.S. en base a la idea de prevención. Ya que el psicólogo clínico puede y debe hacer prevención (y, además, dependiendo del ámbito en el que se mueva, prevención terciaria, secundaria o primaria). No podemos imaginar a un psicólogo clínico seno que: no intente ser lo más eficaz

⁶ Algo similar cabría decir respecto a otro punto que se considera importante en el nuevo enfoque: la interdisciplinariedad. Al solicitar la opinión de otros expertos, Witmer también habría enfatizado y promocionado lo que después se denominó "trabajo en equipo" (Bernstein y Nietzel, 1980).

posible a la hora de aplicar los tratamientos; que no establezca las estrategias oportunas para alejar (o conjurar) el fantasma de las recaídas; que no se esfuerce por reducir las consecuencias negativas del trastorno a corto, medio y largo plazo; que no plantee las directrices oportunas que permitan la detección y el diagnóstico precoz de determinados problemas; que no intente modificar los factores patogénicos del ambiente; o que no se esfuerce por aumentar los recursos personales de su cliente... Como ya dijimos en otro lugar (Botella, 1986), la psicología comunitaria nos proporcionó herramientas que han sido incorporadas a nuestro quehacer cotidiano y, en estos momentos, es bastante rutinaria la utilización de paraprofesionales, la educación de padres y de otras personas que prestan sus servicios en la comunidad, la intervención familiar, las estrategias de diseminación de resultados, la acción social...

2) En segundo lugar, tenemos la mejora de los sistemas de asistencia para la salud y la configuración de políticas sanitarias. Tampoco aquí se podría afirmar que se trate de temas absolutamente nuevos. Por una parte, la puesta en marcha y el desarrollo de la P.C., ya supuso cambios fulgurantes en cuanto a los sistemas de asistencia para la salud, las decisiones de política sanitaria y las tareas que podían llevar a cabo los psicólogos que trabajaran en aquella nueva disciplina (eso sí, centrados en la salud "mental"). Pero, más adelante, otros desarrollos (y, de nuevo, habría que apelar a la psicología comunitaria) también dieron lugar a importantes cambios en la prestación de servicios y sirvieron de base para diseñar y estructurar nuevas políticas acerca de la salud⁷. Todo ello quedó insertado, de algún modo, en el quehacer de la P.C. e hizo que definitivamente se modificaran y se ampliaran, tanto sus *modos de intervención*, como sus *ámbitos de aplicación*.

3) En tercer lugar, en cuanto a la identificación de correlatos etiológicos y diagnósticos de salud, enfermedad y disfunciones relacionadas. Como ya hemos señalado, creemos que estas son las actividades rutinarias que puede llevar a cabo un psicólogo clínico desde el ámbito de la investigación y desde la práctica aplicada.

⁷ No en vano se ha calificado a la psicología comunitaria como la tercera revolución en salud mental (Bernstein y Nietzel, 1980).

La única diferencia que encontramos es que, desde la P.S., quizás se insista, programáticamente, en mayor medida en la palabra salud.

A lo anterior habría que añadir una observación. ¿Qué decir de los tipos de relaciones que deben establecerse no ya entre la P.S. y otras disciplinas de la psicología; sino con aquéllas que pertenecen a nuestra misma área de conocimientos?. Ya que aborda la salud y la enfermedad (¿física?) humanas, ¿se interesa el psicólogo de la salud del mismo modo que el psicólogo clínico, y está *formado de la misma manera* respecto a disciplinas tan centrales para su actividad como: psicopatología, psicodiagnóstico, psicología diferencial, personalidad⁸ y tratamientos psicológicos?. Si la respuesta es no, desgraciadamente, tenemos que llegar a la conclusión de que se están malgastando años de investigación y experiencia y, quizás, se esté formando inadecuadamente a los profesionales de la nueva disciplina (y, consecuentemente, éstos puede que no utilicen todas las armas que debieran). Prueba excelente de las posibilidades de acción que existen en este ámbito, la tenemos en un reciente trabajo llevado a cabo en nuestro país sobre estrés, salud y personalidad (Pelechano, Matud y de Miguel, 1994).

4) Quedaría por hacer una última reflexión acerca de este tema. Reiteradamente se ha insistido en que la P.S. desea cerrar la brecha y superar la dicotomía mente-cuerpo⁹. En el análisis de Echeburúa ya se constató que esta afirmación no pasaba de ser un eufemismo y hemos visto que las mismas afirmaciones de la P.S. acerca de que ella se ocupa de la "salud física" (o de los defensores de esta perspectiva), ponen de manifiesto la contradicción insalvable en la que está envuelta: ¿Como es posible afirmar desde la P.S. que se ha salvado el problema mente-cuerpo y a la vez subrayar que el elemento diferenciador respecto a la P.C. es el hecho de trabajar en el ámbito de la salud física?.

⁸ Acerca de este punto queremos subrayar el énfasis que está tomando de nuevo el tema de la personalidad (Haynes y Uchigakiuchi, 1993; Clark, Watson y Mineka, 1994; Jansen Artz, Merckelbach y Mersch, 1944; Kirmayer, Robbins y Paris, 1994; Trull y Sher, 1994; Watson, Clark y Harkness, 1994; Widiger y Costa, 1994). Como ya señalamos en otro lugar (Botella, 1988), nos parece una cuestión central que durante demasiado tiempo había quedado olvidada.

⁹ A este respecto queremos señalar que se ha levantado alguna voz cuestionando hasta qué punto puede resultar adecuado ese objetivo (Belloch, 1993).

En relación a este tema, nos parece oportuno recordar las razones que planteaban Schwartz y Weiss (1977, 1978a) para no incluir en su primera definición de la M.C. la psicosis y la neurosis. Como bien señalan Franks y Wilson (1978),

"el énfasis en los aspectos comportamentales de los trastornos clínicos tradicionales (ej reacciones neuróticas, desviaciones y disfunciones sexuales y similares) en cuanto conducta ha sido duramente ganado" (pág. 305)

Efectivamente, podía constituir un riesgo que los éxitos logrados en estas áreas se minusvaloraran o se diluyeran al plantear un enfoque multidisciplinar. No obstante, hay que recordar que Schwartz y Weiss (1978b) pronto modificaron su definición, indicando que al excluir estos desórdenes (tradicionalmente incluidos en el ámbito de la "salud mental") daban pie a un dualismo mente-cuerpo, y en su definición posterior ese punto había desaparecido. No entendemos, por tanto, como desde la P.S. no se presta la atención suficiente a los planteamientos de autores clásicos en este ámbito.

De la misma forma, tampoco hemos entendido nunca por qué en los textos del nuevo enfoque no se han incluido más sistemáticamente trabajos sobre agorafobia, hipocondría, o estrés post-traumático... Si la respuesta es que estos son problemas de "salud mental", nos parece una mala respuesta. A este respecto conviene recordar algunos de los planteamientos recientemente defendidos en el DSM-IV (APA, 1994). Por ejemplo, la inclusión de la categoría *Condición médica general* y su diferenciación respecto a *Trastorno mental*.

"Se debería poner de manifiesto que éstos son meramente términos de conveniencia y no deberían ser tomados para implicar que existe cualquier distinción fundamental entre trastornos mentales y condiciones médicas generales, que los trastornos mentales no están relacionados con factores o procesos físicos o biológicos, o que las condiciones médicas generales no están relacionadas con factores o procesos comportamentales o psicosociales" (pág. xxv).

Lo mismo cabe señalar respecto a la inclusión de la categoría, *"Condiciones adicionales que pueden ser un foco de la atención*

clínica" (el enfatizado es nuestro), que supone no solo seguir considerando *Los factores psicológicos que afectan al estado físico (DSM-III-R)* o a una condición médica general (DSM-IV), y, por lo tanto, prestar atención a problemas que constituyen un tema importante de la P.S., como la adherencia al tratamiento; sino también abordar aspectos claramente centrales para el funcionamiento psicológico del ser humano como la aculturación, la identidad personal o los valores (Ibáñez, 1990).

Así como la reflexión que se realiza acerca de la denominación de *Trastorno mental*,

"Aunque este volumen se titule, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales el término trastorno mental, desafortunadamente, implica una distinción entre trastornos "mentales" y trastornos "físicos" que es un anacronismo reduccionista del dualismo mente-cuerpo. Una literatura convincente ha puesto de manifiesto que existe mucho "físico" en los trastornos "mentales" y mucho "mental" en los trastornos "físicos". El problema que plantea el término trastornos "mentales" ha sido mucho más claro que su solución, y, desafortunadamente, el término persiste en el título del DSM-IV debido a que no hemos encontrado un sustituto apropiado " (Pág. xxi)

Por nuestra parte, propondríamos el término de *trastornos psicológicos*, aunque teniendo en cuenta los importantes esfuerzos de "consenso", "acuerdos", "puesta en común" ... (además, de investigación seria y datos, afortunadamente) que han ido suponiendo en los últimos años la elaboración del DSM, no creemos que la aceptación de este término fuera unánime.

Por tanto solo cabría diferenciar entre la P.C. y La P.S. atendiendo a la idea de que la P.S. debe ocuparse de la salud, investigar y delimitar los factores asociados a la salud y al mantenimiento de la salud (Echeburua, 1993). Aunque, incluso en este caso, seguiríamos considerando a la P.S. como una subespecialidad de la P.C.. Otra opción implicaría un olvido absurdo e imperdonable de los conocimientos y las herramientas que casi un siglo de trabajo han podido decantar.

Abordar la idea de especialización puede ser algo importante. Pues, podría afirmarse que, precisamente, un criterio diferenciador

entre ambas disciplinas (atendiendo, aunque fuera, a consideraciones pragmáticas) sería la necesidad de especialización. Esta respuesta tampoco nos convencería. Obviamente, estamos a favor de la especialización. Pero, una especialización dicotómica y arbitraria entre lo físico y lo mental, no solo no resuelve el tema, sino que da lugar a problemas. Veamos.

En estos momentos, (dado el rápido avance de los conocimientos y la enorme cantidad de publicaciones sobre casi cualquier tema) resulta bastante difícil "saber algo de algo". Es difícil estar al día respecto a un determinado problema (ej. la anorexia); conocer los puntos débiles y fuertes o los aspectos ya vencidos, frente a los que se está todavía a oscuras; estar preparado para intervenir adecuadamente proporcionando las estrategias que han demostrado ser útiles; ser capaz de estructurar un diseño de investigación que aporte algo válido a esa parcela del saber... Cuánto más difícil resulta, si lo que abordamos es más de un problema (ej. anorexia, bulimia y obesidad); o si los problemas no están muy relacionados (ej. anorexia, estrés postraumático y esquizofrenia). Y, cuánto más, todavía, si hay que moverse en "aguas nuevas" y se toman en consideración problemas que dependen de sistemas orgánicos totalmente distintos (ej. cáncer, diabetes infantil e hipertensión esencial). Insistimos, pues, en la necesidad de especialización. Pero, una especialización mucho más profunda y delimitadora de márgenes de actuación, que la que se plantea actualmente entre lo físico y lo mental.

Bajo nuestro punto de vista, el psicólogo clínico se debe ocupar de la conducta humana. Investigar, evaluar y tratar *la conducta humana*. Hasta estos momentos se habría insistido en la conducta problemática; los nuevos avances teóricos (el modelo biopsicosocial) nos permiten afirmar que este profesional debe centrarse en los factores psicológicos que influyan en la conducta humana, ya sea en el sentido de la salud, ya sea en el sentido de la enfermedad (aunque, obviamente, es posible aceptar que una sub-especialidad pueda desear abordar, de forma fundamental, los factores asociados a la salud). Por tanto, no podemos estar de acuerdo con quienes plantean diferencias entre estas dos disciplinas en base a los distintos campos de aplicación (Pérez Álvarez, 1991); a los binomios

prevención-tratamiento, salud-enfermedad (Santacreu, 1991); al alcance de la intervención (Fierro, 1988); ni por "acuerdos o compromisos" más o menos tácitos (Ortiz, 1994).

Ya ha llovido mucho desde el surgimiento de la P.C. Su primera era ya ha pasado y la disciplina ha podido superar los momentos iniciales de "tutela psiquiátrica". Los cuarenta años siguientes a la segunda guerra mundial han constituido su segunda era y nadie puede dudar acerca del crecimiento, expansión de su radio de acción y notable éxito y prestigio alcanzados. Esta disciplina se encuentra en estos momentos en los inicios de su tercera era (Nietzel, *et al.*, 1991). Una era que implica una nueva y muy notable ampliación de su campo (de hecho, se trata del campo en el que previamente solo actuaban los profesionales de la medicina) para la que habrá que estar preparados, aunque no olvidemos que se llega bajo el paraguas protector de cien años de investigación, trabajo aplicado y actitud clínica.

Para delimitar los objetivos y los posibles modos de actuación en esa nueva era, quizás nos pueden ayudar, en alguna medida, las siguientes reflexiones

4. EL CONCEPTO DE CONDUCTA DE ENFERMEDAD Y LA DISTINCIÓN DISEASE-ILLNESS

Desgraciadamente, las referencias a las ideas de Mechanic (1962) en el campo de la M.C. han sido prácticamente inexistentes y, sin embargo, su concepto de conducta de enfermedad resulta un factor fundamental para comprender la importancia de las ciencias sociales y comportamentales en el área de la salud (Cott, 1986).

Para Mechanic (1986) el concepto de enfermedad se refiere a,

"unos modelos científicos limitados para caracterizar constelaciones de síntomas y las condiciones subyacentes a tales síntomas" (pág. 101).

Por el contrario, el concepto de conducta de enfermedad,

"describe las formas en que las personas responden a las indicaciones corporales y las condiciones bajo las cuales perciben

tales indicaciones como anormales... el modo en que las personas reciben los mensajes de sus cuerpos, definen e interpretan sus síntomas, realizan alguna acción para remediarlos y utilizan distintas formas de ayuda o el sistema formal de salud" (pág. 101).

Además, según Mechanic,

"las distintas percepciones, evaluaciones y respuestas a la enfermedad, a veces, tendrán un impacto dramático en el grado en el que los síntomas interfieren en la vida cotidiana, la cronicidad, el logro de una atención adecuada y la cooperación del paciente en el tratamiento" (pág. 101).

Por último, una premisa central respecto al constructo conducta de enfermedad, defendida por este autor es,

"que tanto la enfermedad como la experiencia de enfermedad, están moldeadas por factores psicológico-sociales, con independencia de sus bases genéticas, fisiológicas y otras bases biológicas"... "Definiciones culturales, desarrollo social y necesidades personales moldean la experiencia de enfermedad y el significado atribuido a los factores físicos que le sirven de base." (pág. 101).

Las ideas de Mechanic, anteriores a la aparición del modelo biopsicosocial, ya plantean claramente la necesidad de una colaboración interdisciplinar. Además, y por lo que a nosotros interesa, en opinión de algunos autores (McHugh y Vallis, 1986), dado que el concepto de conducta de enfermedad puede integrar las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de las experiencias que tenga una persona, puede convertirse en un modo útil de operacionalizar el modelo biopsicosocial y, de hecho, es lo que estos autores intentan hacer en su trabajo. Un sentido similar tiene el trabajo de Cott (1986) cuando intenta estructurar un modo concreto de actuación a partir de las ideas de Mechanic.

Tanto McHugh y Vallis (1986) como Cott (1986) proponen la conveniencia de diferenciar entre *disease* e *illness*. McHugh y Vallis recurren a la recomendación de Barondess (1979) en el sentido de utilizar el término *disease*,

"como un acontecimiento biológico, caracterizado por cambios anatómicos, fisiológicos o bioquímicos, o por alguna mixtura de ellos. Es una interrupción en la estructura y/o función de una parte o sistema del cuerpo" (pág. 375)

Por el contrario, *illness* se refiere a la experiencia subjetiva de malestar que puede estar relacionada o no con la presencia de una disfunción biológica determinada. Estos autores afirman que los médicos, fundamentalmente, están entrenados para tratar *disease* y no la experiencia de *illness*. Ahora bien, también entienden que los profesionales de la medicina deberían aceptar la distinción *disease-illness* como parte del modelo biopsicosocial y, a partir de ahí, poder abordar más adecuadamente los problemas de sus pacientes. Al hacer esto, evitarían caer en el error de etiquetar síntomas no específicos con el nombre de una enfermedad (*disease*) determinada, proceso que ha sido llamado "pseudoenfermedad" (Hellman, 1985) o "medicalización" (Cott, 1986). Con palabras de McHugh y Vallis (1986),

"para hacer más bien que daño, ellos (refiriéndose a los médicos) necesitan aprender cuándo no tratar biomédicamente, sino en lugar de ello, considerar aspectos psicosociales y tratamientos alternativos" (pág. 4)

Cott (1986) apoyándose en las aportaciones de distintos autores (Eisenberg, 1977; Barondess, 1979; Fedoravicus, 1981; Lipkin, 1981; Hellman, 1985), también subraya la necesidad de diferenciar entre *disease* e *illness*. Insiste en que el médico será el especialista preparado para tratar *disease*, mientras que el profesional de las ciencias de la conducta, será la persona que trate o, al menos,

"la que tiene el cuerpo de conocimientos, modelos, principios y técnicas para, potencialmente, tratar los determinantes no-disease de illness." (pág. 80)

En ese cuerpo de conocimientos incluye, desde el condicionamiento clásico y operante, hasta los procedimientos de reestructuración cognitiva. Además, Cott plantea un modelo interactivo en el que pretende explicar *illness* a partir de *disease* y distintas variables

psicológicas y sociales. Estamos de acuerdo con su planteamiento, ahora bien, en nuestra opinión, y apelando al modelo biopsicosocial, esas variables psicológicas y sociales no solo pueden estar causando *illness*, sino también *disease*. Hecha esta aclaración, solo añadiremos que el trabajo de Cott nos parece enormemente relevante y tiene importantes repercusiones para nosotros, ya que este autor llama la atención sobre el hecho de que en la actualidad el problema es *illness* y no tanto *disease*. O dicho de modo más exacto, los factores *no-disease* de *illness*.

Esto es lo que, al parecer (al menos, en algún grado), han olvidado algunos de los profesionales de la psicología que se mueven en el área de la salud (¿física?). Se diría que no recuerdan cuáles fueron los factores que posibilitaron la entrada en este ámbito. Como veíamos al principio del trabajo, fueron los cambios observados respecto a pautas de mortalidad y morbilidad (en el sentido de que disminuye *disease*); junto al reconocimiento de la pluricausalidad de tales pautas (algo que, en definitiva, atempera el papel que puede desempeñar el profesional de la medicina; dado que se apela a otras disciplinas); además de un notable incremento en los gastos de salud con pobres resultados (ahora diríamos una excesiva "medicalización" de numerosos problemas con el resultado obvio y esperable); lo que da lugar a que se plantee un marco teórico más amplio que, a su vez, permite que aparezca algo llamado M.C. o P.S.

Sin embargo (al menos, bajo nuestro punto de vista), se están gastando bastantes esfuerzos en intentar tratar directamente, desde el ámbito de la psicología, los factores *disease*. Nos gustaría que se nos entendiera bien, con esto no queremos decir en absoluto que los profesionales de la psicología deban abandonar campos en los que su labor puede resultar también fructífera y, a este respecto, cabe recordar los trabajos de Dworkin (1982) sobre escoliosis en adolescentes (titulado, precisamente, "Aprendizaje instrumental para el tratamiento de *disease*"), o el área bastante más compleja de la psiconeuroinmunología (Ader, 1981). Lo que deseamos poner de manifiesto es que focalizarse excesivamente en *disease* puede ser un lamentable error. Años de investigación psicológica nos han proporcionado poderosos instrumentos para enfrentarnos a los

factores *no-disease* de *illness*, y ya hemos visto que, en la actualidad, esos factores son aspectos centrales. ¿Cuántos problemas se "medicalizan" sin razón y se tratan con lo que ha sido calificado de placebo (Shapiro, 1979, Bayés, 1982)?, esto es, las drogas psicótropas. No es posible olvidar que hacer esto puede tener, a veces, un puro "efecto placebo positivo", o por el contrario, y más frecuentemente, puede producir un "efecto placebo negativo" (Brehm, 1976) que reafirmará a esa persona a nivel de *illness*.

Lo que planteamos es que, además de trabajos claramente relevantes para nuestro campo, como son todos los estudios dirigidos a identificar y modificar conductas de alto riesgo, o los trabajos sobre adherencia al tratamiento, o aquéllos dirigidos a preparar a una persona para una intervención dolorosa o estresante... (por no citar más que algunos ejemplos), cuando existan dudas respecto a centrar nuestra atención y esfuerzo en *disease* o en *illness*, claramente de momento nos centremos en *illness*. Decantarse por *disease* es factible, claro está (recuérdese que defendemos el modelo biopsicosocial), ahora bien, siendo bien conscientes de que hacer esto requiere un buen número de horas de estudio y preparación adicionales, que nos permitan mostrar eficacia en ese campo.

5. SALUD-ENFERMEDAD, VIDA-MUERTE

No queremos terminar este trabajo sin hacer una última puntualización. El lector habrá observado que constantemente han aparecido los términos *disease* e *illness*. Quizás este hecho le ha llevado a la conclusión errónea de que nos decantamos por un modelo de enfermedad, antes que por un modelo de salud. Nada más lejos de la realidad. Hemos tomado estos términos como una distinción, que pensamos puede resultar útil, para estructurar objetivos de trabajo a corto y medio plazo, y objetivos algo más lejanos. Quizás, del mismo modo que el siglo XX ha sido testigo del éxito de la medicina para erradicar numerosas enfermedades (*disease*), el siglo XXI sea testigo de la notable contribución de la psicología para erradicar importantes parcelas de sufrimiento humano (y con ello nos referimos en primer lugar a *illness*, aunque no olvidamos *disease*).

Para que nuestra postura global hubiera quedado claramente definida, habría sido necesario analizar también el término salud y todo lo que ello conlleva; pero, siendo realistas eso requiere la elaboración de otro trabajo, aquí solo nos es posible apuntar pequeñas pinceladas

El ser humano en su vivir cotidiano sufre la influencia y/o da lugar a la aparición de una serie de variables (biológicas, psicológicas y sociales) que, conjuntamente, pueden dar lugar a salud o a enfermedad. Se ha avanzado bastante en la conceptualización de la enfermedad y en la comprensión de la combinación de variables que pueden explicarla (incluso, en algunos casos, se sabe cuáles son las variables determinantes y en qué medida influyen). Sin embargo, aunque se han producido ya intentos para abordar la conceptualización de la salud (Schwartz, 1983; Ribes, 1990), sigue siendo oscura la combinación de variables que da lugar a salud y a vida. La verdad es que aquí estamos todavía en pañales y no hemos hecho más que comenzar a pergeñar algunos de los factores de los que esto puede depender (ej. Antonovsky, 1981, 1991; Kobasa y Maddi, 1977; Kobasa, 1982). Precisamente, una importante crítica que se ha hecho a la P.S. es el poco interés mostrado hacia estos temas, aún a pesar de que ha habido ya tiempo suficiente para hacerlo (Echeburúa, 1993).

Ahora bien, si se medita acerca de conceptos como salud y enfermedad; vida y muerte. ¿Es posible afirmar que son cosas tan distintas?. Como recuerda Blanco Picabia (1992), "el hombre es un ser enfermo de la muerte desde que nace" (pág. 15). Es verdad, en realidad, todos somos enfermos terminales, aunque no sepamos cuando llegaremos a término.

Quizás la salud y la enfermedad... la vida y la muerte sean cosas bien diferentes; pero, pensamos que algunos puntos de contacto sí deben existir entre ellas. ¿Pues, qué es el vivir sino solucionar retos y problemas continuamente?. La muerte puede entenderse como el fracaso en encontrar soluciones o el no querer ya encontrar soluciones. ¿Podemos olvidar aspectos tan fundamentales para el triunfo de la vida como la evolución y la selección natural; además, de otros más estrictamente psicológicos como: los procesos de acomodación y asimilación, el estrés, la ansiedad, los conflictos, los

retos, los recursos de resistencia generalizados, la autoeficacia, el *locus de control*, el sentido de coherencia, la firmeza (*hardiness*), el compromiso, los procesos de solución de problemas, la personalidad, las habilidades de afrontamiento, las redes de apoyo social, la conducta de enfermedad, los grupos de autoayuda, los estilos de vida, los valores, las metas...? En todo ello (e imaginamos que en muchas cosas más) habrá que pensar para abordar el tema de la salud.

Nos consideramos acérrimos defensores de la vida; aunque no olvidamos la diferencia que puede haber entre vivir desde un punto de vista meramente biológico o desde un punto de vista humano. Obviamente, es en el vivir donde podemos manifestarnos y funcionar como seres vivos: por lo menos, mientras vivimos somos. Pero, ¿qué clase de vida se nos ofrece y cómo podemos vivirla? Ya que el vivir, a veces, puede llegar a ser tan doloroso o castrante que el ser humano decide que no merece la pena vivir esa vida o vivir de esa manera. Aquí habría que incluir, no solo los desastres como las guerras y las catástrofes naturales, o las enfermedades crónicas y la calidad de vida, sino también otros aspectos clarísimamente humanos como los valores y las creencias. Recordemos que existe una enfermedad, psicológica por excelencia, y de consecuencias tremendamente fatales como el suicidio.

¿Pero, es esto tan grave? Pues, como casi siempre, depende de como se mire. No estaría de más que aprendiéramos a afrontar el tema de la vida y la muerte con la serenidad, la valentía y la capacidad de vida plena de las que da muestras Séneca. Por algo escogió el profesor Blanco Picabia (1992) la carta XXIV como punto de inicio de su ensayo sobre la muerte

*"quita allá este espantajo debajo del cual
te enmascaras y atemorizas a los necios;
te conozco, eres la muerte*

*Moriré; con esta palabra quieres decir: dejaré
de poder enfermar; dejaré de poder ser atado,
dejaré de poder morir...*

*Porque no caemos de súbito en la muerte, sino que
a ella vamos minuto a minuto. Cada día morimos;
cada día se nos quita una parte de la vida y aún*

cuando crecemos, la vida decrece.
Perdimos la infancia, luego la mocedad, luego
la juventud. Hasta el día de ayer todo el tiempo
pasado feneció, y el mismo día de hoy nos lo
distribuimos con la muerte."
(Séneca. Cartas a Lucilio: Libro III, carta XXIV).

Si algo quiere ser la P.S. tendrá que preocuparse, no solo por la salud, sino también por la vida. Y, claro está, no estamos hablando solo de vida biológica, sino de vida psicológica, de vida plenamente humana.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Ader, R. (1981): *Psychoneuroimmunology*. Nueva York: Academic Press.
- Agras, W.S. (1982): Behavioral medicine in the 1980s. Nonrandom connections. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 797-803.
- Agras, W.S. (1992): Some structural changes that might facilitate the development of behavioral medicine. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 499-504.
- American Psychiatric Association (1987): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª edición revisada). Washington, D.C.: A.P.A.
- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª edición). Washington, D.C.: A.P.A.
- Antonovsky, A. (1981): *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey Bass.
- Antonovsky, A. (1991): The structural sources of salutogenesis strengths. En C.L. Cooper y R. Payne (Eds.), *Personality and stress: Individual differences in the stress process*. Chichester: Wiley.
- Barondess, J. (1979): Disease and illness. A crucial distinction, *American Journal of Medicine*, 66, 375-215.
- Basmajian, J.V. (1979): *Biofeedback: Principles and practice for clinicians*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Bayés, R. (1982): El médico, un placebo de lujo para una sociedad pobre, *Análisis y Modificación de Conducta*, 8, 259-280.
- Bayés, R. (1985): *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez Roca.
- Belloch, A. (1993). El sueño de la razón... En V. Pelechano (Ed.). *Psicología, mitopsicología y postpsicología*. Valencia: Alfaplús.

- Bernstein, D.A. y Nietzel, M.T. (1980): *Introduction to clinical psychology*. México: McGraw Hill.
- Birk, L. (1973) *Biofeedback: Behavioral Medicine*. Nueva York: Grunne and Stratton.
- Bishop, G. (1994) *Health psychology. Integrating mind and body*. Boston: Allyn and Bacon.
- Blanchard, E. B. (1977): Behavioral medicine: A perspective. En R.B. Williams Jr y W.D. Gentry (Eds.). *Behavioral approaches to medical treatment*. Cambridge: Ballinger.
- Blanchard, E.B. (1982): Behavioral Medicine: Past, present and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 795-796.
- Blanco Picabia, A. (1992): El médico ante la muerte de su paciente. Sevilla: Sociedad Nicolás Monardes.
- Botella, C. (1986) *Introducción a los tratamientos psicológicos*. Valencia: Promolibro.
- Botella, C. (1989): Personalidad y terapia de conducta. ¿Dos disciplinas irreconciliables? *Análisis y Modificación de Conducta*, 15, 193-212.
- Botella, C. (1992): *Proyecto docente no publicado*. Universidad de Murcia.
- Botella, C. Ibáñez, E. y Martínez, J. (1987): Reflexiones en torno a la psicología de la salud. ¿Estamos haciendo bien lo que estamos haciendo?. *I Congreso Nacional de Psicología de la Salud*. Jaén del 26 al 29 de Noviembre.
- Brehm, S. (1976): *The application of social psychology to clinical practice*. Nueva York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Brody, H. (1973): The systems view of man: Implications of medicine, science and ethics, *Perspectives in Biology and Medicine*, 17, 71-91.
- Brownell, K.D. (1982): Behavioral medicine. En C.M. Franks, G.T. Wilson y K.D. Brownell (Eds.). *Annual Review of Behavior Therapy. Theory and Practice*. Vol. 8. Nueva York: Guilford Press.
- Brownell, K.D. (1983): Behavioral medicine. En G.T. Wilson, C.M. Franks, K.D. Brownell y P.C. Kendall (Eds.). *Annual Review of Behavior Therapy. Theory and Practice*. Vol. 9 Nueva York: Guilford Press.
- Brownell, K.D. (1982): Behavioral medicine. En C.M. Franks, G.T. Wilson, P.C. Kendall y K.D. Brownell (Eds.). *Annual Review of Behavior Therapy Theory and Practice*. Vol. 10 Nueva York: Guilford Press.
- Chrisman, N.J. y Kleinman, A. (1983). Popular health care, social networks and cultural and cultural meanings. The orientation of medical anthropology. En D. Mechanic (Ed.) *Handbook of health, health care and health professions*. Nueva York: Free Press.
- Clark, L.A., Watson, D. y Mineka, S. (1994). Temperament, Personality, and the mood and anxiety disorders, *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 103-116.

- Cott, A.** (1986): The disease illness distinction: A model for effective and practical integration of behavioral and medical sciences. En S. McHugh y T M Vallis (Eds.). *Illness behavior*. Nueva York: Plenum Press.
- Cowen, E.L.** (1977): Baby steps toward primary prevention. *American Journal of Community Psychology*, 5, 481-490.
- Davison, P.O. y Davison, S.H.** (1980): *Behavioral medicine: Changing health lifestyles*. Nueva York: Brunner Mazel.
- Delprato, D.J. y McGlynn, F.D.** (1986): Innovations in behavioral medicine. En M. Hersen, R.M. Eisles y P.M. Miller (Eds.). *Progress in Behavior Modification*. Vol. 20. Nueva York: Academic Press.
- Donker, F.J.S.** (1991): Medicina conductual y psicología de la salud. En G. Buela-Casal y V. Caballo (Eds.). *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid, Siglo XXI de España.
- Echeburúa, E.** (1993): La psicología de la salud: Un constructo mal enfocado. En V. Pelechano (De.). *Psicología, mitopsicología y postpsicología*. Valencia: Alfaplús.
- Eisemberg, L.** (1977): Disease and illness: Distinctions between profesional and popular ideas of sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 9-23.
- Eisemberg, L.** (1986): Is there too much science or not enough?. En S. Mc Hugh y T. M. Vallis (Ed.). *Illness Behavior*. Nueva York: Plenum Press.
- Eisemberg, L. y Kleinman, A.** (1981): Clinical social science. En L. Eisemberg y A. Kleinman (Eds.). *The relevance of social science for medicine*. Boston: Reidel.
- Elliott, C.H.** (1983): Behavioral medicine and implications. En C. E. Walker (Ed.). *The handbook of clinical psychology*. Nueva York: Dow Jones Irwin.
- Engel, G.L.** (1977): The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 130-136.
- Fabrega, H.** (1973): Toward a model of illness behavior. *Medical Care*, 11, 470-484.
- Fabrega, H.** (1975): The position of psychiatry in the understandis of human disease. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1500-1512.
- Fabrega H. y van Egeren, L.** (1976): A behavioral framework for the study of disease. *Annals of Internal Medicine*, 84, 200-208.
- Fedoravicius, A.S.** (1981): Chronic illness behavior: A new model, behavioural treatment, and future directions. *Behavioural Medicine Update*, 2, 18-22.
- Ferguson, J. y Taylor, C.B.** (1980): *The comprehensive handbook of behavioral medicine*. Vols. 1, 2 y 3. Lancaster: M.T.B. Press.
- Fierro, A.** (1988): Introducción. En A. Fierro (Ed.). *Psicología clínica. Cuestiones actuales*. Madrid: Pirámide.

- Forgays, D.L. (1983): Primary prevention of psychopathology. En H. Hersen, A.E. Kazdin y A.S. Bellack (Eds.). *The clinical psychological handbook*. Nueva York: Pergamon.
- Franks, C.M. y Wilson, G.T. (1978): *Annual Review of Behavior Therapy*. Nueva York: Brunner- Mazel.
- Glassroth, J. Robins, A.G. y Snider, D.E. (1980): Tuberculosis in the 1980'. *New England Journal of Medicine*, 302, 1441-1450.
- Guze, S.B., Matarazzo, J.D. y Saslow, G. (1953): A formulation of principles of comprehensive medicine with special reference to learning theory, *Journal of Clinical Psychology*, 9, 127-136.
- Haynes, S. y Uchigakiuchi, P. (1993): Incorporating personality trait measures in behavioral assesment. Nuts in a fruitcake or raisins ina Mai Tai, *Behavior Modification*, 17, 72-92.
- Hellman, C.G. (1985): Disease and pseudo-disease: A case history of pseudo-angina. En R.A. Hahn y A.D. Gaines (Eds.) *Physicians of western medicine*. Boston: Reidel.
- Hoch, E.L. (1962): *Psychology today.: Conceptions and misconceptions. The profession of psychology*. Nueva York: Holt, Rinehart, Winston.
- Ibáñez, E. (1990): Personalidad y cultura, *Boletín de Psicología*, 29, 29-44.
- Ibáñez, E. (1990a): *Psicología de la salud y estilos de vida*. Valencia: Promolibro.
- Jansen, M.A., Arntz, A. Mercklebach, H. y Mersch, P. (1994): Personality disorders and features in social phobia and panic disorder, *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 391-395.
- Kirmayer, L.J. Robbins, J.M. y Paris, J. (1994): Somatoform disorders. Personality and the social matrix of somatic disorders, *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 125-136
- Kleinman, A. (1980): *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A. Eisemberg, L y Good, B. (1978): Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research, *Annals of Internal Medicine*, 88, 251-258.
- Kobasa, S.C. (1982): The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. En J. Suls y G. Sanders (Eds.). *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, Nueva York: Erlbaum.
- Kobasa, S.C. y Maddi, S.R. (1977): Existential personality theory. En R. Corsini (Ed). *Current personality theories*. Itaca: T.F. Peacock.
- Korchin, S.J. (1976): *Modern clinical psychology. Principes of intervention in the clinic and community*. Nueva York: Basic Books
- Krantz, D.S., Grunberg, N.E. y Baum, A. (1985). Health psychology, *Annual Review of Psychology*, 36, 349-388.

- Lalonde, M. (1974): *A new perspective of the health of Canadians*. Ottawa: Government Printing Office.
- Leigh, H. y Reiser, M.F. (1985): *The patient: Biological, psychological and social dimensions of medical practice*. Nueva York: Plenum Press.
- Levine, S. Feldman, J.J. y Elinson, J. (1983): Does medical care do any good?. En D. Mechanic (Ed.) *Handbook of health, health care and health professions*. Nueva York: Free Press.
- Lipkin, J.O. (1981): Understanding illness behaviour and its importance in the practice of medicine *Behavioral Medicine Update*, 2, 15-18.
- Lipowski, Z.J. (1977): Psychosomatic medicine in the seventies: An overview, *American Journal of Psychiatry*, 134, 233-244.
- Maciá, D. y Méndez, F.X. (1988): La perspectiva conductual en psicología clínica. En D. Maciá y F.X. Méndez (Eds.). *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Maher, B. y Maher, W. (1994): Personality and psychopathology: A historical perspective, *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 72-77.
- Marsella, A.J. y White, G.M. (1984): Introduction: Cultural conceptions in mental health research and practice. En A.J. Marsella y G.M. White (Eds.). *Cultural conceptions in mental health and therapy* Boston: Reidel.
- Matarazzo, J.D. (1980): Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Matarazzo, J.D. y Carmody, T.P. (1983): Health psychology. En M. Hersen, A.E. Kazdin y A.S. Bellack (Eds.). *The clinical psychology handbook*. Nueva York: Pergamon Press.
- McHugh, S. y Vallis, M. (1986): Illness behavior: Operationalization of the biopsicosocial model. En S. McHugh y M. Vallis (Eds.). *Illness behavior. A multidisciplinary model*. Nueva York: Plenum Press.
- McKeon, T. (1976): *The role of medicine: Dream, mirage or nemesis?*. Londres: Nuffield Hospital Trust.
- McNamara, J.R. (1979): *Behavioral approaches to medicine*. Nueva York: Plenum Press.
- Mechanic, D. (1962): The concept of illness behavior. *Journal of Chronic Disease*, 15, 189-194.
- Mechanic, D. (1978): *Medical sociology*, Nueva York: Free Press.
- Mechanic, D. (1980): *Mental health and social policy*. Englewood Cliffs, Nueva York: Prentice Hall
- Mechanic, D. (1986): Illness behavior: An overview. En S. McHugh y T.M. Vallis (Eds.). *Illness behavior*. Nueva York: Plenum Press.
- Melamed, B.G. y Siegel, L.J. (1980): *Behavioral medicine: Practical applications in health care*. Nueva York: Springer

- Nietzel, M.T., Bernstein, D.A. y Milich, R. (1991): *Introduction to clinical psychology 3ª edición*. New Jersey: Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Ortiz, P. (1994): Bases diferenciales de la psicología clínica y la psicología de la salud. En J. Sánchez-Cánovas y P. Sánchez López (Eds.) *Psicología Diferencial. Diversidad e individualidad humanas*. Madrid: Centro de estudios Ramón Areces.
- Pelechano, V. (1988): La formación del psicólogo terapeuta clínico: ¿ciencia, ficción o ciencia ficción?. En A. Fierro (Ed.). *Psicología clínica. Cuestiones actuales*. Madrid: Pirámide.
- Pelechano, V. Matud, P y de Miguel, A. (1994): Estrés no sexista, salud y Personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta (Nº extraordinario)*, 20, 311-611.
- Pérez, M. (1991): Medicina, psicología de la salud y psicología clínica. *Revista de Psicología de la Salud/Journal of Health Psychology*, 3, 21-44.
- Pitts, M. y Phillips, K. (1991) *The psychology of health An introduction*. Londres: Routledge.
- Pomerleau, O.F. y Brady, J.P. (1979): The scope and promise of behavioral medicine. En O.F. Pomerleau y P. Brady (Eds.) *Behavioral Medicine: Theory and practice*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Rachman, S. (1977): *Contributions to medical psychology. Vol. 1*. Oxford: Pergamos Press.
- Rachman, S. (1980). *Contributions to medical psychology. Vol. 2*. Oxford: Pergamos Press.
- Reig, A. (1981): Medicina comportamental. Desarrollo y líneas de intervención. *Análisis y Modificación de Conducta*, 7, 99-160.
- Reig, A. (1985): La psicología en el sistema sanitario. *Papeles del Colegio de Psicólogos*. 20, 7-12.
- Reig, A. Rodríguez, J. y Mira, J. (1987): Psicología de la salud. Algunas cuestiones básicas. *Informació Psicológica*, 30, 5-11.
- Ribes, E. (1990) *Psicología y salud: Un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Santacreu, J. (1991) Psicología clínica y psicología de la salud. Marcos teóricos y modelos. *Revista de Psicología de la Salud/Journal of Health Psychology*. 3, 3-20.
- Sarafino, E.P. (1994) *Health Psychology Biopsychosocial Interactions*. Nueva York: Wiley.
- Schwartz, G. E. (1983): Psychobiology of health: A new synthesis. En B.L. Hammonds y C J. Scheerer (Eds.) *Psychology and Health: The master lectures series (Vol 3)*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

- Schwartz, G.E. y Beatty, J. (1977): *Biofeedback: theory and research*. Nueva York: Academis Press.
- Schwartz, G.E. y Weiss, S.M. (1977): What is behavioral medicine?. *Psychosomatic Medicine*, 6, 377-381.
- Schwartz, G.E. y Weiss, S.M. (1978a): Yale conference on behavioral medicine: A proposed definition and statement of goals. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 3-12.
- Schwartz, G.E. y Weiss, S.M. (1978b): Behavioral medicine revisited: An Amended definition. *Journal of Behavioral Medicine*, 3, 249-251.
- Shakow, D. (1942): The training of clinical psychologist. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 277-288.
- Shakow, D. (1947): Recommended graduate training program in clinical psychology. *American Psychologist*, 2, 539-558.
- Shapiro, A.K. (1979): The placebo effect. En W.G. Clark y J. del Guidice (Eds.) *Principles of psychopharmacology* (2ª edición). Nueva York: Academic Press.
- Stone, G.C. Cohen, F. y Adler, N.E. (1979): *Health psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Taylor, S.E. (1984): The developing field of health psychology. En A. Baum, S.E. Taylor y E. Singer (Eds.). *Handbook of psychology and health*. Vol. 4. Nueva York: Lawrence Erlbaum.
- Taylor, S.E. (1986): *Health psychology*. Nueva York: Random House.
- Trull, T.J. y Sher, K. (1994): Relationship between the five-factor model of personality and axis Y disorders in a nonclinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 350-360.
- Votousek, K. y Manke, F. (1994): Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 137-147.
- Walker, L.E. y Shelton, T.L. (1985): An overview of behavioral medicine. En A.R. Zeiner, D. Bendell y C.E. Walker (Eds.) *Health psychology. Treatment and research issues*. Nueva York: Plenum Press.
- Watson, D. Clark, L.A. y Harkness, A.R. (1994): *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 18-31.
- Widiger, T. y Costa, P.T. Jr. (1994): Personality and personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 78-91.
- Williams, R.B. y Genty, W.D. (1977): *Behavioral approaches to medical treatment*. Cambridge: Ballinger.