

## ACERCA DE LAS PSICOLOGÍAS CLÍNICA Y DE LA SALUD, SU DELIMITACIÓN, COINCIDENCIA Y DIVERSIDAD Y ALGUNAS REFLEXIONES AL HILO

Jesús Gil Roales-Nieto  
M. Carmen Luciano

Departamento de Psicología Clínica y Ciencias de la Salud.  
Facultad de Humanidades. UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

### RESUMEN

*En este artículo se discute acerca de las diferentes definiciones y delimitaciones conceptuales de la Psicología de la Salud, sobre su distinción de otros intentos de intervención psicológica en salud tales como la medicina psicosomática y la psicología médica y sobre su diferenciación del campo interdisciplinar conocido como Medicina Conductual. Asimismo, se discuten las diferencias y semejanzas entre Psicología de la Salud y las disciplinas conocidas como Psicología Clínica y Terapia y Modificación de la Conducta. Se termina planteando algunas reflexiones necesarias, a juicio de los autores, sobre aspectos de la conceptualización de salud, el modelo biopsicosocial y las derivaciones profesionales de la Psicología de la Salud.*

**Palabras clave:** ANÁLISIS CONCEPTUAL DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD, LIMITACIONES DEL "MODELO" BIOPSIOSOCIAL

## SUMMARY

*This paper presents different definitions and conceptual frames of Health Psychology. Additionally, it presents other psychological interventions in the field of Health as Psychosomatic Medicine and Medical Psychology as well as Behavioral Medicine. Therefore, differences and similarities between Health Psychology and topics as Clinical Psychology and Behavior Therapy and Behavior Modification are considered. The paper ends with some necessary, to the author's thinking, reflections about the conceptualization of health, the biopsychosocial model and the professional branches of Health Psychology.*

**Key words:** CONCEPTUAL ANALYSIS OF HEALTH PSYCHOLOGY AND CLINICAL PSYCHOLOGY, TENETS OF THE BIOPSYCHOSOCIAL "MODEL".

Vaya por delante, a modo de escudo protector, que las páginas que siguen no han sido escritas con la intención de terciar en las polémicas actuales que envuelven el desarrollo de la Psicología de la Salud y su limitación y distinción de otras disciplinas afines previas a ella, ofreciendo un punto de vista o un cúmulo de opiniones que se pretendan defender con la falsa firmeza que otorga la impresión de saberse en lo cierto y estar convencidos de la necesidad de sacar a los demás de su error. Las páginas que siguen fueron escritas, y así deben interpretarse, como un sano ejercicio de reflexión en torno a diversos temas relacionados entre sí, absolutamente libre de cualquier brote enfermizo de posicionamiento dogmático. Las razones para haber planeado así la confección de este escrito es muy probable que aparezcan claras al lector a poco que avance en su contacto con el, pero a fuer de sinceros hemos de confesar que una poderosa razón fue el hecho de que la propia reflexión sobre el objeto del debate nos llevó a la prudencia de considerar que un terreno de arenas movedizas no se debe atravesar bailando.

## DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN CONCEPTUAL DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

En Psicología, como ciencia viva y joven, podemos observar cómo la mayoría de sus especialidades y subdisciplinas, incluso las más tradicionales, se ven envueltas en periódicas y siempre latentes polémicas sobre la delimitación de la porción concreta del objeto de estudio que les corresponde, así como sobre la precisión conceptual con que se emplean sus descriptores esenciales. La Psicología de la Salud, como una de las más jóvenes especialidades de la Psicología, no sólo no está carente de tales polémicas, sino que las está sufriendo especialmente en lo que se refiere a la delimitación de sus fronteras con el resto de especialidades de la Psicología y subdisciplinas mixtas. De hecho, acontece una cierta confusión acerca de cuál es, dónde comienza y hasta dónde alcanza el ámbito de actuación de la Psicología de la Salud. A veces se la distingue claramente de otras especialidades más tradicionales, pero en otras ocasiones podemos comprobar como se la toma por sinónimo de ellas.

Se ha escrito demasiado en los últimos diez años acerca del origen y desarrollo de la Psicología de la Salud como para que no encontremos justificación alguna que nos permita reiterar aquí la enumeración de fechas, situaciones, acontecimientos, limitaciones, necesidades y anécdotas<sup>1</sup>, que se han convertido en los tópicos al uso para la mayoría de los autores en su intento por justificar razonablemente la irrupción en el plano académico/investigador y profesional de algo que poco a poco vamos terminando por reconocer como Psicología de la Salud.

Como campo fronterizo entre disciplinas (lo que no debe confundirse con una supuesta naturaleza interdisciplinar) y como concepto reciente de disciplina, la Psicología de la Salud se encuentra

---

<sup>1</sup> Recuérdese que si las limitaciones del "modelo" biomédico, que si las prioridades de la OMS, que si el nuevo concepto de salud y enfermedad, que si el fracaso de las anteriores aplicaciones de la psicología al campo sanitario, que si las nuevas tendencias en la epidemiología de la enfermedad y en las principales causas de muerte, que si los costes del sistema sanitario, y así un moderadamente largo etcétera.

inmersa en la lógica polémica que envuelve durante años cualquier intento de cambio, reconceptualización o neogénesis en el ámbito científico y profesional. Una de las razones de ello puede encontrarse en el hecho de que los asuntos tratados por la Psicología de la Salud genéricamente no son nuevos, sino objetos de estudio ya presentes en la arena científica y asistencial desde muy antiguo; de modo que, en la mayoría de los casos, la Psicología de la Salud sólo representa una forma nueva y alternativa de pensar y hacer acerca de dichas realidades, a la luz de las transformaciones conceptuales a que obligan los nuevos datos disponibles sobre el comportamiento en sí y sobre su relación con la salud y la enfermedad. La Psicología de la Salud debe luchar con competidores antiguos y resabiados que vienen tratando de los mismos asuntos desde otras posiciones epistemológicas, y con competidores más modernos (en tanto surgidos poco antes que ella misma) y sanamente ambiciosos, que ven la posibilidad de ampliar su área de influencia a otros contextos hasta hoy débilmente colonizados.

El primer intento de definición formal de la Psicología de la Salud parece deberse a Matarazzo (1980), quien consideró la Psicología de la Salud como "el agregado de las contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas" (pág. 815). Presentada por su propio autor como una definición tentativa y susceptible de mejora, en realidad acabó por convertirse en la definición "oficial" de la División de Psicología de la Salud de la APA<sup>2</sup>, ya que en su reunión anual de 1980 fue adoptada como tal con muy pocos cambios -literalmente la inclusión al final del añadido de "y el análisis y mejora del Sistema de Salud y la política sanitaria".

---

<sup>2</sup> Cuerpo de ejército expedicionario del que salieron los diferentes movimientos tácticos y estrategias gestantes de la Psicología de la Salud en lo que a USA se refiere, en la forma de reuniones, congresos, revistas, propuestas, códigos, búsqueda de trascendencia política, etc.

lo Aún y cuando esta definición ha sido casi universalmente aceptada como la definición más comprehensiva de Psicología de la Salud, se estableció sólo como un punto de arranque conceptual que permitiese la consolidación de la disciplina, señalase sus objetivos y procurase diferenciarla de otras disciplinas afines o complementarias.

El hecho de que la definición anterior haya sido planteada como "una primera aproximación" es probable que refleje el trasfondo de polémica sobre los objetivos, límites y configuración de la Psicología de la Salud, que existe prácticamente desde su nacimiento. Tanto es así, que se pueden recoger otros intentos menos formales y más pragmáticos de definir Psicología de la Salud que han sido ofrecidos por sus creadores como definiciones alternativas a la anterior.

Un ejemplo es la línea establecida por Stone (1979) (si la Psicología es el estudio del comportamiento, la Psicología de la Salud debe ser el estudio del comportamiento relacionado en cualquier forma con la salud), Rodin y Stone (1987) entienden Psicología de la Salud como una subdivisión de la psicología concerniente con el estudio e intervención en la salud, estructurándola en una rama clínica y otra no clínica; la primera de ellas denominada Psicología Clínica de la Salud se ocuparía de aquellos aspectos o fenómenos de la salud y la enfermedad en los que el estado psicológico o la conducta del individuo sean el problema central o uno de los problemas centrales de la intervención. La segunda o Psicología de la Salud propiamente dicha, incluye cualquier aspecto de la psicología que trate sobre la experiencia de la salud y la enfermedad y la afectación de la conducta al estado de salud, abarcando desde el estudio de los mecanismos fisiológicos que enlazan la ocurrencia de eventos ambientales con las alteraciones de la salud, hasta la promoción de conductas potenciadoras de la salud.

Otros autores, como Singer y Krantz (1982) y Krantz, Grunberg y Baum (1985) y, más recientemente, Maes y van Veldhoven (1990) continúan la anterior línea de pensamiento (la Psicología de la Salud debe estudiar los mecanismos de relación entre comportamiento y salud), y podría resumirse en la afirmación de que la Psicología de la Salud tiene por objeto de estudio "la relación entre conducta y salud (física)" (Maes y van Veldhoven, 1990, pág. 35).

En esta línea de entender la Psicología de la salud como el estudio de las relaciones entre conducta y salud, Krantz, Grunberg y Baum (1985) han propuesto distinguir tres posibles tipos genéricos de tales relaciones, a saber: (a) la ocurrencia de comportamientos que pueden tener efectos fisiológicos directos que afecten a la salud, (b) estilos de vida y hábitos diarios que puedan hacer peligrar o potenciar la salud a medio o largo plazo, y (c) la forma en la que la gente percibe y se enfrenta a la enfermedad, como un factor de facilitación o empeoramiento. Ejemplos de lo primero serían los efectos fisiológicos del estrés, tales como el aumento en la tasa cardíaca y en la presión sanguínea como efectos a corto plazo, y como efectos a largo plazo los desórdenes de los sistemas cardiovascular y gastrointestinal (Baum, Grunberg y Singer, 1982). Ejemplos de lo segundo son las relaciones encontradas entre ciertos hábitos de vida y el mantenimiento de una buena salud (por ejemplo, Belloc y Breslow, 1972; Breslow y Enstrom, 1980). Y ejemplos de lo tercero serían los pacientes que o bien exageran su rol de enfermo o bien lo ignoran y no cumplen el tratamiento.

Por último, esta línea confluye en la definición de Psicología de la Salud ofrecida recientemente por Stone (1991) al señalar que "cualquier aplicación de la teoría o práctica psicológicas a los problemas y cuestiones del sistema de salud es Psicología de la Salud". De tal forma que el conocimiento y la tecnología de la psicología constituirían el núcleo de capacidad o competencia de actuación, mientras que el Sistema de Salud en toda su complejidad sería el contexto de actuación. Así, un psicólogo de la salud es un psicólogo cuya formación y capacidad básica en psicología se ve incrementada por los conocimientos adicionales adquiridos al trabajar en algún aspecto del sistema de salud (de tratamiento, de prevención o de planificación).

Analizadas a fondo, más que con definiciones alternativas lo que contamos es con formas alternativas de decir lo mismo que ofrecen una visión más general o más restrictiva del ámbito de actuación de la Psicología de la Salud, pero que nunca entran en colisión -siquiera parcialmente- con la definición nuclear de la misma. De hecho, fuera de los formalismos litúrgicos de las reuniones científicas, el propio Matarazzo (1987) llega a señalar que Psicología de

la Salud es hoy "nada más que la aplicación del conocimiento acumulado desde la ciencia y la profesión de la psicología a la arena de la salud" (pág. 55), donde psicología es el *nombre* que establece el agente actuante mientras que salud es el *calificativo* que describe el ámbito de actuación.

Ahora bien, la ubicación disciplinar de la Psicología de la Salud exige que ésta pueda ser diferenciada, si ello fuera posible, de otros campos de conocimiento relacionados, confluyentes, subsidiarios o complementarios. Por ejemplo, la Psicología Clínica (más interesada en las psicopatologías y su tratamiento, pero que a la luz de la nueva conceptualización de salud-enfermedad puede ver afectado su *status*), la Psicología Médica (tradicionalmente entendida como "psicología en medicina" en lugar de como una subdisciplina de la Psicología -lo que no resulta epistemológicamente sostenible- y que usualmente se ha centrado en las connotaciones psicológicas de la enfermedad y su tratamiento). A nuestro modo de ver, la Psicología de la Salud necesita precisar su ubicación respecto de la Medicina Conductual, la Medicina Psicosomática, la Psicología Médica, la Psicología Clínica y la Terapia y Modificación de la Conducta.

### Medicina Psicosomática, Psicología Médica y Psicología de la Salud

La Medicina Psicosomática, junto con la Medicina Córtrico-visceral, se cuenta entre los primeros intentos, "organizados" en un cuerpo integrado de conocimientos, de ofrecer una visión más global y comprehensiva del fenómeno de la enfermedad que la ofrecida por el modelo biomédico tradicional y su concepción de la enfermedad, incapaces de explicar numerosos procesos patológicos que fueron bautizados como "enfermedades psicosomáticas" a falta de mejor descriptor. Sin embargo, la Medicina Psicosomática se limitó especialmente al intento de comprensión de la relación entre procesos psicológicos dinámicamente conceptualizados y el funcionamiento somático, tratando de relacionar la patógenesis de determinadas enfermedades a la presencia de rasgos, conflictos o procesos psíquicos que hacen a la persona especialmente vulnerable o proclive a desarrollar un desorden somático.

Las diferencias entre Medicina Psicosomática y Psicología de la Salud son tan obvias e importantes, que casi parece redundante pararse a delimitarlas. Las diferencias se encuentran en el énfasis (enfermedad/v/salud, tratamiento/v/prevencción), la metodología (psicoanalítica/v/experimental), las técnicas de intervención (psicoterapia/v/terapia y modificación de la conducta), etc. Como señala Millon (1982), al margen de su papel histórico en sensibilizar a médicos y psicólogos sobre la interacción entre emociones y desórdenes físicos, el interés casi exclusivo por materias de enfermedad (y no por las de la salud), sus fuertes raíces en la teoría psicodinámica, y su atención a sólo una limitada subserie de desórdenes fisiológicos, determinaron que esta disciplina no fuera capaz de encarnar una alternativa global al fenómeno de la psicología en la salud.

Por su parte, la definición más general de Psicología Médica es la ofrecida por Rachman (1975), quien la delimitó como "las aplicaciones de la psicología normal y anormal en la medicina" (p.1). En la misma línea, Asken (1979) llegó a definirla como "el estudio de los factores psicológicos relacionados con cualquiera de los aspectos de la salud física, la enfermedad y su tratamiento a nivel del individuo, el grupo y los sistemas [implicando] todas las áreas de interés académico -investigación, intervención clínica, y aplicación y enseñanza" (p.67). Más pragmáticos, Gentry y Matarazzo (1981) definieron la Psicología Médica como la práctica y la formación en psicología dentro del curriculum de formación médica.

Sin embargo, Pomerleau y Brady (1979) adoptan una posición diferente acerca de la psicología médica, definiéndola en forma más limitada como "un amplio campo de actividad, en el que la evaluación psicométrica, las pruebas proyectivas y la teoría de la personalidad han jugado los principales papeles... [y cuyo] énfasis se ha dirigido hacia la comprensión de la enfermedad médica en sus contextos social y psicológico, en lugar del tratamiento" (p.xi).

De esta forma, para algunos autores la Psicología Médica casi sería una extensión de la Medicina Psicosomática en el sentido tradicional, si bien dirigida al aspecto psicológico del fenómeno de la enfermedad y a la repercusión psicológica de ésta sobre el paciente como persona; mientras que para otros, representaría la actuación psicológica en el ámbito médico, algo muy parecido y coincidente



con el ámbito de actuación de la Psicología de la Salud. Sin embargo, la realidad de la actuación a nivel investigador y terapéutico de los psicólogos identificados con el concepto de Psicología Médica ha caído dentro de los límites mencionados en el planteamiento de Pomerleau y Brady (1979) y, de hecho, la propia existencia de tal disciplina en planes de formación de Medicina y Enfermería no ha supuesto ningún planteamiento revolucionario sobre la conceptualización y la intervención en salud y enfermedad, como ha sido el caso para la Psicología de la Salud.

### **Medicina Conductual y Psicología de la Salud**

El mayor grado de solapamiento, y consiguiente confusión en el empleo de la terminología, se produce entre Medicina Conductual y Psicología de la Salud. Por ejemplo, Bayés (1985) se refería a la gran dificultad por establecer una diferenciación entre ambos descriptores en base a las publicaciones que emplean uno u otro término, dado que, en la práctica, los contenidos llegan a ser de idéntica naturaleza y extensión. Parece conveniente, por tanto, intentar precisar qué se entiende por Medicina Conductual y compararlo con el concepto y el ámbito de actuación de la Psicología de la Salud, en un intento por establecer las diferencias y semejanzas entre ambos descriptores.

Es sobradamente conocida la definición "oficial" de Medicina Conductual que se elaboró entre los asistentes a la Conferencia de la Universidad de Yale (Schwartz y Weiss, 1977, 1978). Sin embargo, con ser probablemente la definición más citada y aceptada, existen varias definiciones alternativas, algunas de las cuales tienen una considerable importancia en cuanto que agrupan tras de sí a un importante número de investigadores y profesionales de la Psicología y la Medicina.

Reig (1981) recogía hasta nueve diferentes definiciones de Medicina Conductual, que incluían la clásica de Birk (1973) y las resultantes de la Conferencia de Yale (la original -Schwartz y Weiss, 1977- y la reformada -Schwartz y Weiss, 1978), así como las desarrolladas por Blanchard (1977), Pomerleau (1979), Ribes Iniesta

(1979), Matarazzo (1980), Ferguson y Taylor (1980), y Cautela (1980). Con todo, a esta riqueza paisajística aún hemos de añadir las definiciones elaboradas por Asken (1979), Wright (1979) y Stuart (1982), a la vez que los posicionamientos en cuanto a la ubicación de la Medicina Conductual que pueden desprenderse de los escritos de autores como Bayés (1981), Carrobles (1984), Kazdin y Wilson (1978), Labrador, Muñoz y Cruzado (1990), Pelechano (1981) y Polaino (1983).

Tan intrincado es el asunto que la definición de Medicina Conductual parece haberse convertido, en sí misma, en un objeto de estudio. Así, Gentry (1982) ha clasificado las definiciones de Medicina Conductual en tres grupos que denomina "conductual", "de Yale" y "psicológico", diferenciación que puede sernos útil en la distinción "de fondo" de los diferentes tipos de definiciones existentes. Existen diversos autores cuyas definiciones enfatizan de forma especial el papel jugado por el análisis de la conducta en la génesis y desarrollo de la medicina conductual (por ejemplo, Blanchard, 1977; Bayés, 1981; Carrobles, 1984; Cautela, 1980; Ferguson y Taylor, 1980; Katz y Zlutnick, 1974; Kazdin y Wilson, 1978; Knapp y Peterson, 1976; Pérez Alvarez, 1990; Pomerleau, 1979, 1982; Pomerleau y Brady, 1979; Ribes Lñesta, 1979; Trespacios, 1984; Williams y Gentry, 1977;).

De su revisión puede extraerse como factor común que el objetivo básico de la Medicina Conductual consiste en la modificación de la conducta con el fin de prevenir o tratar la enfermedad. Dicho objetivo ha sido materializado en cuatro líneas de desarrollo señaladas por Pomerleau (1979):

- (a) intervención para modificar una conducta abierta o respuesta fisiológica que en sí misma constituye un problema de salud,
- (b) intervención para modificar la conducta de los profesionales de la salud para mejorar los servicios de salud,
- (c) intervención para modificar la adherencia al tratamiento prescrito, y
- (d) intervención para modificar conductas o respuestas que constituyen factores de riesgo para la enfermedad.

Estas definiciones "conductuales" presentan una visión de la Medicina Conductual como un campo de aplicación del Análisis del

Comportamiento al terreno tradicionalmente médico de la salud y la enfermedad. Si bien no entran en contradicción con la definición resultante de la Conferencia de Yale, sí es cierto que ésta posee una "filosofía" distinta, en el sentido de querer presentar la Medicina Conductual como un campo interdisciplinario general de investigación científica, educación y práctica que se ocupa de la salud y de la enfermedad (Matarazzo, 1980).

La Conferencia de Yale enfatizó que la Medicina Conductual debería ser definida como un esfuerzo, antes que como una disciplina específica, aproximación teórica o serie de técnicas, de manera que se subraye su naturaleza interdisciplinar y su consideración de un "campo" en el que las diversas disciplinas conceptualizan su definición de diferentes formas, trabajan en una amplia variedad de contextos, se focalizan sobre un amplio número de problemas, usan una panoplia de técnicas, y reconocen y se comunican con otros sólo para una limitada extensión (McKegney y Schwartz, 1986).

Por último, el tercer grupo de definiciones de Medicina Conductual, refleja posiciones que se ubicarían más acertadamente bajo el término antes comentado de Psicología Médica (véanse, al respecto, las definiciones de Asken, 1979 y Wright, 1979).

Es obvio que la contrastación entre medicina conductual y Psicología de la Salud arrojará diferentes resultados según el punto de vista que adoptemos de entre los anteriores. El punto de vista representado por las definiciones "conductuales" de Medicina Conductual nos llevaría, en realidad, al solapamiento casi completo entre ésta y la Psicología de la Salud. Mientras, el punto de vista representado por la definición interdisciplinaria del grupo de Yale, permitiría ubicar la Psicología de la Salud como la aportación específica de la Psicología a la Medicina Conductual. Así, Psicología de la Salud sería entendida como una rama de la Psicología y en su propia definición no cabe énfasis alguno sobre una naturaleza interdisciplinaria. Esta postura se ve reflejada, por ejemplo, en la diferenciación que de ambas realiza Matarazzo (1980), para quien se debe usar el término Medicina Conductual para referirse a un campo interdisciplinario de indagación científica, educación y práctica acerca de la salud y la enfermedad, mientras que el término Psicología de la Salud debe emplearse para referirse a la disciplina

que representa el papel de la Psicología como ciencia y profesión en el dominio de la Medicina Conductual.

Parece innecesario a estas alturas establecer que la Psicología de la Salud representa una de las últimas aplicaciones de la psicología a un campo del que no ha estado nunca ausente, pero cuya presencia actual ha cobrado unas dimensiones y se hace desde una conceptualización tal, que no podemos menos de aceptar la novedad y sentido revolucionario del planteamiento actual. Que comenzase hablándose de Medicina Conductual y se haya continuado como Psicología de la Salud, puede resultar meramente anecdótico y puede que contextual. Lo que parece más o menos claro en la situación actual es la delimitación (inacabada y susceptible de cambios, como todas las delimitaciones en ciencia) del campo de actuación de ambos descriptores

La Psicología de la Salud es discernible de la Medicina Conductual en tanto no mantiene el carácter interdisciplinario de ésta, sino que se coloca distintivamente dentro de los límites de la Psicología. Tal como señala Millon (1982), aunque en la ciencia actual cada disciplina se interconecta y relaciona con muchas otras, cada una debe limitar su ámbito y definir su objeto de estudio de manera que le permita explorarlo en su total profundidad. Así, aunque la Psicología de la Salud se encuadra en la moderna corriente de conceptualización biopsicosocial de la salud y la enfermedad, y en su materialización interdisciplinar, la Medicina Conductual, también necesita mantener su propia identidad a fin de lograr una comprensión firme y profunda de las características propias e interaccionales de las partes que le corresponden, sin olvidar que la visión integral e interactiva de la realidad bajo estudio, le obliga a una estrecha colaboración con disciplinas cercanas y afines.

La crisis del Sistema Sanitario motivada por las limitaciones del modelo biomédico y su incapacidad para hacer disminuir las principales causas de muerte actuales en una manera significativa, junto al elevado costo del cuidado sanitario que representan, principal pero no únicamente, los cuidados a los enfermos crónicos, ha encontrado en los desarrollos de la Psicología contemporánea la posibilidad de aunar esfuerzos para dar una solución a la necesidad de un nuevo modelo conceptual de salud y enfermedad que sirva

de marco de referencia para orientar los esfuerzos investigadores y de tratamiento y prevención de los problemas de salud. Dicho marco de referencia ha sido el modelo biopsicosocial que señala la naturaleza multideterminada de la enfermedad y la salud y que concede importancia a sus dimensiones biológica, psicológica y social, llegando a producir un movimiento conocido como Medicina Conductual que representa la materialización (en cuanto instituciones, asociaciones, publicaciones, marco interdisciplinar en definitiva) de dicha forma de pensar y a la que la Psicología como disciplina científica independiente colabora mediante la Psicología de la Salud que resume todo el compendio de aportaciones que resultan de relevancia para el campo de la salud y la enfermedad.

Como una alternativa surgida en la segunda mitad del presente siglo, con un auge especial a partir del final de los años 70, es impensable entender la Psicología de la Salud como una disciplina perfectamente delimitada y con un estado sólido y definitivo en el mundo académico, investigador y profesional. Precisamente, una vez delimitada su configuración frente a otras posibles alternativas, quedaría por delimitar su existencia frente a otras opciones que entienden su campo de actuación como una simple extensión o ampliación de sus quehaceres. Entre dichas opciones presentan especiales problemas la Psicología Clínica y la Terapia y Modificación de Conducta.

### **Psicología Clínica, Terapia y Modificación de la Conducta y Psicología de la Salud**

En realidad, una aproximación biopsicosocial llevada a sus últimas consecuencias exigiría una visión unitaria de la clínica y la salud, en tanto que el mundo de lo físico y lo psicológico no serían separables. Pero si uno tiene vómitos, se mareo y siente escalofríos no suele acudir precisamente a un psicólogo (de hecho la existencia de médicos y psicólogos como entidades profesionales y académicas separadas sería la primera bofetada en el rostro de la concepción biopsicosocial llevada a sus últimas consecuencias -fundamentalista, que se dice ahora). Por otro lado, el consenso social continúa dividiendo- y no parece que tal división pierda la

mínima fuerza con el paso del tiempo- locura de enfermedad, aunque a la primera se la denomine como "enfermedad mental" y, por extensión, aceptando que las rabietas o desobediencia sistemática de un niño y su miedo a dormir, o la soledad o negativismo del adolescente o el adulto, difícilmente son lo mismo, requieren de la misma especialización para su manejo y deben tratarse bajo el mismo paraguas conceptual que los casos de un páncreas defectuoso en una persona feliz, un hígado atrofiado o una infección de *treponema pallidum*.

Parecería que la visión holística integral de la salud-enfermedad, que no distingue dualismo físico/mental, está bien como una especie de marco supraconceptual, pero a pie de obra parece difícil eludir la separación de los así llamados trastornos del comportamiento (Psicología Clínica) de los así llamados trastornos de la salud o enfermedades (con la Psicología de la Salud como la aportación de la psicología a su estudio, prevención y tratamiento). Llevar a término el replanteamiento holístico, no sólo conceptual sino táctica y estratégicamente, significaría obligar a un replanteamiento integral del mundo académico y profesional, con la creación de una especie de tronco común (p.ej. ciencias de la salud) con múltiples especialidades y subespecialidades (entre las que se encontrarían medicina y psicología con sus respectivas derivaciones). Aún y así, no acabamos de ver claro que el costo de respuesta compensase los posibles beneficios que se derivarían de tal revolución.

La Psicología Clínica estaba aquí cuando la Psicología de la Salud se perfiló en el horizonte y ya cubría parte del espectro de fenómenos que ahora cubre ésta última. Bien es cierto que la falta de una adecuada conceptualización del fenómeno salud/enfermedad y el escaso desarrollo de las disciplinas que han dado lugar a la nueva perspectiva sobre la salud, limitó poderosamente el abordaje de la Psicología Clínica sobre el tratamiento de "problemas médicos", reduciéndolo a periódicos y aislados abordajes tenidos por "extensiones" de la aplicación de la tecnología conductual al ámbito de la enfermedad física.

Pero no es menos cierto que la Psicología Clínica tiene que ver, fundamentalmente y como su propio calificativo indica, con *clínica*,

esto es, con anormalidad, sufrimiento, molestia, alteración o como quiera denominarse a aquellos fenómenos, vivencias o sensaciones de carácter *psicológico*, de los cuales los seres humanos desean librarse porque les hacen sufrir o hacen sufrir a otros. Es pues, por definición, una disciplina aplicada de la que hoy coexisten numerosas versiones en las que el objeto de estudio puede ser entendido como la enfermedad mental o psíquica, la conducta anormal o los procesos cognitivos alterados y cuya base de fundamentación se encuentra en la Psicopatología. Pero en cualquier caso, la Psicología Clínica gira en torno al concepto de anormalidad y por ello es lógico que cuando dicho concepto entra en crisis, la Psicología Clínica se vea salpicada. Queremos decir que ésta disciplina, clásicamente entendida, sólo se sostiene si las dicotomías conducta normal/anormal, salud mental/salud física, enfermedad mental/salud mental, se sostienen. Pero debe plantearse su propia existencia si dichos conceptos dicotómicos cambian en favor de otros unitarios, interactivos y de continuidad.

Ahora bien, en la actualidad, Psicología Clínica es entendida como una disciplina y como una profesión. Bellack y Hersen (1980) la han definido como "una ciencia aplicada en la que se emplean los principios de la psicología para comprender y ayudar a resolver los problemas humanos" (p.4). Como una profesión, la psicología tiene mucho que agradecer a los psicólogos clínicos, ya que han luchado por escapar al papel de pseudoprofesionales a que les tenía sometidos la profesión médica en general y la psiquiatría en particular, y ha permitido comenzar a comprender el funcionamiento de algunos de los más recónditos aspectos del comportamiento humano.

Mientras la Psicología de la Salud acumula tras de sí la suficiente experiencia como para determinar su fortaleza, esperemos que la solución a la dicotomía Psicología Clínica/v/Salud pueda surgir de la propia práctica. En nuestra opinión, sin embargo, sería negativo plantear la separación de ambas como si de dos especialidades independientes se tratase (manteniendo así en toda su extensión la vieja dicotomía salud/enfermedad). No creemos que la formación especializada en salud deba separarse de la formación especializada en clínica, aunque en los papeles y en los foros académicos

lleguemos a diferenciarlas casi con precisión y hasta devoción, y ciertos aspectos de la práctica así parezcan corroborarlo (se puede trabajar en el control de la hipertensión esencial o de los ataques epilépticos de una manera tan específica como se hace en el control de las verbalizaciones delirantes o de la eyaculación precoz). Las interconexiones entre las psicologías clínica y de la salud son tantas y están tan cercanas en el quehacer diario de ambas, que sería un error concebir psicólogos especializados en una de ellas y sólo con conocimientos generales en la otra. Sea el caso que uno puede estar trabajando como psicólogo de la salud en diabetes y observar que la falta de adherencia a los controles médicos anuales está causada por una no reconocida fobia a las manipulaciones analíticas (p.ej., a las extracciones de sangre); parecería un despropósito que en ese preciso momento el psicólogo de la salud demandase la presencia de un psicólogo clínico para que, resuelta la fobia, pudiera mejorar la adherencia a los controles como era su objetivo.

La nueva conceptualización del fenómeno salud/enfermedad necesariamente tiene que ser tenida en cuenta a la hora de contrastar Psicología Clínica con Psicología de la Salud. Es por esto, y por el nuevo énfasis en la prevención y la promoción de la salud más allá del contexto individuo (marco de referencia de la Psicología Clínica con alguna extensión hasta la familia, pero difícilmente más allá), que obliga a incluir la comunidad como marco de intervención, que se haya podido poner en duda que la Psicología Clínica sea el marco adecuado de referencia descriptiva para los nuevos tipos de intervenciones posibles.

Así, por ejemplo, Fierro (1988) ha señalado cómo la Psicología Clínica se ve claramente desbordada por las nuevas concepciones y prácticas, apostando por la denominación de Psicología de la Salud como mejor exponente del nuevo modo de enfrentarse a la salud como objeto de estudio desde una perspectiva individual y comunitaria. Aunque también, en lo que podría ser una concesión a la fuerza de la historia, continúa considerando apropiado mantener el nombre de Psicología Clínica para rotular aquellas intervenciones cuyo objeto principal lo constituya el individuo. Posturas similares reservando el marco de actuación a los trastornos del comportamiento se encuentran en Santacreu (1991) y Pérez Álvarez (1991).



A nuestro modo de ver, partiendo de que la división categórica entre enfermedad física y mental ha quedado obsoleta, y que estamos empeñados en obtener y promocionar un concepto unitario de salud y enfermedad para el que aún queda mucha investigación que emprender y tinta que gastar, la definición clásica de Psicología Clínica como vinculada al campo de las enfermedades mentales ha de ser revisada, tarea que, afortunadamente, no nos compete intentar aquí. Pero en cuanto a la delimitación de las cercanías -relaciones e interacciones- y lejanías -diferenciación de competencias y necesidades- entre ambas psicologías, se nos ocurre concluir centrando la discusión en ciertos hechos que aparecen destacables tanto en lo que respecta a la Psicología de la Salud como a la Clínica. Estos son:

1. El psicólogo de la salud no puede prescindir de la formación en Psicología Clínica, pues si hemos de suponer -en el más tradicional de los casos- que ésta tratase con la llamada "enfermedad mental" o "trastornos conductuales", esto es, con los problemas de salud y bienestar de índole "psicológico", lo cierto es que tal fenómeno está muy presente en el ámbito de actuación del psicólogo de la salud en la forma de "consecuencias psicológicas de las enfermedades y procesos de curación" (por ejemplo, en la forma de depresión como consecuencia del diagnóstico de una enfermedad crónica o grave; de negación -se nos viene a la memoria un caso en el que una adolescente de 16 años decidió "dejar de ser diabética", retirando su insulina y rechazando la necesidad de cuidados médicos; en forma de crisis de ansiedad ante la hospitalización o cirugía; de consecuencias psicológicas derivadas de invalidez sobrevenida o traumas físicos, etcétera).
2. Item más, el psicólogo de la salud emplea todos y cada uno de los procedimientos de intervención de la Psicología Clínica y, en realidad, cuenta con bien pocos que le sean enteramente propios.
3. Psicología de la Salud supone nuevos contenidos que la Psicología Clínica no tiene por necesarios para el desempeño de sus funciones habituales, y que obligan a cambios curriculares y a una formación complementaria en áreas biomédicas, en

la faceta social de la salud y en organización sanitaria (Pérez Álvarez, 1991), a la vez que en epidemiología y salud pública. Un psicólogo clínico necesitaría una extensa formación adicional específica para cubrir con garantías la temática objeto de estudio e intervención en Psicología de la Salud.

4. Empero, la Psicología de la Salud no puede prescindir de los tres pilares básicos de la Psicología Clínica: Psicodiagnóstico, Psicopatología y Técnicas de Tratamiento.

Y si las profesiones y especialidades se ubican en función de la diferente o adicional formación que requieren, parece lícito sostener que la Psicología de la Salud representa, por todo ello, al menos una nueva especialidad fuertemente enraizada en la Psicología Clínica, pero también más allá de ella.

Mas en cualquier caso, el problema de la delimitación y diferenciación de ambas entidades parece no resuelto y quedará durante largo tiempo por resolver, conviviendo los partidarios de considerar que "todo es Psicología Clínica", con los de considerar que "todo es Psicología de la Salud", junto a los que entienden la Salud como una subespecialidad de la Clínica dentro de un concepto unitario de salud y enfermedad, y al lado de quienes mantienen la dicotomía enfermedad física/mental y cada categoría correspondiendo a una de las especialidades.

En lo que se refiere a las relaciones entre Psicología de la Salud y técnicas de tratamiento o terapéuticas, en algún modo, Medicina Conductual y Psicología de la Salud se han entendido como extensiones y generalizaciones al campo de los trastornos de la salud, de las aplicaciones de la Terapia y Modificación de Conducta y, en todo caso, como algo relacionado a la opción terapéutica tópicamente señalada como "conductual" por frente a otras señaladas como "dinámicas", "humanistas", "sistémicas", etcétera. (por ejemplo, Echeburúa, 1993a; Labrador, 1986; Matarazzo y Carmody, 1983). Así, se entiende que la Medicina Conductual ha supuesto la expansión del ámbito de acción de la Modificación de Conducta a campos tradicionalmente reservados a la intervención médica, si bien, como Echeburúa (1993a) precisa, el desarrollo autónomo de la Medicina Conductual/Psicología de la Salud al margen del ámbito académico y divulgativo de la Modificación de Conducta en particular y la

Psicología en general, ha supuesto la aceptación "subyacente" o implícita de que la Psicología Clínica -en su versión metodológica de la Modificación de Conducta o en cualquier otra- continuara ocupándose de los "trastornos mentales o de conducta", mientras que la nueva disciplina se ocuparía en su campo propio de actuación y de divulgación de los "trastornos físicos y la relación entre ellos y lo psicológico".

En sentido estricto, tal planteamiento puede verse como contrario al espíritu del nuevo enfoque conceptual biopsicosocial y no resultaría aceptable para una Psicología de la Salud pura que insistiría en la visión unitaria de la salud. Pero el estado de cosas actual no es tan fácil de sustituir. Bien es cierto que gran parte del repertorio tecnológico disponible en Psicología de la Salud proviene del trasvase de los procedimientos empleados por la Terapia y Modificación de Conducta, en especial respecto a la intervención sobre la enfermedad. Pero, también es cierto que se han esgrimido poderosas razones para entender que, al margen de sus orígenes y su evolución, la Psicología de la Salud es hoy más que cualquiera de estas especialidades o disciplinas que permitieron, motivaron e incentivaron su nacimiento. El advenimiento de la Medicina Conductual y la Psicología de la Salud fue el resultado de un proceso más complejo que la simple expansión de la Psicología Clínica basada en la Modificación de Conducta, sin que ello signifique no reconocer que sin la tecnología de esta última y sin la aportación conceptual del Análisis de la Conducta, difícilmente la Psicología de la Salud hubiera supuesto otra cosa que un intento fallido a la altura de sus precedentes, la Medicina Psicosomática y la Córtico-Visceral. Ahora bien, reconocer la importancia de la Modificación de Conducta en tanto aportó la tecnología eficaz que los intentos anteriores no tuvieron ni encontraron y un paraguas metodológico más versátil y fructífero que los anteriores (el vinculado a la psicología como análisis del comportamiento), no debe impedirnos insistir en que se trata de algo más complejo que afecta a la concepción de la salud y la enfermedad, que ha visto cómo el comportamiento se ha vinculado a prácticamente todos los aspectos biológicos (sistema inmune incluido) y que ha afectado también a la propia Psicología enriqueciendo y consolidando su modelo explicativo con nuevos tipos de

interacciones y nuevos ámbitos de actuación, en tanto en el ámbito de la salud la actuación de la Psicología estaba limitada a poca cosa.

Por otro lado, y a fin de brindar una ocasión de polémica, también podríamos considerar que Terapia y Modificación de Conducta no es en sí misma una disciplina, sino más bien una *forma de hacer y conceptualizar* las psicologías clínica, educativa, social y comunitaria y, por qué no, la propia Psicología de la Salud, en la misma forma en que el Análisis de la Conducta no sería una disciplina separable de la Psicología sino una forma de conceptualizar y hacer Psicología. Así, las subdisciplinas aplicadas de la Psicología estarían definidas básicamente por el contexto de su aplicación, con varias formas alternativas de entenderlas y practicarlas, de las cuales la Modificación de Conducta es probablemente la más importante, pero sólo una al fin y al cabo entre varias posibilidades.

Si se acepta esto, podría señalarse que la Psicología de la Salud no es que "provenga" de la Modificación de Conducta como una extensión o una aplicación más. La Psicología de la Salud proveniría de la aplicación de la Psicología -de toda ella y desde todas sus opciones- al campo de la salud. La Psicología de la Salud puede emplear la forma de conceptualizar el comportamiento y de intervenir sobre él que caracteriza a la Modificación de la Conducta, y en dicho caso se identificaría con dicha línea de pensamiento y de acción, pero de ahí a subsumir ambas y a invertir la relación de dependencia media un importante salto cualitativo. Y si no tenemos esto en cuenta estaríamos reduciendo el ámbito de influencias que han confluído en la génesis de la actual Psicología de la Salud, y cometiendo una injusticia con las psicologías de la personalidad, social, etcétera.

## ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

Estamos con Echeburúa (1993b) cuando advierte del disloque que, a su juicio, sufre la Psicología de la Salud, que cual caballo desbocado atraviesa los campos sin respetar ni conocer límites ni senderos. Pero que la solución sea restringir su ámbito de actuación

“a la salud... los protectores de la misma... y la educación para la salud” (pág. 265) como el mismo autor propone, mientras quedaría para la Psicología Clínica cualquier actuación (sea de prevención o tratamiento) sobre la enfermedad sea esta cual fuere, nos parece algo difícil por los propios inconvenientes que surgen al intentar precisar qué significa exactamente salud y qué enfermedad, y cómo distinguir sin género de dudas la actuación en mantenimiento de la salud (la actuación sobre los protectores de la salud) de la actuación en prevención de la enfermedad. Tenemos la impresión, que puede ser falsa o errónea, que hemos de debatir aún con mayor extensión y profundidad sobre estas cuestiones y, al hilo de ello surgen algunas reflexiones sobre lo que parecen aspectos parciales o cuestiones sectoriales de la gran cuestión. Igual solucionando una a una dichas cuestiones parciales vamos arrojando luz a la distinción entre psicología de la salud y clínica, entre salud y enfermedad.

□ Primera reflexión. El surgimiento de la Psicología de la Salud se vió posibilitado por el acúmulo de acontecimientos, hechos, desarrollos y evidencias que provocaron un paulatino, pero creciente, “cambio de ideas” acerca de la salud y la enfermedad. Asimismo, la alternativa a la comprensión de la salud y la enfermedad, que vino a denominarse biopsicosocial, se perfiló por medio de propuestas de cambio en la conceptualización tales como las de Guze, Matarazzo y Saslow (1953), Lalonde (1974), Lipowski (1977) y Knowles (1977), para confluir en la propuesta de Engel (1977) que ha heredado para sí la paternidad del concepto de modelo biopsicosocial.

Sin embargo, tal modelo en realidad no aparece desarrollado en Engel (1977); esto es, establecidos sus postulados, definidos sus componentes y enunciadas sus relaciones internas y externas. De tal modo que, para ser exactos, Engel (1977) no propuso un “modelo”, sino más bien enunció una propuesta, lanzó un mensaje y señaló un camino que pedía una nueva conceptualización de la salud y la enfermedad, considerados un fenómeno -algún punto en un continuo- que viene a ser el resultado final de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Ello obligaba a tener en cuenta las tres dimensiones a la hora de enfrentarse al cuidado y explicación de la enfermedad y al mantenimiento de la salud. Pero,

para ser precisos, no se estaba reconociendo sino algo bien sabido desde hace, al menos, veintidós siglos. Que ahora seamos plenamente conscientes de ello es mejor, probablemente fantástico para el futuro de la salud de los seres humanos, pero no algo nuevo.

Continúa faltando la plasmación del modelo biopsicosocial intuido en un modelo real, con sus postulados generales, sus principios, sus elementos, sus interacciones y sus resultados claramente precisados. En la literatura especializada se han tratado hasta la saciedad las razones por las cuales el, así llamado, modelo biomédico parece haber entrado en crisis como modelo de explicación, atención y cuidado de la salud y la enfermedad, y cómo el también así llamado, modelo biopsicosocial, parece surgir como la alternativa válida para la comprensión y planificación global del fenómeno de la salud y la enfermedad. Así, se han comparado ambos puntos de vista señalando que el modelo biomédico promueve la pasividad en el paciente o la dejación de responsabilidades y exceso de confianza en la capacidad del experto sanitario, mientras que el biopsicosocial intenta promover la participación activa del paciente tanto como del individuo sano en los procesos de curación y de mantenimiento de la salud, estimulando la idea de co-responsabilidad entre profesionales y consumidores de la salud. Pero sería bueno señalar que, en un buen número de casos, tal crítica no puede referirse -y menos en exclusiva- a un modo real de pensar y/o actuar intrínseco al personal sanitario, tanto como a una "creencia" o "regla" general derivada de la forma en que se estructura el sistema sanitario basado en una concepción marco biomédica, y la forma en que social y culturalmente se han "transmitido" -consciente o inconscientemente- ciertos posicionamientos sobre la naturaleza, causas y remedios de las enfermedades.

También se ha señalado como consustancial al modelo biomédico su enfoque, casi exclusivo, sobre el tratamiento; esto es, sobre la enfermedad y su remedio, colocando como principal medida de éxito la ausencia de tal (Broome, 1989). Mientras que el modelo biopsicosocial focalizaría su atención principalmente sobre el estado de salud como un continuo y el desarrollo de habilidades de autocuidado para los pacientes crónicos cuando la curación total no sea posible. Pero también es bueno señalar que está crítica al

modelo biomédico no es "simplemente cierta". De hecho, también la Medicina ha estado preocupada por el mantenimiento de la salud y generó especialidades de Salud Pública y Medicina Preventiva con enorme trascendencia sobre el bienestar humano. Encontró vacunas y promovió su aplicación masiva; potenció medidas de higiene pública en aguas, residuos y calidad ambiental, de modo que el medio externo acabó de ser la causa de las principales, por más graves, enfermedades. No olvidemos que ha sido, precisa pero no únicamente, el éxito de la Medicina en muchos de sus frentes lo que ha permitido pasar el testigo a las enfermedades crónicas y del estilo de vida como la principal causa de mortalidad y morbilidad. Morir por infecciones a una edad temprana no permite llegar a morirse lentamente de enfermedades crónicas gestadas a lo largo de años "viviendo en salud", gracias a que tifus, cólera, viruela y demás están hoy controladas.

Ahora bien, el énfasis sobre la necesidad de una conceptualización biopsicosocial de la salud y la enfermedad debe dirigirse fundamentalmente hacia los profesionales de la salud y los teóricos e investigadores de sus respectivas disciplinas, en tanto los psicólogos -especialmente los vinculados a la visión conductual de la Psicología- hace tiempo ya que estamos convencidos de ello. La propia conceptualización de la conducta se hace, de hecho, como un fenómeno biopsicosocial. Por ello, el énfasis sobre el "modelo" biopsicosocial de salud-enfermedad nos parece más un intento apropiado para el adoctrinamiento en contra de los presupuestos del viejo régimen biomédico dualista -algo que se nota cuando se observa que ambos puntos de vista son siempre presentados en contraposición-, un énfasis que señala la necesidad de cambiar nuestra manera de pensar (y de actuar) respecto a la salud y la enfermedad, pero que no debe ser tomado como un modelo científico como tal, a menos que deseemos enzarzarnos en una discusión sin término en la búsqueda de leyes y principios capaces de explicar de una sola tacada y de forma unitaria (como si de un fenómeno simple y unidimensional se tratara) lo que es una realidad multivariada y multidimensional.

Por todo ello, un modo más razonable y justo de enfocar la cuestión se nos ocurre que puede ser considerar la perspectiva

biopsicosocial como una superación lógica de la perspectiva biomédica, algo así como un "relevo generacional" provocado por la fuerza de los hechos y una necesidad "evolutiva" latente en numerosos profesionales y que se ve corroborada por la fuerza de los datos. Esto es, una perspectiva que genéricamente establece que los factores psicosociales están implicados, junto a los de tipo biológico, en la génesis, desarrollo, pronóstico y curación de las enfermedades y que ello obliga a conceptualizar el campo de la salud y la enfermedad en una nueva manera más abierta, interactiva y pluridimensional que, probablemente, no tenga que renunciar a demasiados planteamientos biomédicos clásicos sino, mejor, integrar los psicosociales y relacionarlos con aquéllos.

Resumiendo. La Psicología de la Salud no creemos que necesite -ni deba, ni sea su función- generar un modelo de salud/enfermedad, porque su modelo es el de la Psicología que la respalde (de modo que tendríamos tantas psicología de la salud como psicologías existen, aunque la de mayor pujanza sea la vinculada a una de dichas opciones). Tal modelo marco o punto de referencia para explicar el continuo salud-enfermedad debe salir, si sale, del grupo de disciplinas que confluyen en lo que hemos denominado como Medicina Conductual; modelo al cual la Psicología de la Salud aportará los aspectos de la interacción propios y relativos al comportamiento. Pero esto nos permite profundizar en una nueva reflexión.

Segunda reflexión. El alegato central que da vida a la Psicología de la Salud ("el papel del comportamiento en la salud y la enfermedad") significa la reivindicación (no sólo profesional sino también académica docente e investigadora) de la consideración de la paridad medicina-psicología, y la derivación automática (tan automática como la que lleva al paciente diabético del médico generalista al endocrino) de aquéllos pacientes cuyos problemas requieran de una intervención psicológica exclusiva, preferente o adjuntiva (problemas de adherencia al tratamiento, problemas de dieta, insomnes, fumadores, tensión, etc.). Pero ello conllevaría el correspondiente entrenamiento de los médicos generalistas y especialistas en las habilidades de discriminación de tales sospechas etiopatogénicas. Pero esto es un arma de doble filo. Sin duda muchas voces acabarán



reclamando que otra opción más barata para la sociedad y argumentada como más conveniente por otras varias razones (por ejemplo, el aprovechamiento integral del control que supone el *status* de la bata blanca para los pacientes y sus familias), sería plantear crudamente un giro copernicano en la formación psicológica de los profesionales de la Medicina y la Enfermería<sup>3</sup>, de forma que las técnicas de intervención que propone la Psicología de la Salud (o la Psicología Clínica de la Salud como aplicación de la Psicología de la Salud al ámbito de las enfermedades) pasasen a formar parte del *armamentarium* terapéutico de dichos profesionales. De ese modo, si el endocrinólogo detecta que su paciente diabético adolescente no necesita una rectificación de sus dosis insulínicas o su dieta, sino mejor el diseño de una economía de fichas que le permita cumplir los plazos de sus inyecciones, tranquilamente la diseña y junto al personal del equipo de enfermería la aplica y en paz<sup>4</sup>.

Tercera reflexión. Que el concepto de salud no deba limitarse al plano biológico, incorporando el plano psicológico y el social<sup>5</sup> (!?), es una recomendación de la Organización Mundial de la Salud recogida con alborozo y casi universalmente aceptada en la literatura.

<sup>3</sup> Algo que ya se está produciendo en puntos pioneros por mediación de médicos y psiquiatras formados en Psicología de la Salud y en Análisis del Comportamiento, y que están trasladando sus conocimientos a la formación reglada de sus alumnos en Medicina y Enfermería. Y, no olvidemos, los propios psicólogos que "con enorme visión de futuro" establecen asignaturas como "Modificación de Conducta en Enfermería" por citar sólo un botón como muestra.

<sup>4</sup> Resulta revelador el ejemplo aportado por colegas médicos con los que mantenemos desde largo tiempo una colaboración en la investigación diabetológica. Su forma de tratar los casos de anorexia (derivados a ellos por las disfunciones endocrinas que implican) no tiene nada que envidiar al mejor modo de proceder del mejor modificador de conducta salido de nuestras facultades de Psicología, y son harto diferentes a los que un estricto modelo biomédico dictamina. Esto es algo a lo cual hay que empezar a acostumbrarse. La colaboración interdisciplinar de los psicólogos cambia la conducta de los colegas con los cuales colaboramos, de modo que la generalización y extensión de la forma de proceder es cuestión de tiempo.

<sup>5</sup> La salud es referida a una persona y como tal no parece que tenga un plano social que no sea una proyección hacia otros y desde otros de su plano psicológico.

tura sobre Psicología de la Salud. La propia OMS entiende la salud como "estado de completo bienestar físico, psíquico y social"<sup>6</sup>, aceptando con ello la interdependencia de las diferentes facetas que conforman el estado de salud, pero a la vez, y esto se pasa por alto, que el estado de salud está formado por diferentes realidades identificables entre sí.

Esto suena bien y va con los tiempos que corren, pero ¿cómo puede operacionalizarse el bienestar si no es como el estado o sensación global que produce la ausencia de todo tipo de situación aversiva? La sensación de bienestar es un sentimiento, además, que puede estar basado en una falsa o incompleta percepción. Uno puede encontrarse perfectamente pero haber contraído sin saberlo el VIH ¿está sano o enfermo? Uno puede encontrarse "como una rosa" o "fuerte como un toro" mientras que en sus pulmones, o en su hígado o páncreas, se está gestando un cáncer ¿está sano o enfermo? ¿Qué otra cosa es el bienestar total que no sea la ausencia de señales o indicadores de malestar? El bienestar o el malestar se reducen a sensaciones producto del cúmulo de acontecimientos orgánicos, interpersonales, privados, etc., que nos afectan psicológicamente y, por tanto, somos capaces de percibir.

Así, una persona que pasa plácidamente sus vacaciones cada año en su confortable y burgués refugio de la montaña, se encuen-

---

<sup>6</sup> De nuevo no acaba de entenderse como puede haber un "estado de bienestar social" que no sea sino la suma de los bienestar físicos y psíquicos de quienes conforman esa sociedad. De modo que el bienestar social es simplemente una mera consecuencia de los bienestar personales. La sociedad estará bien o mal en función de cómo estén quienes la forman. Si se argumenta que un malestar "social" es, por ejemplo, la falta de recursos sanitarios o vivir bajo una dictadura, mezclar esto con la salud como "bienestar social" es un tanto pretencioso (habrá miembros de esa sociedad que a pesar de su autoritarismo -o justo por ello- estén bien y sean plenamente felices, mientras otros estarán mal y no gozarán de "bienestar social" -pero siempre porque no gozan en primera instancia de bienestar físico y/o psíquico). La salud como objeto se restringe al individuo. Lo demás son determinantes del estado individual de salud y no deben confundirse con el concepto de salud misma.

<sup>7</sup> Sin olvidar ni por un momento el carácter estrictamente funcional e idiosincrático de la consideración de algo como aversivo.

tra en completo bienestar físico, psicológico y social aunque a doscientos metros de su paraíso particular se encuentren semienterrados residuos radiactivos que clandestinamente se hicieron llegar allí, y cuyas emisiones estén generándole a medio plazo un cáncer. Plácidamente pudo encontrarse quién estuvo tomando alimentos contaminados y que a la vuelta de unos meses o años acabaron por evidenciar una afectación a la salud "detectable", tipo síndrome tóxico, por ejemplo.

La salud o la enfermedad, por tanto ¿debe reducirse a criterios meramente psicológicos de sensación de bienestar o malestar? Repárese con cuidado que la aceptación de esta propuesta invalidaría ciertos presupuestos de control del comportamiento preventivo.

¿Cómo delimitar el bienestar? ¿Evaluándolo a nivel "profundo"? ¿Subdividiéndolo en convencional, público y privado? Pero si llevamos esto a sus últimas consecuencias podemos acabar recuperando para la Psicología de la Salud el descriptor de "personalidad múltiple", de manera que aceptemos que la inmensa mayoría de la gente goza de diversos estados de bienestar según la audiencia ¿se puede concluir que gozan de diversos estados de salud según la audiencia? Parece obvio que la aplicación del concepto "oficial" de salud como bienestar no resiste la prueba filosófica de la reducción al absurdo. Si bienestar equivale a salud, uno mismo podría estar en precario estado de salud consigo mismo y/o sus íntimos, y en excelente estado de salud con los demás. No es intención nuestra especular con planteamientos de filosofía cotidiana, sino mejor significar el peligro de mezclar sin ningún control lo "psicológico" con el número de hematíes por campo, su nivel de glucosa en sangre o su presión sistólica, a la hora de delimitar si una persona se encuentra enferma o sana, en tanto su "bienestar" físico puede ser objetivamente comprobado y la determinación del psicológico goza de serias dificultades.

Parece más una concesión política a la galería la inclusión del bienestar psicológico en el concepto de salud, y a nuestro modo de ver, debería ser diferenciado, al menos como punto de referencia en su determinación de igual trascendencia que el denominado "bienestar físico" -y ya conducirá esto a la preparación de alega-

ciones sobre la dimensión psicológica del propio bienestar físico, etc. Concedásenos que se trata de cuestiones diferentes, en tanto no se está cuestionando la absoluta e inexcusable interacción biología/comportamiento, sino el abuso de lo "psicológico" y su empleo indiscriminado e impreciso -que a la larga acabará por desprestigiar el propio término.

Cuarta. Finalmente, una de las críticas más sensatas y constructivas al concepto y a la realidad de la Psicología de la Salud, intrínsecamente relacionada con la delimitación del concepto salud/enfermedad, aduce que la Psicología de la Salud más parece una Psicología de la Enfermedad (Echeburúa, 1993b), a tenor de la realidad observada en sus escritos, mayoritariamente dedicados a la intervención sobre enfermedades que a la actuación en pro del mantenimiento de la salud en individuos sin enfermedades diagnosticadas.

Con parecemos cierto a primera vista este alegato, su consideración podría precisarse a la luz de la concepción epistemológica del supuesto binomio salud/enfermedad de la cual se parta. Se nos antoja que igual no se trata de un binomio, sino de un continuo gradual. Considérese, como simple ejercicio de reflexión y sin ánimo de generar una polémica fundamentalista, que si tomamos por salud el funcionamiento integrado y correcto del organismo humano en su totalidad, ciertos funcionamientos incorrectos de dicha totalidad o de alguna de sus parcelas, pueden entenderse como estados de salud en tanto no requieren de rectificación terapéutica -uno de los elementos definidores esenciales del concepto de enfermedad como alteración de la salud. Pero de igual modo, por otro lado la salud pura, en definitiva, es algo que simplemente no existe, porque cualquier organismo en cualquier momento desde su concepción hasta su muerte, es virtualmente seguro que presentará alguna alteración de lo que se conceptualizaría *in vacuüm* como su funcionamiento integrado y/o correcto. De modo que lo que realmente existen son organismos más o menos "enfermos", aunque sólo algunos de ellos serán designados de esta manera por razones cuantitativas o cualitativas. Visto así, podríamos concluir que cualquier Psicología de la Salud es, en realidad, una Psicología de la Enfermedad, pero no vamos a hacerlo.

Aún más. Ciertas enfermedades aparecen hoy como irresolubles. Una persona enferma de SIDA o diabetes ya no *puede volver atrás en su salud* y recuperar estados previos menos debilitantes. Si trabajamos para que estos pacientes sufran menos, frenen en lo posible su deterioro o reduzcan la repercusión de su estado biológico sobre su vida, no necesariamente hemos de calificar nuestro quehacer como propio de una Psicología de la Enfermedad, porque estaríamos trabajando para conseguir el grado óptimo de salud a que dichas personas *pueden aspirar* dadas sus circunstancias.

Apuremos el cáliz. Si uno trabaja con pacientes terminales a las puertas de la muerte para que acepten la inminencia del inevitable desenlace, tampoco tenemos necesariamente que aceptar que estamos haciendo Psicología de la Enfermedad porque el único hábito de salud que les queda a estas personas es "morir en paz" -como siempre se ha dicho-; esto es no sufrir durante una semana, un mes o un año el impacto psicológico añadido al inevitable impacto biológico. La única salud que podemos tratar de conservar en ellos es su "salud psíquica", de modo que también podríamos aceptar que nuestro trabajo en dicho caso tiene que ver con la salud y el descriptor Psicología de la Salud no tiene por qué considerarse una aberración demasiado escandalosa aplicado a dichos quehaceres. Lo que, de nuevo, nos permite enlazar con el planteamiento discutido acerca del concepto de salud.

## BIBLIOGRAFÍA

- Asken, M.J. (1979) **Medical Psychology: Toward definition, clarification, and organization.** *Professional Psychology*, 10, 66-73.
- Baum, A., Grunberg, N.E. y Singer, J.E. (1982) The use of psychological and neuroendocrinological measurements in the study of stress. *Health Psychology*, 1, 217-236.
- Bayés, R. (1981). *Acotaciones a la laboriosa gestación, feliz nacimiento, espléndido bautizo y aplaudidos primeros pasos de la Medicina Conductual (Behavioral Medicine)*. Primer Congreso de Sociología, Zaragoza.

- Bayés, R. (1985). *Psicología Oncológica*. Barcelona: Martínez roca.
- Bellack, A.S. y Hersen, M. (1980). *Introduction to Clinical Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Belloc, N.B. (1973). Relationship of health practices and mortality. *Preventive Medicine*, 2, 67-81.
- Belloc, N.C. y Brøslow, L. (1972). Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine*, 1, 409-421.
- Birk, L. (1973). *Biofeedback: Behavioral Medicine*. New York: Grune y Stratton.
- Blanchard, E. B. (1977). Behavioral medicine: A perspective. En R.B. Williams, y W.D. Gentry (Ed.) *Behavioral approaches to medical treatment*. Cambridge, Mass.: Ballinger.
- Breslow, L. y Enstrom, J.E. (1980) Persistence of health habits and their relationship to mortality. *Preventive Medicine*, 9, 469-483.
- Broome, A.K. (1989) *Health Psychology. Processes and applications*. Londres: Chapman and Hall.
- Carrobles, J.A. (1984) Psicología y Medicina. En M.D.Avia, R. Burgaleta, C. Camarero, J. A. Carrobles, M. Costa, A. Fierro, J.A. Juan, y J. Toro (Eds.) *La psicología como ciencia*. Madrid: Ayuso.
- Cautela, J.R. (1980) *Die Anwendung der verdeckten Konditionierung in der Behandlung organischer Störungen*. (Manuscrito citado en Reig, 1981).
- Echeburúa Odriozola, E. (1993a) *Modificación de Conducta y Psicología Clínica*. Bilbao: Servicio Editorial Universidad País Vasco.
- Echeburúa Odriozola, E. (1993b) La Psicología de la Salud: un constructo mal enfocado. En V. Pelechano (Comp.) *Psicología, mitopsicología y postpsicología*. Valencia: Alfaplus. Págs.: 249-272.
- Engel, G.L. (1977) The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Ferguson, J.M. y Taylor, C.B. (1980) *The Comprehensive Handbook of Behavioral Medicine*. Vol. 1, 2 y 3. Lancaster: MTP Press Limited.
- Fierro, A. (1988) Introducción. En A. Fierro (Ed.) *Psicología Clínica. Cuestiones actuales*. (pp. 13-16). Madrid: Pirámide.
- Gentry, W.D. (1982) What is behavioral medicine? En J.R. Eiser (Ed.) *Social Psychology and Behavioral Medicine* (pp. 3-13). New York: Wiley.
- Gentry, W.D. y Matarazzo, J.D. (1981) Medical psychology: Three decades of growth and development. En L.A. Bradley y C.K. Prokop (Ed.) *Medical psychology: Contributions to behavioral medicine*. New York: Academic Press.
- Guze, S.B., Matarazzo, J.D. y Saslow, G. (1953) A formulation of principles of comprehensive medicine with special reference to learning theory. *Clinical Psychology*, 9, 127-136.

- Katz, R.C. y Zlutnick, S.** (1975) *Behavior therapy and health care: Principles and applications*. New York: Pergamon Press.
- Kazdin, A.E. y Wilson, G.T.** (1978) *Evaluation of Behavior Therapy: Issues, evidence, and research strategies*. Cambridge, Ma.: Ballinger Pub. Co.
- Knapp, T.J. y Peterson, L.W.** (1976) Manejo de la conducta en la práctica médica y de enfermería. En W.E. Craighead, A.E. Kazdin y M.J. Mahoney (Ed.) *Modificación de conducta. Principios, técnicas y aplicaciones*. (pp. 277-307). Barcelona: Ediciones Omega.
- Knowles, J.H.** (1977) The responsibility of the individual. En J.H. Knowles (Ed.) *Doing better and feeling worse: Health in the United States*. New York: Norton.
- Krantz, D.S., Grunberg, N.E. y Baum, A.** (1985) Health Psychology. *Annual Review of Psychology*, 36, 349-383.
- Labrador, F.J., Muñoz, M. y Cruzado, J.A.** (1990) Medicina Conductual. En F. Fuentenebro, y C. Vázquez (Ed.) *Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría. Vol. I: Psicología Médica y Psicopatología* (pp. 641-651). Madrid: Interamericana-McGrawHill.
- Lalonde, M.** (1974) *A new perspective on the health of Canadians: A working document*. Ottawa: Government of Canada.
- Lipowski, Z.J.** (1977) Psychosomatic medicine in the seventies: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 134, 233-244.
- Maes, S. y van Veldhoven, M.** (1990) From Health Behaviour to Health Behaviour Change. En A. A. Kaptein, H.M. van der Ploeg, B. Garsen, P.J.G. Schreurs, y R. Beunderman (Ed.) *Behavioural Medicine. Psychological Treatment of Somatic Disorders* (pp. 33-47). Chichester: John Wiley y Sons.
- Matarazzo, J.D.** (1980) Behavioral Health and Behavioral Medicine. *Frontiers for a New Health Psychology. American Psychologist*, 35, 807-817.
- Matarazzo, J.D.** (1987) Relationships of Health Psychology to other segments of Psychology. En G. C. Stone, S. M. Weiss, J. D. Matarazzo, N. E. Miller, J. Rodin, C. D. Belar, M. J. Follick, y J. E. Singer (Ed.) *Health Psychology. A discipline and a profession* (pp. 41-59). Chicago: The University of Chicago Press.
- Matarazzo, J.D. y Carmody, T.P.** (1983) Health Psychology. En M. Hersen, A. E. Kazdin, y A. S. Bellack (Ed.) *The Clinical Psychology Handbook* (pp. 657-682). New York: Pergamon Press.
- McKegney, F.P. y Schwartz, C.F.** (1986) Behavioral medicine: Treatment and organizational issues. *General Hospital Psychiatry*, 8, 330-339.
- Millon, T.** (1982) On the nature of Clinical Health Psychology. En T. Millon, C. Green, y R. Meagher (Ed.) *Handbook of Clinical Health Psychology* (pp. 1-27). New York: Plenum Press.

- Pelechano, V.** (1981) Intervención comportamental: una vieja aspiración con un nuevo perfil. *Análisis y Modificación de Conducta*, 7, 31-65.
- Pérez Alvarez, M.** (1990) *Médicos, pacientes y placebos. El factor psicológico en la curación*. Oviedo: Pentalfa.
- Pérez Alvarez, M.** (1991) Medicina, Psicología de la Salud y Psicología Clínica. *Revista de Psicología de la Salud*, 3, 21-44.
- Polaino-Lorente, A.** (1983) Medicina Comportamental. En A. Polaino-Lorente (Ed.) *Psicología Patológica* (pp. 1143-1161). Madrid: UNED.
- Pomerleau, O.F.** (1979) Behavioral medicine: the contribution of the experimental analysis of behavior to medical care. *American Psychologist*, 8, 654-663.
- Pomerleau, O.F. y Brady, J.P.** (1979) *Behavioral Medicine: Theory and Practice*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Rachman, S.** (1977) *Contributions to Medical Psychology*. Vol. 1. New York: Pergamon Press.
- Reig, A.** (1981) Medicina Comportamental. Desarrollo y líneas de intervención. *Análisis y Modificación de Conducta*, 7, 99-150.
- Ribes Iniesta, E.** (1979) Prólogo. En R. Bayés (Ed.) *Psicología y Medicina. Interacción, cooperación, conflicto*. (pp. 9-14) Barcelona: Ed. Fontanella.
- Rodin, J. y Stone, G.C.** (1987). Historical highlights in the emergence of the field. En G.C. Stone, S.M. Weiss, J.D. Matarazzo, N.E. Miller, J. Rodin, C.D. Belar, M.J. Follick y J.E. Singer (Ed.) *Health Psychology. A discipline and a profession*. (pp. 15-26). Chicago: The University of Chicago Press.
- Santacreu, J.** (1991) Psicología Clínica y Psicología de la Salud: marcos teóricos y modelos. *Revista de Psicología de la Salud*, 3, 3-20.
- Schwartz, G.E., y Weiss, S.M.** (1977) *Proceedings of the Yale Conference on Behavioral Medicine*. Washington, D.C.: US Government Printing Office.
- Schwartz, G.E. y Weiss, S.M.** (1978) Yale Conference on Behavioral Medicine: a proposed definition and statement of goals. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 3-12.
- Singer, J.E. y Krantz, D.S.** (1982) Perspectives on the interface between Psychology and Public Health. *American Psychologist*, 37(955-960),
- Stone, G.C.** (1991) Foreword. En J.J. Sweet, R.H. Rozensky y S.M. Tovian (Ed.), *Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings* (pp. xi-xii). New York: Plenum Press.
- Stuart, R.B.** (1982) A Natural History of Health Behavior decision-making. En R.B. Stuart (Ed.) *Adherence, compliance and generalization in behavioral medicine*. (pp. 3-27). New York: Brunner/Mazel.
- Trespalacios, J.L.F.** (1984) La medicina conductual. Una revisión de su definición y uso. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 39, 1-20.



Williams, R.B. y Gentry, W.D. (1977) *Behavioral approaches to medical treatment*. Cambridge, Mass.: Ballinger.

Wright, L. (1979) Health Care Psychology: Prospects for the well-being of children. *American Psychologist*, 3, 1001-1006.