

## MENTES Y CUERPOS: AMORES, DESAMORES Y RENUNCIAS

**Amparo Belloch Fuster**

Dept. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos  
Facultad de Psicología. UNIVERSITAT DE VALENCIA

*Sucedee con frecuencia que llega uno a encontrar una idea que buscaba, llega a darle forma, es decir a obtenerla, gracias a los esfuerzos que hace para presentarla a los demás.*

*Miguel de Unamuno*

### RESUMEN

*Se revisan las razones lógicas e históricas que han provocado la aparición de la etiqueta "psicología de la salud" y se discuten y delimitan una serie de términos afines tales como psicología médica, sociología médica, antropología médica, medicina psicosomática y medicina comportamental (con la detección de algunos de los problemas conceptuales y de contenido que esta última expresión lleva consigo). Se discute, a continuación, la pretendida diferenciación entre psicología clínica y psicología de la salud, para concluir que esta última: (y) adolece de fundamentación conceptual adecuada; (ii) puede entenderse como un campo de aplicación de la psicología clínica y no como un trabajo interdisciplinar; (iii) no se ha desarrollado de forma coherente con su declaración fundacional y (iv) tiende a confundir una especialización profesional con la fundación de una nueva disciplina.*

**Palabras clave:** VALORACIÓN CONCEPTUAL DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD, CLÍNICA Y SALUD, REQUISITOS PARA UNA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

## SUMMARY

*Logical and historical reasons are revised, which have brought about health psychology and the author discusses different terms used to refer similar domains of knowledge such as medical psychology, medical sociology, medical anthropology, psychosomatic medicine, and behavioral medicine (with the detection of some conceptual and content problems present with behavioral medicine). After that, the theoretical difference between clinical psychology and health psychology is discussed to conclude that the latter: (i) is in need of conceptual foundations; (ii) can be understood as a field of application of clinical psychology and not as an inter-disciplinary domain; (iii) has not developed coherently with regard to its original goals and (iv) confuses a professional specialty with the founding of a new discipline.*

**Key words:** CONCEPTUAL EVALUATION OF HEALTH PSYCHOLOGY, CLINICAL AND HEALTH PSYCHOLOGY COMPARED, NEEDS FOR A HEALTH PSYCHOLOGY

## INTRODUCCIÓN

No hace mucho, en una conversación-entrevista con el profesor Pelechano en Valencia, se le preguntó qué opinión le merecían las perspectivas que, para la Psicología, abría la psicología de la salud. Muy agudamente, Pelechano recordó las palabras de Seymour Rachman quien, con bastante ironía, había dicho que la psicología de la salud había sido de gran utilidad para los psicólogos de la salud, pero lo que ya no estaba tan claro era que hubiese sido de utilidad para los enfermos. Con ello ponía de manifiesto que este nuevo campo de estudio (poco más de una década de historia oficial), debía mejorar substancialmente si se querían alcanzar cotas más altas que las simplemente testimoniales. Yo matizaría la sugerencia de Rachman sustituyendo la segunda parte por lo siguiente: no estoy muy segura de que la *nueva* disciplina sea útil para la Psicología (y eso a pesar de que yo también estoy trabajando

desde hace unos años en *psicología de la salud*). Quizá sea porque no acabo de tener claras las fronteras que separan mi actividad como psicopatólogo (mi marco de referencia disciplinar) de las relacionadas con la psicología de la salud. Por eso, cuando el profesor Pelechano me pidió que reflexionara en voz alta acerca de estas cuestiones, lo primero que me vino a la cabeza fue el subtítulo para el trabajo que tienen en sus manos ahora: "reflexiones de una psicopatólogo perpleja". Lo cual significa, obviamente, que no tengo muy claros los argumentos a plantear, ni las tesis a defender. Por ello intentaré ajustarme a un guión más o menos "escolar", para evitar, en la medida de lo posible, conclusiones arbitrarias.

Comenzaré por hacer un breve recuerdo de los hitos y las razones que, según se dice, subyacen al surgimiento de esta nueva disciplina psicológica para proceder después a establecer las diferencias y semejanzas con otras disciplinas afines (psicológicas o no). Sin perder de vista este marco de referencia, el tercer punto lo dedicaré a analizar, de forma más detenida, las relaciones y diferencias con la psicología clínica, lo cual constituye el núcleo básico de este trabajo. La razón es muy sencilla: en la mayor parte de los textos seminales de psicología de la salud se establecen diferencias y semejanzas con disciplinas anteriores o coetáneas más o menos afines, pero nunca se alude a la psicología clínica, en parte porque se da por supuesto que son diferentes, con lo cual no hay lugar para las comparaciones. Sin embargo, yo no acabo de comprender ese supuesto y lo que de él entiendo, no lo comparto. En consecuencia, mi objetivo no es otro que el de exponer mis razones para esa discrepancia.

## **EL SURGIMIENTO DE UNA NUEVA DISCIPLINA: LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

Como es bien sabido la psicología de la salud tiene el honor de poseer acta oficial de nacimiento como disciplina psicológica: 1978, creación de la División 38 de la American Psychological Association (APA) con la denominación "psicología de la salud". Su concepción

tuvo lugar naturalmente antes, en 1973, cuando el Comité de Asuntos Científicos de la APA aprobó la creación de un grupo de trabajo cuya misión era examinar las posibilidades que tenía la Psicología en la investigación sobre la salud. El periodo de gestación duró, por lo tanto, tan solo 5 años, una gestación muy rápida, si tenemos en cuenta el hecho de que estamos hablando del nacimiento de una *nueva* disciplina científica. Y añadiría que una gestación contracorrente, si nos atenemos a la declaración que el mencionado grupo de trabajo hizo en 1976, sobre que solo unos pocos psicólogos estaban trabajando en el campo de la salud y que sus trabajos tenían poco impacto en las publicaciones psicológicas. A pesar de ello, el informe final anticipaba un futuro brillante para la psicología en el campo de la mejora de la salud y la prevención de la enfermedad (APA Task Force, 1976).

Sea como fuere, en 1978 ya se disponía de un nombre (psicología de la salud) y un lugar (la División 38) en el que ubicar a la nueva criatura. Restaba solo ponerse de acuerdo acerca de su identidad y su medio "natural" de expresión. Para lo segundo, la 38 se dotó de un órgano propio, la revista *Health Psychology*, que en 1982 dio a luz su primer número. De su identidad se ocupó con más éxito que otros Joseph Matarazzo, el primer presidente (o tutor de la criatura, por seguir la metáfora) de la citada 38. Él fue quien propuso la primera definición ampliamente consensuada (Matarazzo, 1980, pág. 815): *"La Psicología de la Salud es el conjunto de aportaciones, tanto de tipo educativo como científico y profesional, que proporcionan las diversas áreas psicológicas para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y sus consecuencias"*. A esta definición, y tras escuchar a los otros tutores, añadiría poco después lo que sigue: *"así como el análisis y la mejora de los sistemas sanitarios y de la política general de formación sanitaria "* (Matarazzo, 1982, pág. 4).

El significado de esta declaración de principios es bastante obvia: "cualquier actividad psicológica que esté relacionada con cualquier aspecto de la salud, la enfermedad, los sistemas de cuidados de salud, o las políticas de formación sanitaria, caben dentro del ámbito

de la psicología de la salud" (Feuerstein, Labbé y Kuczmierczyk, 1986, pág. 3). Así pues, tareas que tradicionalmente se venían llevando a cabo desde la psicología clínica o desde la psicología de las organizaciones, por poner dos ejemplos significativos, pueden ser asumidas sin problemas por la nueva disciplina. De hecho, Stone (1982) había sugerido que el psicólogo de la salud podía intervenir en cualquier punto, lugar o momento dentro del sistema de organización general de la salud y los cuidados sanitarios. Se trataría pues de un ámbito de aplicación de la Psicología en el que revertir todo el bagaje de conocimientos del que disponemos hoy.

El crecimiento de la psicología de la salud ha sido espectacularmente rápido e intenso, lo que hace pensar que recibió buenos y saludables cuidados, como corresponde a una criatura de finales de siglo nacida en nuestro próspero mundo occidental. Según Stone (1982), el primer director de *Health Psychology*, en 1974 había tan solo 52 psicólogos (de la APA, se entiende) que podían ser calificados, propiamente, como psicólogos de la salud. En 1980 la División 38 contaba con cerca de 1500 miembros, y ocho años más tarde esta cifra se había duplicado. El ejemplo de la APA es seguido, como era de esperar, por las organizaciones profesionales y científicas de psicólogos de otros muchos países, incluido el nuestro, e incluso por la International Association of Applied Psychology, que crea una división de psicología de la salud.

Hasta aquí, a grandes rasgos, la historia oficial o mejor, el relato aséptico de los acontecimientos. La pregunta que inevitablemente surge es, a mi entender, la siguiente: ¿Y cómo a aquel pequeño grupo de trabajo se les ocurrió semejante idea? ¿Fue acaso una visión o tal vez una apuesta?. La respuesta más habitual (véanse por ejemplo los textos y artículos "clásicos" sobre psicología de la salud, tales como el de Brannon y Feist (1992), Feuerstein et al. (1986) o Taylor (1986)) alude a argumentos como los siguientes, que he desarrollado también en otros lugares (Belloch, 1989, 1991, 1992; Belloch y Olabarría, 1993):

a) *Cambio en las causas de mortalidad y en los patrones de enfermedad en los países occidentales*: A principios del siglo XX las principales causas de muerte eran las enfermedades infecciosas tales como influenza, neumonía, difteria o las infecciones gastro-

intestinales. La mortalidad causada por estas enfermedades ha ido descendiendo a un nivel cada vez menor en el mundo occidental durante las últimas décadas debido a la mejora de la sanidad, el desarrollo de vacunas eficaces, inmunizaciones masivas y el desarrollo espectacular de los tratamientos farmacológicos. No cabe duda alguna de que el modelo biomédico, con su énfasis exclusivo en las causas biológicas del enfermar humano, supuso un gran avance en la detección y control de estas enfermedades. Pero, actualmente las principales causas de muerte en estos países son las enfermedades crónicas en contraste con las enfermedades agudas e infecciosas, características de otras épocas, como son las enfermedades cardiovasculares y el cáncer (Matarazzo, Weiss, Herd, Miller y Weiss, 1984). Los principales factores de riesgo de estas enfermedades están fuertemente asociadas a factores conductuales tales como fumar, hábitos nutricionales, abuso de alcohol o ausencia de ejercicio físico (Maes y Van Veldhoven, 1990). A medida que se investigan las nuevas causas principales de enfermedad y muerte, se hace cada vez más evidente que el modelo biomédico no es lo suficientemente potente y versátil como para dar cuenta, por sí sólo, de las diversas etiologías involucradas en la génesis y/o el mantenimiento de las nuevas enfermedades mortales (Belloch y Olabarria, 1993) y no presta la suficiente atención a determinantes importantes de la salud (McHugh y Vallis, 1986; Mechanic, 1980; Cott, 1986).

Estas circunstancias, junto con otras, han propiciado el desarrollo de la psicología de la salud debido a que estas enfermedades tienen como causas factores sociales y psicológicos. Además, al ser enfermedades que se prolongan en el tiempo, los factores psicológicos que están en conexión con ellas afloran de una forma más evidente (Brannon y Feist, 1992; Taylor, 1986).

*b) Desarrollo del modelo biopsicosocial:* como acabamos de ver, el modelo biomédico de salud ha sido útil para el tratamiento de determinados trastornos, pero su concepción mecanicista y unidireccional de la salud y la enfermedad se muestra insuficiente a la luz de las investigaciones recientes y del desarrollo de nuevas enfermedades. Se dice que la psicología de la salud no pretende ignorar ni rechazar todos estos logros, ni sustituir unos métodos de

trabajo demostradamente eficaces por otros dependientes de la psicología, sino que propone llegar a aquellas áreas donde no alcanza la medicina tradicional; y ello por tres razones básicas: porque no puede, no sabe y no es su función (Belloch y Olabarría, 1993).

Las características del modelo biomédico que han hecho cuestionar su validez tienen que ver, por una parte, con su concepción extremadamente reduccionista (Taylor, 1986): reduce la enfermedad a procesos de bajo nivel. Además, es un modelo unifactorial, que explica la enfermedad solamente en términos de disfunción biológica. Según este modelo solo ellos pueden ser responsables del desarrollo de la enfermedad. Pero deja sin explicar el porqué un conjunto particular de condiciones no origina inevitablemente una enfermedad.

Por otro lado, se fundamenta en el dualismo mente-cuerpo, derivado de la distinción cartesiana entre *res extensa* y *res cogitans*, según lo cual la *res extensa* (el cuerpo) existe en el tiempo y el espacio, está sujeta a las leyes del universo físico y su estructura y función solamente pueden ser estudiadas sobre la base de la ciencia (entendiendo por tal, disciplinas como la bioquímica o la fisiología).

La importancia concedida a la enfermedad es mucho mayor que la prestada a la salud. Esto es, enfatiza la enfermedad sobre la salud: de acuerdo a su concepción de salud como ausencia de enfermedad, se preocupa más de corregir enfermedades que de promocionar la salud. Por último, y en otro orden de cosas, habría que añadir que en general la relación entre médico y paciente, se ha asentado tradicionalmente en una actitud de obediencia y sumisa delegación por parte del enfermo (el *paciente*), ante el *poder tecnocrático* sustentado por los profesionales sanitarios.

Ante esta concepción de la salud y de la enfermedad, Engel (1977) proclamó la necesidad de un modelo alternativo al biomédico tradicional que "tenga en cuenta al paciente, el contexto social en el que vive, y el sistema complementario diseñado por la sociedad para tratar con los efectos perturbadores que tiene la enfermedad, esto es, el rol del médico y el sistema sanitario" (pág. 12). Este modelo es denominado como "biopsicosocial", precisamente para

integrar los tres grupos de elementos a los que aluden planteamientos como el de Engel: los biomédicos, los sociales y los intrapsíquicos.

La idea fundamental es que cualquier resultado de salud o de enfermedad es consecuencia de la interrelación entre los tres grupos de factores mencionados (Taylor, 1986), tanto por parte de los macroniveles (apoyo social, depresión) como de los microniveles (alteraciones químicas). Estos diferentes niveles interactúan para producir un estado de salud o enfermedad. Por tanto, salud y enfermedad dependen de múltiples factores que a su vez originan múltiples efectos; por lo tanto se apuesta por una visión multifactorial y multideterminada de la etiopatogenia, en franca oposición a la perspectiva etiológica unicausal del modelo anterior. En este aspecto, se basa en la teoría de sistemas, donde cada nivel de organización está enlazado con los demás jerárquicamente y cada cambio en uno de ellos influye en los demás (Brody, 1973).

El proceso de diagnóstico debe (o mejor dicho debería, puesto que se trata más de un anhelo que de una realidad) considerar siempre la interrelación de los tres factores mencionados. Además se necesita un equipo interdisciplinar para realizar el diagnóstico. Del mismo modo, en el tratamiento deben estar representados los tres factores, en un marco de *acciones integradas*, llevadas a cabo por un *equipo de salud*, en el que deben encontrarse representados profesionales especializados en el estudio de cada uno de los tres grupos de variables (Belloch y Olabarria, 1993).

Respecto al problema del dualismo cuerpo-mente, el nuevo modelo no permite establecer distinciones nítidas, puesto que se asume que ambos interactúan de manera constante y, por ello mismo, ambos influyen en los estados de salud y de enfermedad. Y como característica definitoria añadida y muy reveladora del gran cambio producido, el objetivo fundamental es el mantenimiento de la salud y no solo el tratamiento de la enfermedad.

c) *Encarecimiento de los costes sanitarios* (Brannon y Feist, 1992; Maes y Van Veldhoven, 1990; Taylor, 1986): Uno de los logros indudables de nuestras sociedades ha sido la tendencia a universalizar la asistencia sanitaria, de tal modo que la mayor parte o la totalidad de la población tenga acceso a un sistema de salud



cada vez mejor y más eficaz. La salud es, por fin, un derecho de todos los ciudadanos (y, en muchos sentidos, un deber, especialmente si se está en "edad productiva"; pero esta es otra cuestión). Sin embargo, las buenas intenciones son costosas. Los diversos informes al respecto del coste de los servicios sanitarios que sistemáticamente se realizan en los países industrializados coinciden en señalar la existencia de un incremento progresivo en los costes dedicados a servicios de "salud". Estos servicios se han dedicado tradicionalmente a restablecer a los enfermos con afecciones agudas, por lo que sería más adecuado decir que estos recursos económicos se han dedicado a servicios de "enfermedad". Pero ante la apremiante necesidad de recortar gastos en sanidad, los gobiernos parecen estar empeñados en prevenir la aparición de enfermedades. A este empeño no es ajeno nuestro país, tal y como se puede deducir de las medidas que últimamente viene preconizando la Administración Sanitaria, que incluyen (al menos desde un punto de vista "intencional") programas educativos y de promoción de la salud/prevención de la enfermedad. Y si recordamos la definición de Matarazzo, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud constituyen objetivos primarios de la psicología de la salud. Parece pues que el nacimiento de esta disciplina ha sido políticamente muy oportuna.

d) *El propio desarrollo de la Psicología.* Entre los elementos que contribuyen a la gestación de la psicología de la salud hay que destacar también al propio desarrollo de la Psicología, que ha demostrado sobradamente su eficacia en todos los temas relacionados con la salud de las personas: desde la aplicación de principios y técnicas psicológicos para aumentar la adherencia a los tratamientos médicos, hasta el desarrollo de programas de cambios de conducta para enseñar a las personas a practicar hábitos de salud, pasando por la preparación de pacientes necesitados de ciertas intervenciones médico-quirúrgicas más o menos peligrosas o arriesgadas. A todos estos hechos hay que añadir la propia preparación curricular del psicólogo, que siempre ha puesto un énfasis especial en metodología de investigación básica, de indudable utilidad para la resolución de los problemas planteados en los diversos aspectos y servicios de salud (Brannon y Feist, 1992).

e) *Importancia de la calidad de vida*: existe una impresión general de que los cuidados de salud tradicionales se caracterizan por una cierta insensibilidad hacia el paciente y que hay menos interés por el bienestar integral del paciente que por el procedimiento específico que se está empleando. Esta visión está siendo cuestionada por los propios usuarios que demandan cada vez con mayor insistencia unos servicios de calidad (Feuerstein et al., 1986). Además también existe una preocupación acerca del uso y/o abuso inadecuado de medicamentos y sus posibles efectos yatrogénicos.

Pero hay que reconocer que no son sólo los "usuarios" del sistema de salud los que demandan un cambio de orientación: los mismos profesionales de la medicina se ven enfrentados a retos tan importantes como los que representan los avances quirúrgicos (piénsese, por ejemplo, en las posibilidades intervencionistas más o menos agresivas que ofrecen las nuevas tecnologías médicas, como los trasplantes), o incluso el disponer de arsenales terapéuticos cada vez más potentes pero al tiempo, más potencialmente peligrosos a medio y largo plazo, por no hablar de la cada vez más numerosa legión de enfermos crónicos que deben convivir con una determinada enfermedad durante muchos años (en parte, gracias a esos "arsenales"). Todas estas razones de peso inciden en el cuestionamiento cada vez más notorio (basta con echar una ojeada a revistas médicas tan prestigiosas como *The Lancet*, *Annals of Internal Medicine*, o *Thorax*, entre otras muchas) que, de su propia orientación, realizan actualmente muchos profesionales de la medicina, cada vez más conscientes de que la calidad de vida relacionada con la salud, entendida como el impacto que la enfermedad tiene sobre el estilo habitual de vida del enfermo, constituye uno de los parámetros de morbilidad más importantes y un elemento imprescindible a la hora de diseñar los programas terapéuticos. Y este es, de nuevo, uno de los objetivos irrenunciables de la psicología de la salud.

En definitiva, parece que la nueva disciplina psicológica puede ofrecer respuestas nuevas a buena parte de los problemas mencionados. Como antes dije, su nacimiento ha sido pues providencial y, sobre todo, muy oportuno.

Pero, a pesar de todo este cúmulo de buenas y justificadas razones, hay una pregunta que me asalta una y otra vez y que, creo, no queda respondida apelando a todas esas buenas razones. ¿Es que *nunca* la Psicología se había ocupado de *la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y sus consecuencias, así como del análisis y mejora de los sistemas sanitarios y de la política general de formación sanitaria*”? Como todos los textos sobre psicología de la salud reconocen, siempre ha habido psicólogos y disciplinas psicológicas interesadas en estos aspectos que hoy conforman el horizonte conceptual y profesional de la mencionada psicología de la salud. Por lo tanto, cabe suponer que la nueva disciplina viene a sustituir, a la vez que aglutinar, los esfuerzos y buenas intenciones de pasadas épocas. Veamos pues las razones que se esgrimen para la “sustitución”.

## LO ESPECÍFICO Y DIFERENCIAL DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Existe una gran variedad de términos y disciplinas relacionadas con actividades psicológicas que de un modo u otro hacen referencia a temas relacionados con la psicología de la salud. Parece pues casi obligatorio establecer diferencias entre unos y otros, puesto que de ellos van a depender, en buena medida, los argumentos que avalen y justifiquen la necesidad de una nueva disciplina psicológica. Me basaré en los argumentos que esgrimen autores como Brannon y Feist (1992), Feuerstein et al. (1986), Stone et al. (1987) y Taylor (1986), todos ellos representantes cualificados de la nueva orientación.

*Psicología médica:* Taylor (1986) incluye bajo esta denominación “un subcampo, dentro de la psicología de la salud, dedicado principalmente al estudio de los factores psicológicos de la experiencia de enfermedad” (pág. 6). Según esta autora, las diferencias con la psicología de la salud son más histórico-contextuales que otra cosa puesto que, según argumenta, los “psicólogos médicos” eran psicólogos integrados en departamentos de Medicina cuya función

primordial radicaba en la evaluación (psicométrica) de los posibles problemas que pudieran presentar los pacientes, ya fueran "médicos" o "psiquiátricos". Brannon y Feist (1992) habla en términos similares, si bien añade a las funciones de "testing" las de intervención (psicoterapia) y de "interconsulta" con los médicos generales y/o con los psiquiatras, además de las de enseñanza de principios psicológicos básicos los estudiantes de medicina. En todo caso, los autores citados coinciden en considerarla como el antecedente (nada o escasamente institucionalizado, eso sí) de la actual psicología de la salud.<sup>1</sup>

*Sociología médica:* Taylor la califica como subárea de la sociología, dedicada a investigar los aspectos sociológicos de la salud y la enfermedad humanas. Su interés se centra en la sociedad, las instituciones y las relaciones sociales, a diferencia de la psicología social tradicionalmente más interesada por el individuo. Por ejemplo, y según la misma autora, la sociología médica se interesa por la organización hospitalaria en cuanto tal, mientras que el psicólogo interesado en los aspectos sociales de la salud y la enfermedad estudiaría fundamentalmente el impacto que tiene la estructura hospitalaria sobre los pacientes.

*Antropología médica:* Se considera como un subcampo de la antropología. Constituye una "disciplina biocultural interesada tanto por los aspectos biológicos como por los socioculturales de la conducta humana (...) por cómo ambos interactúan y han interactuado a lo largo de la historia" (Foster y Anderson, 1978, pág. 3). Un foco adicional de interés es el de las diferencias en la naturaleza y definición de la salud y la enfermedad entre distintas culturas, así como la interpretación y tratamiento de la enfermedad en una cultura o contexto social específico (Taylor, 1986).

*Medicina psicosomática:* Su base conceptual incluye la idea, tan antigua como la propia humanidad, de que toda enfermedad física

---

<sup>1</sup> En nuestro país esta función ha sido desempeñada sobre todo por médicos-psiquiatras, si bien en los últimos años y gracias al esfuerzo de personas muy concretas, se ha abierto el camino también a los psicólogos. En este punto es un deber recordar a dos espléndidos profesionales (y maravillosas personas) como Pepe Morales y Mila Ortiz-Zabala, psiquiatra y psicóloga, respectivamente.

posee componentes emocionales o psicológicos y que la enfermedad es el resultado final de la interacción entre éstos últimos y la disfunción o alteración física (Brannon y Feist, 1992). Antecedentes preclaros de la difusión de estas ideas en nuestros tiempos son, sin duda, Sigmund Freud, Walter Cannon, Flanders Dunbar y Franz Alexander. Sin embargo, y a pesar del avance que significó reconocer que toda enfermedad era en última instancia "psicosomática" lo que, a su vez, planteaba un serio reto al modelo biomédico tradicional (y dominante), no consiguió ser mucho más que una "buena idea" o, en palabras de McHugh y Vallis (1986), no pasó de ser un movimiento reformista dentro de la medicina que no consiguió nunca sus objetivos y quedó relegada a un segundo plano dentro de la psiquiatría.

En mi opinión hubo varias razones por las cuales se produjo este fracaso. Una de ellas tiene que ver con el hecho de que el principio psicossomático universal quedó relegado, en la práctica, a unas pocas enfermedades. Esta reducción llevaba implícita la necesidad de afirmar que ciertas enfermedades eran psicossomáticas, lo que a su vez suponía admitir que otras no lo eran. En consecuencia, la utilidad y viabilidad de esta orientación quedaba restringida a enfermedades en las que existiera una "especial" relación entre lo mental y lo corporal, ya fuera a nivel sintomatológico, etiológico, terapéutico o a todos ellos.

En la tradición dinámica, máximo exponente de la orientación psicossomática hasta entrada la década de los setenta, esa conexión "especial" se explicó apelando a la relación entre impulso, represión y síntoma, como muy bien señala Fernández-Alvarez (1994). De este modo, las perturbaciones emocionales, originadas a su vez por conflictos inconscientes no resueltos, eran causa potencial de trastornos físicos. Esta idea se vio reforzada con la constatación, al menos a niveles clínicos, "de que la exposición de una persona a una situación emocionalmente crítica constituía un factor predisponente significativo para contraer una enfermedad que adquirió, entonces, la designación de psicossomática. Siguiendo esa línea se avanzó en la descripción del cuerpo humano como un "mapa" donde podían localizarse regiones vulnerables a los impactos emocionales predominantes. Finalmente, de la mano de un peculiar

empleo del simbolismo psicoanalítico, cada órgano del cuerpo adquirió una representación vinculada con ese grado de vulnerabilidad" (Fernández-Alvarez, 1994, pág. 35). La restricción al campo de la teorización e investigación psicodinámicas de buena parte de la orientación psicosomática constituyó, finalmente, un lastre demasiado grande para muchos psicólogos y médicos formados en una orientación científico-natural de sus respectivas disciplinas, lo que les impedía admitir los excesos especulativos que proponía la psicodinamia. En definitiva, los iniciales objetivos integradores de la orientación psicosomática no pasaron de ser una mera declaración de buenas intenciones. Sería la medicina comportamental la que, según McHugh y Vallis (1986), conseguiría sentar las bases más sólidas para conseguir la anhelada integración.

*Medicina comportamental:* Frente a la orientación predominantemente dinámica de la psicosomática, la denominada medicina comportamental asumió como horizonte epistemológico la modificación de conducta. Pero al igual que aquella, asumía el principio de que entre enfermedad y *psique* existían lazos indisolubles. Claro que el núcleo de la *psique* era ahora la conducta. Pero eso es otra historia. De manera que además de asumir como buena la idea de la conexión íntima entre enfermedad y factores psicológicos, adoptaba el *modus operandi* propio de las ciencias naturales, lo que sin duda la colocaba en un buen lugar para mantener un diálogo fructífero con la medicina y los médicos. Este fue el primer paso. El segundo fue el *biofeedback*: la posibilidad de que una persona pudiera aprender a controlar muchas respuestas tradicionalmente consideradas como "involuntarias", proporcionaba sólidas bases para embarcarse en la aventura de intervenir en el tratamiento de enfermedades "médicas" utilizando procedimientos "no médicos" (Buceta, 1990; Brannon y Feist, 1992; Gil-Roales y Ayllón, 1991).

En 1977 tuvo lugar en Yale la primera gran conferencia dedicada a este tema y, como era de esperar, hubo declaración de principios: "*La medicina comportamental es el campo interdisciplinar interesado en el desarrollo e integración de la ciencia de la conducta y la biomédica, con el conocimiento y las técnicas relevantes para la salud y la enfermedad así como la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la*

rehabilitación" (Schwartz y Weiss, 1978, pág. 250). Sus objetivos eran mejorar la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación y pretendía hacer un uso conjunto de la psicología, las ciencias de la conducta y la medicina para promover la salud y tratar la enfermedad (Brannon y Feist, 1992).

En su origen, por lo tanto, se halla el interés por aplicar los métodos y procedimientos propios de la terapia y modificación de conducta para el tratamiento de enfermedades físicas o disfunciones fisiológicas, pero según Feuerstein et al. (1986) y Taylor (1986), paulatinamente ha ido trascendiendo estos orígenes y ahora se entiende por medicina comportamental un amplio campo interdisciplinario interesado en la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas. Incluye, por tanto, disciplinas tan variadas y métodos tan diversos como los de psicología de la salud, antropología, sociología, epidemiología, fisiología, farmacología, nutrición, neuroanatomía, endocrinología, inmunología, odontología, medicina, enfermería, trabajo social, educación para la salud y salud pública entre otras.

Como otras características relevantes de la medicina comportamental hay que destacar, además de su marcado carácter interdisciplinar, las siguientes según Kaptein y van Rooijen (1990): a) un especial énfasis en la investigación sobre la efectividad de la intervención; b) su atención no está centrada tanto en el estudio de la etiopatogenia de la enfermedad, como en la identificación de los factores comportamentales que, cuando cambian, reducen el grado o la frecuencia de la enfermedad o dolencia; c) su interés abarca toda la amplia gama de enfermedades "somáticas" y no se circunscribe a determinadas enfermedades; d) su interés se centra en la salud y en la enfermedad "somáticas". Los trastornos relacionados con la salud mental generalmente no son objeto de su investigación o tratamiento; e) en la base de su conceptualización se establecen distinciones entre prevención primaria (prevención), prevención secundaria (tratamiento) y prevención terciaria (rehabilitación).

Estos mismos autores establecen las siguientes diferencias entre la psicología de la salud y la medicina comportamental: (1) La psicología de la salud es una rama de la psicología, mientras que la medicina comportamental es un campo interdisciplinar. (2) La

psicología de la salud acentúa la prevención, mientras que la medicina comportamental está más interesada en el tratamiento y la prevención. (3) Medicina comportamental es un término utilizado sobre todo por quienes trabajan en el ámbito médico mientras que el de psicología de la salud es utilizado sobre todo en el ámbito universitario.

No cabe duda de que, tanto desde una perspectiva puramente histórica como desde el punto de vista de la aplicación de los conocimientos psicológicos y la ampliación de su horizonte conceptual, la medicina comportamental ha supuesto una revolución en los modos de acercarse, desde la psicología, a los problemas relacionados con las enfermedades físicas. Sin embargo, no puedo sustraerme a la necesidad de comentar algunos de los supuestos y principios en los que, como acabamos de ver, se sustenta esta disciplina.

En primer lugar, la medicina comportamental es un *modo psicológico especial* de enfocar todos los problemas relacionados con la salud física; lo especial radica en el enfoque conductista o comportamental, lo que excluye otras formas psicológicas de abordar el problema. Este modo de operar por exclusión es, desde luego, absolutamente legítimo. Pero conlleva un importante riesgo, que no debería subestimarse: el de que se pretenda entonces afirmar que, con excepción del paradigma conductista, no existen aportaciones válidas desde otras perspectivas psicológicas diferentes a la conductual al área de la salud física. Afirmar que la contribución de la psicología a estos problemas es fundamentalmente conductista es limitar las posibilidades de la propia Psicología y cerrar la puerta a otras perspectivas que pueden aportar visiones en principio igualmente valiosas al complejo mundo de la salud y de la enfermedad humanas. Algunos autores "animan" a los investigadores en medicina comportamental a incorporar conceptos de la literatura científica psicológica como afrontamiento, estrés, aprendizaje social, autoeficacia, modelos de creencias sobre la salud, conducta de enfermedad, conducta anormal de enfermedad, calidad de vida, vulnerabilidad a la enfermedad, etc.

Se puede argumentar que muchos, si no todos, de estos conceptos son asumibles perfectamente por la medicina comportamen-



tal. Pero permitaseme una metáfora: admitir que la física de Newton fue posible gracias a Galileo, no implica afirmar que la perspectiva galileana incluya a la newtoniana. Algo análogo es lo que, a mi entender, pretenden argumentos como el mencionado. Si se amplía tanto el recipiente del paradigma comportamental, acabaremos por meter dentro tantas cosas que el apellido "conductista" puede convertirse en un auténtico cajón de sastre y llegar a ser tan confuso e inútil (desde el punto de vista conceptual) como lo es el de "fiebre". Además, habría que plantearse incluso la adecuación del mismo nombre de medicina comportamental.

En segundo término: en la medicina comportamental brilla por su ausencia el modelo biopsicosocial, entre otras cosas porque se trata de acercar la psicología a la medicina, adoptando una perspectiva psicológica intra-individual. Esto no es, en sí mismo, criticable puesto que en definitiva el modelo en cuestión es más una ambición o un deseo que una realidad. Pero entonces no se puede afirmar que la medicina comportamental *incluye* a la psicología de la salud (que se sustenta en dicho modelo, al menos como *desideratum*) como tampoco se puede asumir, sin más, que la medicina comportamental sea un *campo integrador* (en el sentido que antes explicité con respecto a otros modos de hacer Psicología) ni *interdisciplinar* (en todo caso, sería bi-disciplinar: modelo biomédico tradicional y psicología comportamental). Y, abundando un poco más, resulta llamativo que el énfasis se sitúe en el primer término de la ecuación, esto es, en *medicina*, siendo entonces *comportamental*, un adjetivo o apellido. ¿Significa esto que se trata de una forma de hacer medicina, más que una forma de hacer psicología? Si la respuesta es sí, no me parece objetable: simplemente algo a tener en cuenta para saber dónde nos estamos moviendo. Pero si es no, entonces hay que volver al principio: es *una forma* de hacer psicología en medicina, lo que desde mi punto de vista excluye la posibilidad de hablar de *campo integrador* o *tronco disciplinar* de la psicología de la salud. Además quisiera hacer un pequeño comentario respecto al tercero de los puntos enunciados por Kaptein y Van Rooijen (1990): me parece una broma afirmar que las diferencias entre *psicología de la salud* y *medicina comportamental* son, en el fondo, contextuales o "políticas": si trabajo con psicólogos,

utilizo el primer termino, y si lo hago con médicos empleo el segundo. La verdad es que argumentos de este calibre pueden parecer muy prácticos y funcionales, pero a mí me resultan grotescos.

Finalmente, se excluye explícitamente la posibilidad de actuación en el campo de la salud mental. A este respecto hay que decir que, de entrada, resulta absolutamente legítimo que una disciplina o modelo centre sus objetivos en unos aspectos de la realidad y excluya otros. Sin embargo me resulta tan llamativa la exclusión, que inevitablemente me asaltan preguntas de este estilo: ¿Es que al paradigma conductista de la psicología no le interesan la salud y la enfermedad mentales? ¿Es que quizá la comprensión de las causas, el diagnóstico, o el tratamiento de las *enfermedades* mentales no es posible dentro de las fronteras de la psicología de la conducta? ¿O es que esta psicología no puede aportar nada a este tipo de *enfermedades*? La respuesta inmediata a estas preguntas es, desde luego, negativa como lo demuestra la larga y fructífera historia del abordaje conductista a los problemas mentales. Por tanto quizá resulte que, para los defensores de la medicina comportamental, la salud y la enfermedad "mentales" pertenecen a dominios distintos al de la salud y la enfermedad "físicas". Y esto sí que me parece especialmente problemático por razones obvias: desde por lo que significa de "eterno retorno" al dualismo, hasta por la ignorancia que implica de la psicopatología humana, pasando por lo que conlleva de posible renuncia de la psicología conductista a considerar los trastornos mentales como algo a investigar y tratar desde una perspectiva global e integradora, que incluya no solo el diagnóstico y el tratamiento, sino también la prevención en todos sus niveles. Si a todo ello unimos la consideración que antes vimos de que, según autores representativos, la medicina comportamental es el *tronco* de la psicología de la salud, entonces todas estas cuestiones me preocupan todavía más.

En definitiva, como acabamos de ver, todas las disciplinas o subdisciplinas más o menos afines a la psicología de la salud llevan añadido el termino "medicina" (como adjetivo o como sustantivo). Y, curiosamente, ninguno de ellos, a excepción del de psicología médica, lleva el de "Psicología". Esta es, sin duda, la primera excepción o excepcionalidad en que incurre la psicología de la salud.

Y como los términos que los seres humanos utilizamos para expresar nuestras ideas nunca son neutros, hay que pensar que esta nueva disciplina apuesta por un enfoque que podría denominarse "salutogénesis", en lugar del más tradicional de "patologénesis", que es el que han venido asumiendo disciplinas como la Psicología Clínica tradicional (Taylor, 1986; Brannon y Feist, 1992). Y parece que su objeto de estudio fundamental lo constituyen todos aquellos aspectos que configuran la relación entre modo de ser y de comportarse y salud "física". Krantz y Glass (1984) plantean tres posibles modos de establecimiento de estas relaciones: (a) el comportamiento y el modo de ser de las personas pueden tener efectos fisiológicos directos que afecten a la salud; (b) los estilos de vida y los hábitos diarios pueden poner en peligro o mejorar la salud; (c) la forma en que la gente percibe y afronta la enfermedad puede afectar su salud.

En todo caso, resulta especialmente relevante el hecho de que también se excluyan los trastornos mentales como ámbito propio de la psicología de la salud. Y no tanto porque se mencione de manera explícita, como por el hecho palpable y notorio de que en las publicaciones relacionadas con psicología de la salud no se incluyen estudios o trabajos que tengan en cuenta este importante aspecto de la salud y la enfermedad humanas. En cierta medida, podría decirse que la exclusión de los trastornos mentales es el nexo de unión de todas las disciplinas a las que me acabo de referir. Sin embargo, creo que esta exclusión no está lo suficientemente bien justificada y por ello el siguiente apartado lo dedicaré a examinar las relaciones y diferencias entre psicología clínica y psicología de la salud.

### **PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOLOGÍA DE LA SALUD: ¿HERMANAS, VECINAS, O SIMPLEMENTE AMIGAS Y RESIDENTES EN ... ?**

Como ya adelanté en la introducción el objetivo último de este trabajo es analizar las razones por las que nunca se argumenta la necesidad de la psicología de la salud como disciplina nueva y diferente de la psicología clínica. De entrada, parece que la exclu-

sión de los trastornos mentales del campo de actuación e investigación de la psicología de la salud lleva a pensar que, en el fondo, la nueva disciplina (al igual que sus antecesoras), tiene como objetivo último establecer un nuevo marco de relaciones entre psicología y medicina, en todos los aspectos relacionados con la enfermedad y la salud físicas, en donde la medicina se ocuparía básicamente de lo primero y la psicología de la salud de lo segundo. Las relaciones entre medicina y psicología han estado presididas muchas veces por la confusión, cuando no por el temor, el desprecio, el recelo y, en ocasiones, hasta el intrusismo. Han sido pues relaciones históricamente tortuosas, consecuencia a mi entender de un profundo desconocimiento mutuo. Pero la sensatez y el reconocimiento de las propias limitaciones de cada cual también han aflorado, aunque hay que reconocer que de forma intermitente, e incluso en algunos casos, fortuita. Por ello, cualquier indicio de "arreglo" debe ser alentado y bienvenido. Actualmente estamos asistiendo a una de esas fases que yo calificaría de "luna de miel". Y eso está bien. Pero la pregunta que inevitablemente surge es, a mi entender, la siguiente: ¿A costa de qué? ¿Qué renunciás, si las hubo, ha tenido que hacer la Psicología?. Y aunque me cueste admitirlo, siempre me parece que la respuesta es ésta: a costa de la psicopatología y, como consecuencia, de la psicología clínica. Las razones ya no las tengo tan claras.

Naturalmente existe otra respuesta, que más de un lector seguramente me daría, y que he escuchado en más de una ocasión cuando he planteado estas cuestiones a más de un colega: no ha habido que pagar nada, no ha habido costo alguno, simplemente se trata de delimitar campos de investigación y de actuación de la Psicología y del psicólogo, sobre la base de definir claramente el objeto: la psicopatología y la psicología clínica se ocupan de los trastornos mentales, mientras que la psicología de la salud y disciplinas afines se centran en las enfermedades no mentales. Sin embargo he de reconocer que este tipo de respuestas o argumentos, tan habituales y seguramente tan sensatos, me producen una incómoda sensación de inquietud. Intentaré exponer las razones de ello.

1.- La separación tajante entre enfermedades físicas y mentales es, digámoslo claramente, una de las herencias más características

del modelo biomédico tradicional y, en mi opinión, uno de los errores más costosos en la larga historia de la investigación sobre la experiencia humana de sufrimiento. Las razones de esta división asientan en una perspectiva *unicausal* de las distintas enfermedades: las físicas están causadas por un funcionamiento anormal<sup>2</sup> de un órgano concreto y específico (el corazón, el pulmón, los riñones, la laringe, o lo que sea), y se manifiestan a través de signos y síntomas directamente relacionados con la función desempeñada por ese órgano; las mentales están causadas por un mal funcionamiento del cerebro, que es el órgano de la vida mental<sup>3</sup>.

Difícilmente esta visión sería hoy asumible por cualquier profesional de la medicina. Y ello por varias razones, entre las que destacaré cuatro: Primera, porque la mayor parte de las enfermedades "físicas" tienen la consideración de sistémicas, esto es, aunque inicialmente puedan afectar sobre todo a una función u órgano concretos, sus efectos se dejan sentir en más de uno y esos efectos pueden, a su vez, actuar como causas desencadenantes de otras disfunciones o, sencillamente, modificar el curso "natural" de la enfermedad. Segunda, porque como muy bien sabemos, una gran parte de las enfermedades no son explicables apelando a explicaciones anatomopatológicas y localizacionistas sino que involucran sistemas complejos, como el inmunológico. Tercera, porque es ingenuo pensar que *todas* las enfermedades tienen *una* causa singular y característica que es, al mismo tiempo, suficiente y necesaria, a excepción quizá de las enfermedades infecciosas. Con la salvedad de que, en este último caso, la infección resultante afecta a más de un órgano y se convierte, finalmente, en sistémica. Y cuarta, porque si bien el diagnóstico etiopatogénico de una enfermedad es objetivo irrenunciable, también lo son el conocimiento de su pronóstico y curso; y este conocimiento no es posible adoptando

---

<sup>2</sup> A su vez, el origen o causa de esa disfunción puede ser muy variada: infecciones, malformaciones, traumatismos, etc.. En todos caso, esta multicausalidad etiológica no varía el argumento central de la unicausalidad (o si se prefiere, causalidad directa) a la que me estoy refiriendo aquí.

<sup>3</sup> En este caso, además, se producía una curiosa circularidad argumental: las enfermedades mentales son mentales porque sus síntomas son mentales.

una perspectiva unidireccional. En síntesis: todas las enfermedades tienen una naturaleza sistémica, no poseen una sola causa y su conocimiento adecuado exige establecer un diagnóstico completo (etiología, curso, pronóstico). Y esto incluye a las llamadas "mentales", tanto si se adopta un punto de vista predominantemente bio-médico, como si no.

Pues bien: a pesar de que como digo (y vengo constatando desde hace unos cuantos años), pocos son los médicos que actualmente admiten diferencias tajantes entre "cuerpo" y "mente" e incluso, pocos admiten que haya diferencias, resulta que los psicólogos planteamos una nueva disciplina que asume, de raíz, la existencia de diferencias y, consecuentemente, la necesidad de esa división. Y esto es lo que, lisa y llanamente, me llena de estupor.

2.- Así pues, la nueva disciplina reinventa un enfoque diferencialista entre lo físico y lo mental, tal y como queda patentemente reflejado en sus textos y declaraciones básicas; por ejemplo, cuando se habla de "interacción" entre cuerpo y mente, se está asumiendo implícitamente que son diferentes (cfr. Brannon y Feist, 1992; Matarazzo, 1980, 1987; Rodin y Salovey, 1989; Taylor, 1986, 1990). Cabe pensar por lo tanto que, dada la autoridad científica de quienes esgrimen tales argumentos, pueda haber razones de peso que los avalen y que, efectivamente, existan diferencias notables entre estos dos ámbitos. Una de las consecuencias obvias sería, entonces, que existen diferencias evidentes entre las enfermedades mentales y las somáticas. Sin embargo, las llamadas enfermedades mentales cumplen los tres requisitos que acabamos de ver para las somáticas o físicas. Entonces, ¿dónde está la diferencia?. Probablemente se argumentará que en el *locus* concreto en el cual se produce la alteración inicial, o en la naturaleza de los sistemas a los que involucra o afecta y, consecuentemente, en los signos y síntomas específicos a través de los cuales se hace manifiesta. La cuestión estriba entonces en analizar las consecuencias que tiene este modo de razonar para la Psicología en general y para la psicología clínica en particular.

Sucede que, en muchos casos, ese *locus* no es más que un supuesto o un prejuicio; y la historia nos enseña que cuando se "descubre" EL agente patógeno causal, el trastorno mental en

cuestión va paulatinamente (o bruscamente, según los casos) abandonando el reducto marginal de "lo mental" para entrar en el reino de "lo físico". Dicho en otros términos, deja de ser considerado un trastorno y pasa a ser considerado una enfermedad. Con lo cual, si abundamos en el argumento, resulta que "lo mental" es una especie de estación de paso, o de sala de espera, que va quedando vacía de contenido a medida que se descubre, por fin, LA causa. Y como era de esperar, solamente lo biológico tiene entidad suficiente como para ser etiquetado de causa suficiente y necesaria para considerar algo como "enfermedad" y para promover su estudio desde una perspectiva fundamentalmente (cuando no exclusivamente) biomédica.

En este punto tengo que decir que no dejan de asombrarme afirmaciones tan bobas como "la depresión tiene causas biológicas" o "el síndrome de Down está causado por una trisomía". Tan bobas por tan obvias, entiéndase. Y yo tengo una causa biológica. Y el papel que tiene usted en sus manos también. ¿Y qué?. Es tan indudable que parece una pérdida de tiempo entrar a discutirlo. Por tanto ¿Qué se quiere decir con eso? ¿Por qué se afirma? ¿Por qué se plantea?. Sospecho que lo que sucede es que se confunde el hecho de que algo tenga *una* causa, con el hecho de que esa sea LA única causa o, lo que es igual, se asume que solo existe un plano o nivel causal para explicar la realidad.

3.- Aun asumiendo que se pueda anteponer el sustantivo "enfermedad" a los trastornos mentales, me resulta incomprensible mantener la conveniencia de seguir hablando de enfermedad mental como opuesta a física (no mental), si es que admitimos que es necesario recurrir a modelos explicativos complejos, como el biopsicosocial, tal y como proclama la psicología de la salud. Y esto es tanto más extraño, cuanto más se apela a disciplinas "interdisciplinarias", como la mencionada o como su análoga (según algunos), la medicina comportamental.

4.- Es posible que entre los mentores de la psicología de la salud siga viva la idea de que existen enfermedades psicosomáticas, esto es, enfermedades primariamente físicas en las cuales los factores psicológicos pueden jugar un papel crucial en el curso, el mantenimiento, el pronóstico o incluso en el inicio mismo de la enferme-

dad. Páginas atrás ya hice alguna referencia al concepto de psicossomático, por lo que no me repetiré aquí. Simplemente quisiera llamar de nuevo la atención sobre un punto: si se dice que hay enfermedades psicossomáticas, se afirma al mismo tiempo que otras no lo son. Y entonces ¿cuáles *no son* psicossomáticas?. A la luz del significado habitual de *psicossomático*, la previsible respuesta será ésta: Aquellas en las que a) los factores psicológicos no influyen para nada, y b) en las que solo es posible hablar de causalidad psicológica, o sea, las puramente “mentales”. Tanto en el primer caso como en el segundo, se está escamoteando el hecho de que en todo proceso de enfermedad, como en todo proceso de salud, no es posible disociar los aspectos psicológicos de los no-psicológicos, como tampoco es posible hablar de enfermedades que no sean, en alguna medida, sistémicas. En el segundo caso, el de las “mentales puras”, se incurre además en una incongruencia monumental, pues si no hay “factores físicos”, entonces no son propiamente *enfermedades*. En consecuencia, solamente las primeras quedarían fuera de *lo psicossomático*. Y, como ya he dicho, no creo que en un sentido amplio se pueda hablar de enfermedades no psicossomáticas. Por lo tanto, todas las *enfermedades* son, en realidad, psicossomáticas. O si se prefiere, el concepto de enfermedad lleva asociado necesariamente el apellido de *psicossomática*.

Admitir este razonamiento implica admitir que la psicología de la salud se ocupa de la parte *psicológica* de las enfermedades. Sin embargo, la psicología clínica no trataría con enfermedades (ni mentales ni de ningún otro tipo), puesto que como hemos visto no se podrían etiquetar como enfermedades ciertas experiencias mentales para las que no existe una causalidad inicial física ni demostrable, ni específica, ni sensible. Y esto nos lleva a lo que mencionaba en el punto 2: la psicología clínica es una especie de “sala de espera” en vías de extinción. ¿Es esta una de las razones por las cuales los psicólogos nos estamos empeñando desde hace años en justificar la existencia de disciplinas como la psicología de la salud o la medicina comportamental?. Si esto es así, no me parece especialmente terrible, aunque solo sea porque toda especie (y los psicólogos somos una especie) tiene derecho a la supervivencia; y ya sabemos que no solo sobreviven los más fuertes, sino



sobre todo los que son más capaces de buscar nuevos "nichos ecológicos" en los que desarrollar nuevas y más potentes habilidades adaptativas.

Sin embargo, toda rosa tiene su espina (o en más castizo, todo cerdo su San Martín). Este modo de razonar olvida, de nuevo, el hecho de la multicausalidad de toda experiencia humana, incluyendo eso que llamamos enfermedad. Pero además asume, de manera implícita, el principio de la fisiologización de la mente y su actividad, que en última instancia justifica el predominio científico de lo físico sobre lo no-físico. Asumir esto comporta un riesgo que, me parece, no se tiene en cuenta en toda su dimensión: el de la desaparición de la misma ciencia psicológica (además de, obviamente, su actividad profesional). Dicho en otros términos: si el referente fisiológico es lo que justifica en última instancia la investigación auténticamente científica, dónde caben entonces las investigaciones psicológicas genuinas (desde la investigación sobre los procesos de interacción social, hasta las de la personalidad, las creencias, o las que versan sobre experiencias mentales tales como las imágenes o los recuerdos, por no hablar de las experiencias mentales anómalas, o las experiencias de sufrimiento, entre otros muchos ejemplos). Este es uno de los costos a los que me refería al inicio de este apartado.

5.- A la justificación de la necesidad de una nueva disciplina, como la que aquí estamos considerando, se podría añadir el argumento de que es preciso promocionar una progresiva especialización de la psicología (y de los psicólogos), dada la complejidad de los temas a tratar. Es decir, se puede argumentar que no hay que llevar las cosas tan lejos, y que la razón última de la división entre psicología de la salud y psicología clínica radica en la necesidad de especializarse profesionalmente en algo concreto y abarcable. Este argumento es, desde luego, tranquilizador. Pero tiene varios inconvenientes. Señalaré solo tres: primero, si se estira el argumento de la especialización, entonces es posible que tengamos que terminar hablando de psicólogos-neumólogos, psicólogos-estomatólogos, psicólogos-oncólogos, psicólogos-reumatólogos y así sucesivamente, dada la amplísima gama de diferencias entre las causas y consecuentes de las diversas enfermedades y expe-

riencias humanas asociadas. Lo cual no tendría mayor problema, salvo que entonces no podría seguir manteniéndose que la psicología de la salud es *"el conjunto de aportaciones, tanto de tipo educativo como científico y profesional, que proporcionan las diversas áreas psicológicas para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y sus consecuencias"*. ¿Por qué?. Entre otras cosas, porque si de lo que se trata es de especializarse, hablar de "enfermedad" o de "salud" es tan ambiguo y tan escasamente operativo, como hablar de "los seres vivos" o del "universo".

Segundo: especializarse no es entonces sinónimo a disciplina científica nueva y diferente, tanto más cuanto en la misma conceptualización de la psicología de la salud se afirma que se trata de un campo interdisciplinar de la Psicología (especialización e interdisciplinariedad no son precisamente equiparables). Y tercero: entonces la psicología de la salud no podría definirse como ciencia abarcadora e interdisciplinar, sino como campo de actuación y ejercicio profesional específico del psicólogo interesado en los procesos de salud y enfermedad humanas. En este sentido sería subsidiaria, como lo es la psicología clínica, de la Psicopatología y la Psicología de la Personalidad, en primera instancia, y de las restantes matrices conceptuales de la Psicología, a continuación.

6.- También se me podría decir que estoy sacando los pies del tiesto y que la cosa no da para tanto: que estoy confundiendo los términos y que estoy olvidando que la psicología de la salud se ocupa, como su nombre indica, de la salud en general, mientras que la psicología clínica se ocupa de los trastornos y/o enfermedades mentales y, por lo tanto, no de la salud. Es muy posible que me esté equivocando, pero me gustaría traer a colación algunas consideraciones al respecto.

En primer lugar, y por lo que se refiere a los fines específicos de la psicología de la salud, según los planteó Matarazzo (1979), destacaré el primero de ellos: "promocionar la contribución de la psicología a la comprensión de la salud y de la enfermedad a través de la investigación clínica básica y de la integración entre la información biomédica sobre la salud y la enfermedad y los conocimien-

tos psicológicos actuales". Poco o nada se distingue aquí entre salud y enfermedad, o lo que es igual, se sitúan a un mismo nivel en cuanto a *finés específicos*. Además se incide en "investigación clínica" y en "información biomédica" y que yo sepa, ninguno de los dos aspectos hace referencia a *la salud* de modo preeminente.

En segundo término, contrástense los contenidos de las publicaciones características de psicología de la salud y se verá cómo de las palabras a los hechos, hay un gran trecho. Es obvio que las fronteras entre salud y enfermedad son difusas y que no son conceptos antitéticos (salud no significa, necesaria y globalmente, ausencia de enfermedad y lo contrario), pero no es menos obvio que temas como "conducta anormal de enfermedad", "estrés y enfermedad", "características de personalidad que influyen en el curso y mantenimiento de la enfermedad", "vulnerabilidad a la enfermedad", "estilos de vida asociados a enfermedad", etc., son tópicos bastante característicos de las publicaciones especializadas en psicología *de la salud*. Y no me parece que incidan en la salud precisamente, sino más bien en aspectos más o menos generales, relevantes o específicos, de naturaleza predominantemente psicológica, asociados con los procesos de enfermedad. Aunque también se incluyan, naturalmente, trabajos e investigaciones más directamente vinculados, a mi entender, con lo que se supone es nuclear a la psicología de la salud, tales como "hábitos de salud", "estilos de vida saludables", "prevención de enfermedad", o "mejora de la calidad de vida relacionada con la salud". Este es, creo, el campo específico de esta disciplina y donde más y mejores aportaciones puede hacer tanto a la Psicología como a los psicólogos y a la gente en general. Y sin embargo, tengo la impresión de que es el menos desarrollado y trabajado. Me parece que, por ejemplo, uno de los temas conceptualmente más centrales de esta disciplina es, precisamente, el de salud: su demarcación y operativización deberían ser emprendidos con urgencia si es que se quiere avanzar con garantías en la investigación.

7.- Cuando se plantea que la psicología de la salud se fundamenta en un modelo biopsicosocial, en contraste con otras disciplinas afines, entre las cuales es posible que se contemple la psicología clínica, se está olvidando y obviando un hecho que me

parece importante recordar y que ya he desarrollado en otro lugar (Belloch y Olabarría, 1993): Muchos de los cambios habidos en la concepción de la salud y la enfermedad humanas y que justifican la necesidad de adoptar un modelo biopsicosocial, han afectado asimismo a la psicología clínica. En los últimos diez años se ha producido un acercamiento sustancial entre dos campos o disciplinas que a lo largo de su historia han tendido al enfrentamiento: psiquiatría y psicología clínicas. En el DSM-III (APA, 1980), en el que colaboraron psiquiatras y psicólogos clínicos, se incorporó, como se sabe, un modelo multiaxial para el diagnóstico de los trastornos mentales, que se ha mantenido en las sucesivas ediciones y reediciones de este sistema diagnóstico, incluyendo la más reciente (DSM-IV, APA, 1994). Uno de esos ejes diagnósticos refiere a, y se rotula como, "factores psicológicos que afectan al estado físico". Este eje pretende recoger cualquier síntoma, e incluso trastorno, de naturaleza somática o física en el que los factores psicológicos jueguen, o se presuma que juegan, algún papel importante ya sea en la exacerbación o agravamiento de los síntomas somáticos, ya sea en su provocación.

Este es un cambio cualitativo muy importante, ya que si se recuerda, en el DSM-II (APA, 1968) el papel causal y/o explicativo de los factores psicológicos se limitaba a los trastornos psicósomáticos, lo que de paso venía a significar que los factores psicológicos no jugaban papel alguno en otras alteraciones que no fueran precisamente esas, las psicológicas o mentales. Por el contrario, desde el DSM-III se asume de manera explícita que los factores psicológicos pueden afectar a *cualquier condición física*.

Paralelamente, se ha producido también un cambio de enfoque en la investigación de esos factores psicológicos que afectan a, o influyen en, el estado físico. Tradicionalmente, los psicólogos clínicos que trabajaban en el campo de la salud física o de las enfermedades no mentales, habían venido adoptando un modelo reduccionista psicológico, según el cual las llamadas "enfermedades psicósomáticas" tenían en su origen causas prioritariamente psicológicas. Para unos se trataba de causas de naturaleza sobre todo intrapsíquica (ie., conflictos, disposiciones personales estables, etc.), y para otros el papel etiológico fundamental radicaba en las expe-

riencias de aprendizaje, desarrolladas a lo largo del curso vital. Ni el medio social en su más amplio sentido, ni las condiciones o el estado biológico del individuo, eran razones más importantes que las mencionadas a la hora de explicar enfermedades como el asma, las úlceras gastroduodenales, o las enfermedades cardiovasculares. Estos psicólogos, que coincidían en su radical psicologicismo etiológico, procedían paradójicamente de dos modelos, paradigmas o escuelas tradicionalmente enfrentadas: el psicoanálisis y el conductismo (Feuerstein et al., 1986).

La insuficiencia de datos que avalaran adecuadamente sus respectivas hipótesis y teorías, hizo que muchos psicólogos clínicos que profesionalmente trabajaban sobre todo con enfermos "orgánicos", se fueran encontrando cada vez más insatisfechos con estos modelos y que se plantearan la necesidad de adoptar enfoques más adecuados para el problema que estaban estudiando. La psicología cognitiva, cuya tradición se remonta a los orígenes mismos de la psicología, pero que experimenta un crecimiento vertiginoso a partir de los años setenta, se convirtió en la tabla de salvación para algunos de estos profesionales. Así, por poner un ejemplo, la reconceptualización que desde este paradigma se estaba haciendo sobre un tema tan crucial como el estrés y las estrategias de afrontamiento (cf. Lazarus y Folkman, 1984), venía a demostrar que tanto los factores biológicos, como los sociales y los de naturaleza psicológica (fundamentalmente cognitiva), debían ser tenidos en cuenta necesariamente a la hora de explicar los efectos nocivos del estrés, las diferencias individuales en la vulnerabilidad a esos efectos, o el papel que las estrategias de afrontamiento y la evaluación cognitiva que hacemos las personas de las situaciones, juegan en todo el proceso (Belloch, 1989; Ibáñez, 1990; Pelechano, Matud y De Miguel, 1994). Junto a la irrupción de este nuevo paradigma psicológico, hay que mencionar otras dos importantes aportaciones: las procedentes de la psicología comunitaria y las de la medicina comportamental, que ya mencioné antes.

En nuestro país, además, el nuevo modelo de legislación sanitaria que surge a principios de los ochenta, contempla la creación de centros integrales de salud, en el que trabajan conjuntamente psicólogos clínicos, médicos de distintas especialidades incluyendo

psiquiatría, asistentes sociales y personal de enfermería. El hospital terciario deja de ser el punto de referencia obligado y su lugar lo ocupan los mencionados centros de salud o de asistencia primaria, quedando la institución hospitalaria relegada a su función real: la institucionalización del enfermo cuando es imprescindible. Y eso incluye a los "mentales", que empiezan a tener su lugar o sus "salas" en los mismos centros hospitalarios que el resto. También es cierto que, en muchos casos, persisten las disfunciones y los modelos del pasado. Pero eso no obvia la realidad de que se haya producido un cambio cualitativo importante y de que, con todos los inconvenientes y problemas que se quiera, y que habrá que solucionar, están sentadas y asumidas las bases para la adopción de un modelo integral de salud, como es el biopsicosocial, en el que los psicólogos clínicos juegan un papel fundamental. Este tipo de planteamientos no son, sin embargo, los característicos de países como los Estados Unidos, "cuna" de la psicología de la salud. Y puede que no sea descabellado pensar que el invento sea allí necesario, por razones de tipo político, más que puramente científicas.

Llegados a este punto, creo que resulta pertinente elaborar una propuesta concreta que intentaré esbozar lo más escuetamente posible, a fin de no incurrir en repeticiones de los argumentos ya planteados.

## UNA PROPUESTA PARA LA DISCUSIÓN

1. La psicología de la salud, en tanto que disciplina psicológica nueva, adolece de una correcta fundamentación conceptual. Además, presenta algunas disfunciones importantes a estos niveles, que deberían ser reconsideradas en profundidad. Es necesario, por ejemplo, definir claramente sus objetivos y su nivel de especificidad, empezando por operativizar claramente qué se puede entender por "salud".

2. La psicología de la salud puede ser, *hoy por hoy*, concebida como un subcampo de trabajo y aplicación de la psicología clínica, y no como campo de trabajo interdisciplinar, pues su (hipotético)

campo de actuación se solapa y entremezcla con el que es propio de la psicología clínica. Objetivos específicos de su actuación deberían ser todos aquellos involucrados en la promoción y educación de y para la salud, tanto a niveles individuales como colectivos.

3. Si hay que "inventarse" una nueva disciplina psicológica, lo razonable es que sea por motivos científicos bien fundamentados y documentados, de tal modo que efectivamente se demuestre que su desarrollo profesional llenará una parcela que, hasta el momento, no ha sido ocupada por ninguna otra actividad, o bien que no hay ninguna actividad que esté capacitada para ello. Muchas veces es más rentable sacar partido y desarrollar lo que se tiene, que inventar cosas que se sostienen poco y mal.

4. Hay que evitar poner el burro antes que la zanahoria: La búsqueda de especialización y eficacia profesionales y/o teóricas, siempre respetables y justificables, no deberían confundirse con la creación de nuevas disciplinas científicas. De lo contrario, la verosimilitud de esas posibles disciplinas puede quedar seriamente dañada desde su mismo inicio. A no ser que admitamos que, como ya dijo James en 1890, estamos todavía hoy en un modelo prepsicológico, como lo estaba la física antes de Galileo o la química antes de Lavoisier.

5. La adopción de ideas científicas debería basarse en un análisis riguroso de los contenidos implicados subyacentes y de las consecuencias epistemológicas y prácticas. De lo contrario, nos estaremos moviendo en lo que Jaspers llamó "meras fantasías psicológicas".

## BIBLIOGRAFÍA

**American Psychiatric Association (1968).** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, second edition (DSM-II)*. Washington: American Psychiatric Association.

**American Psychiatric Association (1980).** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition (DSM-III)*. Washington: American Psychiatric Association.

- American Psychiatric Association** (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV)*. Washington: American Psychiatric Association.
- APA Task Force on Health Research** (1976). Contributions of psychology to health research: patterns, problems and potentials. *American Psychologist*, 31, 263-274.
- Belloch, A.** (1989). "Conducta de salud y conducta de enfermedad". En E. Ibáñez y A. Belloch (Dir.), *Psicología y Medicina*. págs.165-174. Valencia: Promolibro.
- Belloch, A.** (1991): "O modelo bio-psico-social: un novo marco de referencia para o psicólogo clínico". En: Colexio Oficial de Psicólogos de Galicia (Eds.). *Conferencias e relatorios*. págs.95-104. Santiago de Compostela: Grafisant.
- Belloch, A.** (1992). Ampliando los horizontes de la Psicología Clínica: un modelo bio-psico-social para la salud y la enfermedad. Conferencia. *Congreso Iberoamericano de Psicología*, Madrid 5-10 Julio 1992.
- Belloch, A. y Olabarría, B.** (1993). "El modelo bio-psico-social: un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico". *Clinica y Salud*, 4(2), 181-190.
- Brannon, L. Y Feist, J.** (1992). *Health Psychology. An Introduction to behavior and health*. Belmont, California: Wadsworth Publ. Co.
- Brody, H.** (1973). "The systems view of man: implications of medicine, science and ethics". *Perspectives in biology and medicine*, 17(1):71-91.
- Buceta, J.M.** (1990). Las nuevas aplicaciones de la psicología clínica y la modificación de conducta en el área de la salud. En: J.M.Buceta y A.M.Bueno (Eds.), *Modificación de Conducta y Salud*. Págs. 21-39. Madrid: Eudema.
- Cott, A.** (1986). The disease-illness distinction: a model for effective and practical integration of behavioural and medical sciences. En S.McHugh y T.M. Vallis (Eds.), *Illness Behavior*. Págs. 71-100. Nueva York: Plenum Press.
- Engel, G.L.** (1977). The need for a new medical model. A challenge for biomedicine". *Science*, 196(4286):129-136.
- Fernández-Alvarez, H.** (1994). Abordaje cognitivo de los trastornos psicósomáticos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 3, 33-46.
- Feuerstein, M., Labbè, E.E. y Kuczmierczyk, A.R.**(1986). *Health Psychology. A psychobiological perspective*. Nueva York: Plenum Press.
- Florin, I. y Fiegenbaum, W.**(1992). Clinical Psychology: its Successes and Perspectives. En A. Ehlers, W.Fiegenbaum, I. Florin y J. Margraf (Eds.), *Perspectives and Promises of Clinical Psychology*. Págs. 3-10. Nueva York: Plenum Press.



- Foster, G.M. y Anderson, B.G.** (1978). *Medical Anthropology*. Nueva York: Wiley.
- Gil Roales-Nieto, J. y Ayllon T.** (1991): Medicina Conductual: Presente y Futuro de una realidad. En J.Gil Roales-Nieto y T. Ayllon (Eds.) *Medicina Conductual. I. Intervenciones conductuales en problemas médicos y de salud*. Págs.1-10. Granada: Universidad de Granada. Servicio de Publicaciones.
- Ibáñez, E.**(1990). "Estilos de vida y enfermedad: historia y vicisitudes de un concepto". En E.Ibáñez (Dir.), *Psicología de la salud y estilos de vida*. Págs.11-20. Valencia: Promolibro.
- Kaptein, A.A. y Van Rooijen, E.** (1990). Behavioural medicine- some introductory remarks. En: A.A. Kaptein, H.M. Van der Ploeg, B. Garsen, P.J.C. Schreurs y R. Beunderman (Eds.) *Behavioural medicine. Psychological treatment of somatic disorders*. Págs. 3-14. Chichester: Wiley & Son.
- Krantz, D.S. y Glass, D.C.** (1984). Personality, behavior patterns and physical illness: conceptual and methodological issues. En W.D.Gentry (Ed.), *Handbook of Behavioral Medicine*. Nueva York: Guilford.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S.**(1984). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca,1986.
- Maes, S. y Van Veldhoven, M.**(1990). From health behavior to health behaviour change. En A.A. Kaptein, H.M. Van der Ploeg, B. Garsen, P.J.C. Schreurs y R. Beunderman (Eds.) *Behavioural medicine. Psychological treatment of somatic disorders*. Págs. 33-50. Chichester: Wiley & Son.
- Matarazzo, J.D.** (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Matarazzo, J.D.** (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 37 (1),1-14.
- Matarazzo, J.D., Weiss, S.M., Herd, J.A., Miller, N.E. y Weiss, S.M.** (Eds.) (1984). *Behavioral Health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. Nueva York: Wiley.
- McHugh, S. y Vallis, M.**(1986). Illness behavior: operationalization of the biopsychosocial model. En S. McHugh y M. Vallis (Eds) *Illness Behavior* (págs. 1-31). Nueva York: Plenum Press.
- Mechanic, D.** (1980). The experience and reporting of common physical complaints. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 146-155.
- Pelochano, V., Matud, P. Y De Miguel, A.** (1994). Estrés no sexista, salud y personalidad. *Análisis y Modificación de conducta*, 20, N° extraordinario (71-72).
- Rodin, J. y Salovey, P.**(1989). Health Psychology. *Annual Review of Psychology*, 40, 533-579.