

PSICOLOGÍA CLÍNICA, PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y LA BÚSQUEDA DEL SANTO GRIAL

Vicente Pelechano

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA (Tenerife)

RESUMEN

En el trabajo se revisan algunos de los problemas centrales que inciden sobre el modo de pensar y hacer en psicología, relacionados con el mundo de la clínica y salud: niveles de análisis, modelos sugeridos -biológico y biopsicosocial-, defensas gremiales y bases epistemológicas "justificativas" se entremezclan en las publicaciones psicológicas dedicadas al análisis de especialidades y conveniencia o no en la propuesta de nuevos puestos profesionales. A partir de este panorama se propone una vía intermedia (no ecléctica) de intento de solución de estos problemas. Una consideración acerca del sentido que poseen muchas de las aportaciones dentro de la psicología de la salud, con el enunciado de posibles vías de desarrollo y que a su vez genera más preguntas que respuestas sirve al autor como marco de su posición sobre el tema y en la que ocupan un lugar importante el ateniimiento a cuestiones relevantes, teoría de sistemas, adherencia a una metodología exigente y a pensar más en las cuestiones básicas y en el sentido que poseen muchas técnicas y su "validez experimentalmente contrastada". Un recordatorio acerca de una máxima de larga tradición médica (primum non nocere) con la insistencia en el estudio de los efectos no previstos de las intervenciones psi-

cológicas se encuentra desperdigado a lo largo de todo el trabajo. El reconocimiento de la diversidad de estar sano y de estar enfermo, debería ocupar un lugar más central en todo el discurso sobre la salud de este fin de siglo, lo que exigiría un replanteamiento tanto de la psicología clínica como de la psicología de la salud, tal y como se entienden ambos conceptos en las publicaciones al uso.

Palabras clave: PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOLOGÍA DE LA SALUD, VALORACIÓN DE MODELOS Y RESULTADOS EN CLÍNICA Y SALUD, ANÁLISIS CONCEPTUAL DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

SUMMARY

*Some of the central problems related with the clinical and health psychology are revised: arguments on levels of analysis, models suggested -biological and biopsychosocial-, defence of the "guild" and epistemological literature referring to analysis of specialties and convenience or not of proposing new professional posts. From this standpoint a compromise is proposed (non eclectic) to solve these problems. An analysis about the sense which many of the proposals in health psychology have, accompanied by possible developmental approaches, which in turn give rise to more questions than answers is followed by the author creating the context of his position on the subject, in which the following of relevant questions, systems theory, and adherence to a hard methodology occupies an important place; also one has to think more about the basic questions and what sense many techniques and their "experimental contrasted validity" have. A reminder on the long standing accepted aphorism *primum non nocere* and the insistence on the study of the unforeseen effects in psychological interventions is disseminated throughout the work. The recognition of the existence of a plurality of ways of being healthy and ill should occupy a central place in the sensitivity and work regarding health for what is now the turn of the century, and that would demand a new approach as much for clinical as form health psychology -at least as both concepts are understood in current publications.*

Key words: HEALTH PSYCHOLOGY AND CLINICAL PSYCHOLOGY, EVALUATION MODELS, PROCEDURES AND RESULTS IN CLINICAL AND HEALTH PSYCHOLOGY, CONCEPTUAL ANALYSIS AND PROPOSAL FOR HEALTH-CLINICAL PSYCHOLOGY.

IDEA GENERAL Y PROPÓSITO

A pesar de que la teoría de las generaciones se encuentra sometida a multitud de críticas, la verdad es que, bien sea por "reconstrucción" interesada de los cincuentones, por la necesidad de anclaje temporal en el análisis histórico y psicológico, por nostalgia o bien porque algo de lo que se dice corresponde en gran medida con la realidad, las dos décadas denominadas de los sesenta y de los setenta de nuestro siglo representan puntos de referencia casi obligados para datar muchos de los fenómenos relevantes de este fin de siglo: desde la llegada a la Luna, pasando por la eclosión del rock, la música pop y otras artes hasta llegar a la propuesta de creación de "nuevas" disciplinas científicas, se encuentran situados en esa franja temporal. Asimismo muchas especialidades y diversificaciones más o menos científicas en ciencias humanas y sociales se encuentran situadas en ese intervalo temporal. También es verdad, sin embargo, que un conocimiento más profundo de esas "novedades" arroja un panorama mucho más rico y complejo y en el que estas "novedades" dejan de tener una partida de nacimiento tan clara como pretenden los que confunden origen de las ideas con reuniones gremiales de institucionalización (los tan frecuentes "congresos constituyentes").

Nuestra posición no desea ser entendida como una devaluación de nada ni de nadie. Propone una actitud en la que, frente a lo "simple" y lo "light" se defienda el ateniimiento a una realidad (incluso a la realidad científica y a la historia de las ideas científicas) que es compleja y, aunque es verdad que una de las misiones de la ciencia consiste en ofrecer esquemas más "simples" de esa compleja realidad, también lo es que toda simplificación, a fuer de promover la "claridad" y la "inteligibilidad", corre el grave riesgo de ignorar elementos clave de la parcela de realidad que estudia, elementos y complejidades que ayuden a proponer y poner en práctica soluciones más eficaces a los problemas que tiene planteados el ser humano en nuestros días.

Y todo esto parece que hace al caso que nos ocupa. A finales de los setenta se propuso la creación de una "psicología de la salud" con entidad distinta a la psicología clínica y como fruto de

un congreso fundacional llevado a cabo un poco después de otro congreso en el que se fundó una “medicina comportamental”, que se sentía distinta de la psicología clínica. Al hilo de estas dos “fundaciones” han proliferado otras: la sociología de la salud, la economía de la salud, la antropología de la salud, por un lado y la terapia cognitiva, la comportamental-cognitiva y un considerable florecimiento de psicoterapias asentadas sobre nuevos intentos de fundar el conocimiento científico sobre epistemologías idealistas de signos bastante diversos. Todas ellas recaban, junto a la medicina, claro está, el cuidado, educación, prevención y fomento de la salud; las nuevas especialidades nacen en congresos, crean revistas, generan o consolidan puestos de trabajo y recaban para sí la exclusividad de su posición y de su ideario.

Sucede, por otra parte, que los profesionales ya situados (en sus respectivas especialidades y puestos) tienden a diluir lo nuevo en lo que ellos hacen y, por otro lado, los nuevos apóstoles insisten en todas las ocasiones en que la “novedad” es tal, y justa, cubre áreas nuevas, y entraña nuevos elementos que la hacen distinta a lo ya conocido. Eso pasó ya en la creación de la psicología y su diferenciación de la fisiología experimental. Hacia la mitad del siglo XX surge la psicología clínica y la psicopatología científica “desde la psicología”, con la presencia de polémicas y problemas del talante que estamos comentando y no como se hacía desde unos cuantos siglos o años, desde la medicina (la psiquiatría).

Pasadas unas décadas, la polémica entre psicología clínica y psicología de la salud está servida: para unos autores la primera engloba a la segunda y por distintas razones; para otros, representan especialidades distintas (aunque no opuestas; al menos, todavía).

Al margen de cuestiones teóricas y epistemológicas de más enjundia. Al autor de este trabajo (al que algún antiguo alumno primero y compañero hoy, a pesar de lo cual amigo, el profesor A. Reig, con razón o sin ella, ha llegado a atribuir una cierta paternidad socio-nacional de la psicología de la salud en España) le parece de interés, antes de pasar a mayores, relatar una experiencia personal de años. Hace ya un par de décadas casi, en las primeras lecturas, conversaciones y trabajos en el campo de “la salud”, al autor le parecía que se trataba de lo mismo que la clínica y la psicología diferencial, si bien “aplicado a otra cosa”. Después de estar traba-

jando, explicando, investigando y publicando en psicología de la salud unos cuantos años, tiene la impresión de que "hace otra cosa" cuando se ocupa de clínica que cuando lo hace de psicología de la salud. Veremos a lo largo de estas páginas que muy posiblemente se trata de algo con más sustancia que una "impresión".

Un apunte de reflexión en voz alta que parece deducirse de la lectura incluso de los manuales (que los hay) de psicología de la salud y en las monografías más especializadas parece que, en aquellas áreas en las que no existe apenas tradición de investigación y el nivel de conocimientos es más bien escaso (por ejemplo, tratamiento de la hipertensión, preparación del enfermo con diabetes para seguir el tratamiento o ayuda psicológica en enfermos oncológicos en estado avanzado), los modelos y técnicas de intervención se encuentran fuertemente asentadas en las tradiciones y trabajos de la psicología clínica. Sin embargo, en aquellos temas y campos en los que existe un cuerpo de conocimientos y tradición en psicología de la salud (enfermedades coronarias, análisis y tratamiento del estrés, redes de apoyo social y salud) los modelos y técnicas más usuales tienden a separarse de la clínica de corte convencional y, más aún, llegan a encontrar paternidades muy alejadas de ella. Así, vaya por caso, los modelos encaminados a la promoción de la salud tales como el de creencia en la salud (Rosenstock, 1966, 1990; Becker, 1974), la teoría de la acción razonada o planificada de Ajzen (1985), el modelo de intervención preventivo de McGuire (1981) asentado en una determinada teoría de la comunicación o el modelo procede /prosigue de Green y Kreuter (1991), por poner unos ejemplos, se encuentran bastante alejados de los análisis clínicos convencionales. En el caso del modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (1984), con todo, los orígenes son más clínicos; en la aplicación del modelo conductista al campo de la promoción de la salud o de la teoría social-cognitiva banduriana, sus orígenes y compromisos se encuentran claramente dentro de la terapia de conducta¹.

¹ Dicho sea de paso, la apelación a los orígenes de los modelos y/o procedimientos o técnicas no dice mucho acerca de su más adecuada o más extensa aplicación. Así, vaya por caso, el análisis de varianza fue generado por Fisher

Este panorama, que es tan solo una muestra dentro de un punto muy concreto de la psicología de la salud, puede servir para ilustrar con cierta claridad algunos puntos que forman una parte sustancial acerca del problema sobre la dependencia o independencia de las especialidades (incluso con la problemática existencia de la entidad que poseen las especialidades mismas) y toca algunos de los puntos más relevantes a tratar en este trabajo que tiene los siguientes objetivos: (a) ofrecer unas reflexiones y sugerencias acerca de la unidad o no de la psicología, tema viejo y de una considerable actualidad; (b) proponer unas consideraciones acerca de la definición de salud y de enfermedad para (c) hacer unas llamadas de atención acerca del llamado modelo biopsicosocial para terminar con (d) la formulación de una propuesta sobre límites, conveniencias y posibilidades del futuro inmediato tanto de la clínica como de la psicología de la salud.

ACERCA DE LA UNIDAD DE LA PSICOLOGÍA, LAS ESPECIALIDADES Y RAZONES DE SU EXISTENCIA

Tal y como se ha adelantado más arriba el problema de las especialidades psicológicas (y mucho me temo que en más parcelas que en la psicología) no es nuevo. Desde la misma fundación de la psicología experimental, Wundt desautorizó a J. McKeen Cattell porque hacía unas variaciones y aplicaciones (lo que después dio lugar a la psicología diferencial) que no eran más que "americanadas" sin sentido ("rein Amerikanisch" escribió y, por cierto, con tono no muy cordial). El problema de la unidad de la psicología es una

desde y para el estudio de cultivos y fomento de la productividad con el fin de estudiar la eficacia de determinados tratamientos en la diferente producción agraria y en nuestros días, parece "connatural" con el diseño de la psicología experimental (hasta el punto que todavía hay estudiosos que identifican el empleo de diseños de análisis de varianza con conocimiento científico-psicológico). Por contra, el análisis factorial fue creado por psicólogos interesados en el estudio de la inteligencia y en la actualidad se aplica a otros muchos campos e incluso ciencias alejadas de la psicología. También aquí, como en biología, una dependencia genética no lleva consigo una dependencia funcional

cuestión no resuelta y desde los años treinta se viene hablando de una psicología experimental frente a otra correlacional a nivel estrictamente académico. Incluso existen autores que defienden la idea de que no existe una ciencia que pueda llamarse psicología sino un cierto volumen más o menos inconexo de conocimientos "psicológicos" que forman una suerte de archipiélago de saberes y que se aplican con valor desigual y de forma más bien intuitiva y asistemática al alivio de problemas humanos que, a su vez, poseen distinta entidad y sustancia. A medida que la psicología se ha ido institucionalizando -esto es, ocupando parcelas gremiales del funcionamiento social- la polémica ha dejado de ser científica para convertirse en política de poder² (o, a lo mejor, siempre ha sido de este último modo), lo que quiere decir que los argumentos coyunturales y de conveniencia han ido sustituyendo a los de corte más académico y científico.

No es este el lugar para tratar temáticamente el problema de la unidad de la psicología. Tan solo nos limitaremos a un par de reflexiones que se relacionan con él: el de la relación entre sustantivos y calificativos por un lado y el de las escuelas, modelos y curso histórico por otro.

Bajo la denominación de sustantivos y adjetivos nos referimos a la entidad y "distancia" que existen entre el primer término de las expresiones que se refiere a la psicología y el segundo, referido a las especialidades. Así, vaya por caso, se habla de *psicología clínica*, en cuyo caso el sustantivo es "psicología" y el calificativo "clínica" y lo mismo cabe aplicar a la psicología educativa, laboral, organizacional, jurídica, etc. En buena lógica el calificativo lo que haría sería especificar o, como su nombre indica, "cualificar" el sustantivo. Pero en todos los casos se trataría de un tronco común (el sustantivo, la "psicología") que se diversifica (se "cualifica" en

² Al autor le recuerda demasiado este tipo de cuestión el diálogo entre Alicia y la Reina de corazones en "*Alicia en el país de las maravillas*" cuando a la pregunta acerca de quién ha ganado la partida y, por ello, quién tiene la "razón" para proclamarse vencedor, le responde la Reina que el problema consiste en saber quién manda, quién tiene el poder y no quien tiene la razón (obviamente porque tener el primero hace que se posea *eo ipso* la segunda, para este personaje).

sus distintas especialidades). Los criterios de diversificación, dominios de especialización y límites de cada especialidad ya son objeto de discusión (y de hecho, casi siempre lo han sido) y los argumentos empleados para su definición “diferencial” de la cualificación tienden a no utilizar criterios científicos y/o epistemológicos sólidos, sino más bien, “políticos”. Así, vaya por caso, la “psicología evolutiva” se ha defendido como entidad independiente de la “psicología educativa” no porque la segunda estudia la evolución del niño en el contexto de la educación institucionalizada y la primera no, sino más bien, porque la psicología evolutiva estudiaría la “evolución del ser humano sin apelar a una intervención” y la educativa sería el estudio de las intervenciones sobre esa evolución. De una u otra forma esta manera de pensar todavía sigue funcionando y justificando la aparición de puestos de trabajo distintos para unos y para otros. Y resulta muy difícil pensar en la forma de evolución de un ser humano “sin intervención” (esto es, sin inspección de lo que sucede en las interacciones que tiene con su ambiente físico y social y/o en las influencias que recibe del medio y de las acciones que realiza sobre él) o, lo que viene a ser peor, creyendo que estas interacciones modificadoras no son relevantes, o no existen, o no representan una fuente de diferencias individuales (esto es, que actúan en todos los contextos por igual y de la misma manera para todos los sujetos).

Otro sí habría que decir por lo que se refiere a las especialidades “clínicas”. En la medida en que se defienda un modelo “clásico” y bien claro de ciencia psicológica, la “entidad”, formación y constitución de las especialidades sería el resultado de una “deducción” de una u otra parcela de la realidad, a la que se aplicarían los conocimientos, métodos y procedimientos recogidos en la ciencia “básica”. El problema, claro está, es que este modelo no es el que se adapta más a la multiplicidad de datos que existen en psicología. En concreto, por lo que se refiere a la “psicología clínica”, su surgimiento arranca de una *necesidad social*, el intento por ofrecer servicios *básicamente asistenciales* a un numeroso grupo de personas que presentan una considerable diversidad de problemas de adaptación social a su regreso (o como consecuencia de) la segunda guerra. Los psicólogos clínicos surgen como una sub-especie de los profesionales que hasta ese momento se dedicaban a la

tarea de los cuidados e investigación de esas personas, los psiquiatras, aunque con un currículum más económico en su formación y con sueldos asimismo menores. En unas décadas, aparecen personas que ocupan puestos de trabajo dotados económicamente, estudios de investigación sobre dinámica personal y tratamientos psicológicos, publicaciones, congresos, asociaciones y, con todo ello, el reconocimiento de una nueva especialidad en psicología. Dentro mismo de esa especialidad, unos años después, comienzan a aparecer asimismo "subespecialidades", escuelas y una considerable diversificación de contenidos y aplicaciones que se van alejando del tronco de formación y conocimientos que eran específicos de la psicología y no por el estancamiento de la psicología frente al desarrollo de "la clínica" sino por la aparición de nuevos desarrollos que, al intentar dar respuesta adecuada a los problemas que se presentan en la praxis profesional, formulan modelos incipientes que se alejan tanto de la psicología científica académica que lleva a algunos clínicos a promover su independencia del tronco común, del sustantivo que les dió el ser y el puesto de trabajo. Y esta tendencia se encuentra en las dos vertientes de "terapias psicológicas" predominantes.

En el caso de la terapia de conducta hace ya más de dos décadas que su desarrollo se ha alejado tanto de la psicología del aprendizaje que le proporcionó su origen y entidad que el diálogo entre psicólogos del aprendizaje y terapeutas de conducta es imposible sin que las voces se eleven encrespadas. En el caso de las terapias cognitivas sucede otro tanto: los terapeutas cognitivos tienden a promover un análisis y modo de operar en la solución de los problemas que se encuentra muy alejado de las distintas psicologías cognitivas (por supuesto, no existe contacto alguno que merezca ser contemplado a nivel de estudios científicos controlados entre el cognitivismo "hard" y cualquier acercamiento terapéutico cognitivo; los contactos con los cognitivismos "soft" tienden a ser más nominales que reales). Y, en más de una ocasión, unos y otros intentan capitalizar no solamente la "psicología" de manera excluyente sino, además, excluir "al otro" del calificativo de "científico" sin que se haya formulado una manera alternativa de hacer ciencia claramente diferenciada de la que proclamó Galileo, entre otros, hace ya algunos siglos y que posea igual o mayor poder predictivo, explicativo y predictivo.

Sucedo, además, que ante esta dicotomización caben compo-
nendas que terminan por convertirse en anécdotas. Así, vaya por
caso, en los congresos "especializados" de distintas terapias, tien-
de a ser una nota de bien hacer ofrecer una participación testimonial
a un "psicólogo básico-teórico" más o menos especializado a nivel
académico para que abra o cierre los actos y sirva como punto de
reflexión y elemento decorativo puesto que resulta "prácticamente
imposible" llevar a la práctica clínica las recomendaciones, modelos
y datos experimentales que éste propone. La escisión entre aca-
démicos (o "básicos") y profesionales (o "aplicados") resulta tan
notoria que el diálogo entre ellos se encuentra en una vía muerta
y semeja a la separación entre los discursos parlamentarios de los
políticos al uso y los problemas reales que aquejan a los ciudada-
nos. Los primeros (los académicos) acusan a los segundos de hacer
una "psicología de segunda"; los segundos, a los primeros de hacer
una psicología de "lo inútil". Y esta escisión está llevando a dos
maneras de entender la ciencia: (a) la académica, que exige una
y otra vez el cumplimiento de los requisitos, aunque mínimos, de
la ciencia; y (b) la profesional que insiste en olvidar esos requisitos
ante los problemas de urgencia social y personal que les exige su
puesto de trabajo. Esta escisión no parece que tenga una solución,
siquiera medianamente aceptable en el inmediato futuro³. Usual-
mente cada una de las partes es la que defiende no solamente su
parcela de poder sino también la posesión de la "verdad" científica.
No hace mucho, se ha comenzado a plantear este tipo de proble-
mas en España entre colegios profesionales por un lado, instancias
estatales (ministerios) por otra y universidades por otra. La solución
que se ha dado se ha basado, como en *Alicia en el país de las
maravillas*, en quién posee el poder y no tras una indagación acerca
de dónde puede hacerse menos daño al usuario y hacer avanzar
más el conocimiento científico de modo que éste permita generar

³ Una versión clara de lo que venimos diciendo es la proliferación de los "másters" de post-grado, junto al escaso control de su calidad científica. El objetivo que se pretende obtener en ellos es el logro de un puesto profesional y los conocimientos "experienciales" de los profesionales que se encuentran ocupando esos puestos. El conocimiento científico que justifica los puestos se encuentra, en el mejor de los casos, presente de forma testimonial.

una ayuda más eficaz y productiva para los usuarios⁴. Si esto se acerca más o menos a una descripción de lo que acaece en el caso del conocimiento básico y el aplicado, el problema es tanto más agudo entre los distintos modos de plasmar las especialidades.

En efecto: mientras que en el caso anterior parece que importa más el poder de decisión que el conocimiento, en el caso de las distintas especialidades se trata de puestos de trabajo y de economía (o poder económico más que "político"). La adscripción a una u otra "escuela" posibilita, en gran medida la obtención de un puesto de trabajo y con él ingresos que permitan incrementar el nivel de vida. Y, en el mejor de los casos, la posición más civilizada, comprensiva y menos radical es la de identificarse y reconocerse como "eclectico" puesto que ello supone que lleva consigo una tolerancia y toma en consideración de "todo".

Mucho se ha escrito acerca de los inconvenientes del eclecticismo. Por lo que a nosotros se refiere pensamos que no debería confundirse el conocimiento amplio de modelos, teorías, procedimientos y técnicas con el valor que esa diversidad posee. Ni todo vale; ni todo lo que vale, vale lo mismo; ni vale de la misma manera. Es el análisis científico, la repetición de resultados y la evidencia acumulativa, en su caso, lo que va determinando el alcance, posibilidades de desarrollo, niveles de actuación eficaz y elección de lo que en cada caso parece que es mejor, a sabiendas de que el conocimiento científico, como todo tipo de conocimiento, es temporal, restringido y de valor provisional.

Todo esto implicaría que las elecciones que se hagan en cada momento deben ser guiadas por la adecuación y no por el eclecticismo. Y, junto a esta opción, lo que acaba de ser mencionado quiere decir que se reconoce la necesidad de que exista más de un modelo y maneras de actuación dentro de cada especialidad.

⁴ Un buen antecedente se encuentra en la formación de los médicos a cargo del Ministerio de Sanidad y sus centros de atención asociados; otro, el que se deriva en el caso de los "psicólogos internos residentes", dado que el modelo de los médicos es el que "debe" seguirse"; otra opción exigiría un replanteamiento bastante radical de lo que significa formación superior o misiones y cumplimientos de las misiones asignadas a las universidades junto con los medios que para ello se proporcionan. La escisión entre formación científica, tareas de investigación y prestaciones asistenciales corre el riesgo de ser total, si no lo es ya.

Este punto ya forma parte de otro tipo de temática del que nos ocupamos más adelante y que resulta especialmente relevante para el tema que nos ocupa.

CLÍNICA, SALUD, ENFERMEDAD Y LA DIVERSIDAD DE MODELOS TEÓRICOS

Probablemente el mundo relacionado con la clínica y la salud resulta el más rico en modelos, discusiones teóricas y procedimientos dispares entre sí, de entre todas las parcelas del conocimiento psicológico (y no solamente psicológico). Esta riqueza es entendida, usualmente, como indicador de desconocimiento o ignorancia, en la medida en que se piensa que si existiera un conocimiento "correcto" y veraz, ello redundaría en la formulación de un único modelo teórico, del que se derivarían los distintos procedimientos y técnicas aplicables a la solución de los problemas. Esta opción posee, desde nuestro punto de vista, algunas fisuras no bien justificadas.

De entrada habría que decir que la idea de reducir todo conocimiento científico a una única manera de pensar la realidad representa la pervivencia de una línea discursiva propia del mecanicismo: el intento por promover una "ciencia unificada" fue perseguido activamente por el empirismo lógico y desechado incluso por filósofos de la ciencia pertenecientes a esta escuela aunque menos radicales en sus planteamientos, bien desde sus inicios mismos o como fruto de la evolución histórica (como sucedió, por ejemplo, con Hans Reichenbach desde los años treinta o Herbert Feigl a comienzos de los sesenta).

La "reducción" cientista⁵ vendría a defender que todo conocimiento científico debe poder ser reducido a física y, desde aquí,

⁵ Repárese que en este caso estamos tratando tan solo del conocimiento científico y de la reducción de todo conocimiento científico a un modo de pensar mecanicista. Otro caso a tratar es el de la reducción de todo conocimiento humano a conocimiento científico-naturalista, lo que lleva consigo una serie de repercusiones para el funcionamiento humano y social, que hemos tratado en otro lugar (Pelechano, 1996). Baste aclarar aquí que ni siquiera en ciencia natural es conveniente ni se encuentra justificada tal "reducción".

toda ciencia a ciencia física (en la medida en que la ciencia física es reducible a matemática, todo conocimiento científico debería ser reducido a un modelo matemático, con lo que, entre otras cosas, aparte la clausura, supondría un progresivo "alejamiento" de la realidad empírica, en la medida en que la matemática representa un tipo de conocimiento que es tanto más perfecto al mismo ritmo que éste se aleja de la realidad experimental⁶). Andando el tiempo se ha demostrado que es mucho más útil y realista admitir la existencia de distintas unidades de análisis (cada una o varias de ellas específicas de una o varias ciencias), ciencias e incluso modelos científicos dentro de cada uno de los dominios científicos sin que ello sea indicador de ignorancia sino de sabiduría. Y la tendencia que se ha observado en los últimos dos decenios es la de diversificación del conocimiento científico y de las especialidades más que de reducción de las mismas.

Este afán de reduccionismo vendría justificado por el canon de simplicidad propugnado, entre otros, por el pensamiento de Occam. En efecto: a la hora de elegir entre dos o más modelos científicos y/o formas de pensar y actuar en ciencia, se debe elegir aquél que, en igualdad de circunstancias con los otros, resulta más simple y exige menos supuestos a la hora de formularse descripciones, proponer explicaciones o promover predicciones. Este canon que se encuentra en la ciencia desde su mismo origen⁷ ha dado buenos

⁶ No se piense que este elemento platonizante en la ciencia ha desaparecido. Con la incorporación de la informática y los modelos de simulación comienzan a ser cada vez más frecuentes estas "simulaciones" a base de datos ficticios y realidades "virtuales" que intentan sustituir los datos reales por los datos virtuales. Frente a las ventajas de economía que se encuentran en este modo de hacer se encuentran las desventajas de distorsión y elementalismo del planteamiento básico. Pensamos que la realidad supera, usualmente, a cualquier ficción en cuanto a complejidad se refiere.

⁷ Esto no significa que no hayan existido, asimismo desde el principio, disidencias y proposiciones alternativas. La apología de la simplicidad se ha justificado siempre desde presupuestos no-lógicos sino estéticos. Y el peligro del olvido de elementos importantes, de efectos importantes y de fenómenos importantes en aras de esa simplicidad, se ha encontrado asimismo desde el comienzo. La incorporación de esos elementos y aspectos "no previstos" ha llegado a ser, en ocasiones, una amenaza real a la existencia de la ciencia y de la adecuación de

resultados en muchas ocasiones y ha promovido un supuesto metafísico: que la naturaleza elige lo simple frente a lo complejo en cuanto a leyes funcionales y que toda explicación compleja tiende a no ser científica.

Al igual que se suponía que la naturaleza tenía horror al vacío, también lo tenía a la complejidad. La adscripción a este canon implica, entre otras cosas, el supuesto de que lo complejo se compone de elementos más simples, que lo complejo se analiza y disuelve en esas simplicidades que, posteriormente, pueden recomponerse. En definitiva, se trata de un supuesto mecanicista (que denominábamos hace ya más de dos décadas el compositivismo asociacionista). La ventaja de la simplicidad es innegable a nivel de comprensión y propuesta de modelos. Los peligros de ignorancia o de dejar de lado aquellos aspectos que "no se ajustan" a este canon también son previsibles y han provocado no pocas equivocaciones y componendas en la ciencia moderna⁸.

Es posible pensar de modo alternativo (y lo venimos defendiendo desde hace ya más de dos décadas) que en la realidad psicológica nada es simple y que si existe una explicación simple de algún fenómeno psicológico, existen muchas probabilidades de que esta explicación traicione lo esencial y sustantivo del fenómeno que trata de explicar. En este sentido podría suceder que la naturaleza no amara lo simple sino lo complejo (al menos complejo para la mente

sus explicaciones (en concreto, repárese en las denominadas ciencias sociales y el alcance de los análisis al uso, que tienden a encontrarse excesivamente alejados de la problemática que los ciudadanos consideran real o, cuando menos, de la solución de esta problemática).

⁸Se ha dicho en muchas ocasiones que la ciencia y la sociedad moderna han provocado más problemas de los que han resuelto, a lo mejor, nos tememos, por la realización de análisis simplistas y parciales que han olvidado elementos esenciales del funcionamiento de los fenómenos que trataban de resolver y/o modificar. Como ilustración de los peligros, ya a finales de los treinta de este siglo, Hans Reichenbach señalaba los peligros que lleva consigo la "metáfora de la red de pescar": si utilizamos una red de pescar que tenga 10 cms. de lado y con ella exploramos todos los mares del planeta podemos deducir que "no existen peces menores a 10 cms". Dedución que podría ser correcta dada la unidad de análisis empleada pero que dista mucho de reflejar la realidad.

humana que conocemos hasta el momento) y, al parecer, las reformulaciones ecologistas de análisis de interacciones y de rastreo de efectos a medio y largo plazo de las acciones humanas van en esa dirección. No quiere esto decir que todo sea reducible a lo complejo aunque sí defenderíamos que la simplicidad tiende a ser mucho menos frecuente de lo que parece y defienden los manuales introductorios⁹. Esta admisión de la complejidad puede ser verdad o no pero, desde nuestra perspectiva representa un punto de partida estratégico en la investigación que lleva consigo unas derivaciones importantes para la psicología, en la medida en que existe un considerable desconocimiento de fenómenos psicológicos relevantes y antes de promover una clausura debería cultivarse un análisis lo más preciso y cercano a la realidad que sea posible¹⁰.

☞ En primer lugar, que no resulta intrínsecamente malo la existencia de modelos distintos para explicar parcelas psicológicas asimismo diferenciadas. Al igual que es posible pensar que todo debería reducirse a unos pocos supuestos y principios generales de funcionamiento personal, asimismo es posible pensar que dada la complejidad de los fenómenos a estudiar, cada parcela puede tener sus propias leyes funcionales, unidades de análisis y procedimientos de cambio. Como un arranque y funcionamiento provisional y cuando se está comenzando con una parcela debería partirse de lo conocido y/o de lo existente pero, a medida que se va profundizando en el conocimiento de esa parcela, pueden aparecer

⁹ Al autor de estas líneas, la simplicidad de las formulaciones le parece algo similar a los procedimientos que defienden el aprendizaje de idiomas en una semana. Los comienzos tienden a ser muy fáciles pero, a partir de las siete u ocho primeras sesiones las complejidades son tales que la mayoría de estudiantes abandonan el curso. De la misma manera, las explicaciones y modelos "simples" describen todo sin especificar nada y tienden a ser abandonadas cuando se trata de problemas reales y/o de buscar soluciones que sirvan para el momento dado y para un cierto tiempo después.

¹⁰ Un peligro que lleva aparejada la búsqueda y/o defensa de la complejidad es el caer en un cualitativismo del que se tiene ya una abundante experiencia histórica. Obviamente no defendemos un cualitativismo ni una interpretación no cuantitativa de la ciencia como práctica exclusiva de hacer teoría de la ciencia. Entre el cualitativismo desvertebrado y el reduccionismo radical existe un enorme espacio para el desarrollo teórico.

formales que sean distintas a las conocidas hasta el momento y que se apliquen a esa parcela de la realidad que se está estudiando y no a otras.

En segundo lugar, a quien esto escribe no acaba de aparecérsele clara la razón del amor de la naturaleza hacia la simplicidad. A la naturaleza no tiene por qué repugnarle la complejidad y la parcelación de campos como todo ello no le repugna a la inteligencia; lo que le repugna a la inteligencia y a la ciencia es la ignorancia y la falsedad, el parcialismo y el hurto de la contrastación experimental. Y si se defiende la simplicidad por razones de estética, al igual que existe una estética de la simplicidad ¿no puede existir otra de la complejidad?

En tercer lugar, lo que acaba de ser mencionado no lleva consigo un atomismo descomponedor de las globalidades, antes al contrario. En la medida en que se vayan entresacando las unidades de análisis, generalizaciones empíricas y leyes de distintas parcelas se verá si son similares y en qué grado lo son o, por el contrario, son distintas.

En cuarto lugar, en la medida en que se reconozca la necesidad de esta diversidad y complejidad para dar cuenta de la realidad, es no solamente posible sino aconsejable la existencia de distintos modelos y maneras de entender cada una de las distintas parcelas de la realidad científica. Así, vaya por caso, en el estado actual de conocimientos (y no tiene por que ser distinto si existe un conocimiento mayor en el futuro) existe más de un modelo para explicar las distintas enfermedades conocidas y más de un modo de tratamiento científico de las mismas. Al igual que existe más de un modelo científico en psicología, y en física, para explicar las distintas parcelas de sus correspondientes realidades. Y este estado de hechos podría muy bien ser más adecuado para el tratamiento de esas distintas parcelas de la realidad que la proposición de un único modelo "para todo", o para toda una parcela de la realidad y/o de la ciencia.

En quinto lugar, si esto es así, la complejidad y la diversidad exigirían el reconocimiento y promoción de distintos modos y modelos de conocimiento científico de la realidad, al ser la realidad diversa y compleja. En este contexto, la conveniencia o no del reconoci-

miento de una especialidad de psicología de la salud con entidad suficiente como para diferenciarla de la psicología clínica convencional se presenta con una perspectiva distinta: en la medida en que la psiquiatría representa una especialización de la medicina distinta de la medicina interna, de la nefrología o de la cardiología, sería defendible el reconocimiento y promoción de unas especialidades psicológicas de la salud entre las que la psicología clínica de corte clásico y/o convencional tendría su lugar. Para ello, la denominación de estas especialidades y su entidad debería ser algo distinta a la actual.

Estas cualificaciones y derivaciones posiblemente necesiten de alguna ilustración en el campo concreto de la "psicología de la salud" y de la "psicología clínica".

UN PUNTO RELEVANTE PARA LA CLÍNICA Y PARA LA SALUD: LAS OPCIONES DEFINICIONALES DE "ENFERMEDAD" Y ALGUNAS REPERCUSIONES DE PESO

Resulta demasiado usual en los escritos de psicología hacer mención a un "modelo médico" o "modelo de enfermedad" para contraponerlo a otro más "psicológico", "contextual" o "funcional". Asimismo se han contrapuesto dos formas de entender y de hacer ciencia: una centrada en el trastorno, la enfermedad o la disfunción frente a otra asentada más en el bienestar, la salud y la funcionalidad adaptativa. La realidad, sin embargo, parece algo más compleja y alejada de estas dicotomías. Al menos, deberían ser tomadas en consideración una serie de opciones, datos y reflexiones que, sin ánimo de agotarlas, deberían reflejar, al menos, lo siguiente:

1. *Reducción, complejidad y realidad.*- Pese a que algo se ha dicho más arriba al respecto, este punto merece, probablemente, unas líneas más en este apartado. De entrada habría que recordar que toda definición implica un proceso de reducción-simplificación en función del cual se trata de ordenar y clasificar la realidad, compleja de por sí, que nos rodea. El problema es que con ese proceso de simplificación pueden eliminarse elementos diferenciales relevantes. Así, por ejemplo, bajo el rótulo de "cáncer" se recogen

más de cien entidades distintas, con distinta etiología (al menos de la conocida en la actualidad) y con un curso temporal distinto. En la actualidad no existe un criterio claro y contrastado de definición de las enfermedades que lleve consigo una demarcación clara entre simplificación y reducción que lleva hacia una reducción y clarificación por un lado y la realidad compleja y diversa por otro.

Lo que sí parece claro es que la antigua idea de que la ciencia tiende a la simplificación ha dado lugar a la generación de una serie de modelos científicos excesivamente simplistas y que no han resuelto los problemas sino que los han transformado en otros más complejos. Aunque nos parece que todavía está por hacer una "ciencia de la complejidad" o complejidades, la verdad es que se tiende a un estudio de esas complejidades y de sus intrincadas interacciones que se va apartando del análisis científico convencional. Ni la medicina es simple ni, mucho menos, lo es la psicología. Y cuando algo es explicado con simplicidad parece más obra de traición a la realidad y un canto a la ineficacia que un esfuerzo por generar modelos científicos que sean capaces de generar investigación acumulativa y cercana a la realidad biológica y psicológica.

2. *Definición de enfermedad, síntomas, patología, etiología y curso.*- En segundo lugar habría que recordar que por lo que se refiere a la definición de "la enfermedad" hay que decir que *no existe en la actualidad una única definición operativa de la enfermedad sino distintos tipos de definición que se encuentran determinados tanto por el nivel de conocimiento que se tenga de cada enfermedad, como del nivel de análisis al que la definición se encuentre* (Contrada, Leventhal y O'Leary, 1990). Al menos cabe distinguir tres niveles: (a) enfermedad como conjunto de síntomas y signos superficiales¹¹, como sucede en el prurito o la definición de un tumor

¹¹ Debería recordarse aquí que cuando se habla de "signo" nos referimos, usualmente, a las manifestaciones objetivas de la enfermedad. Un "síntoma", por el contrario, lleva consigo una interpretación subjetiva del enfermo acerca de los signos, sensaciones, sentimientos y cogniciones sobre la enfermedad que supone que posee, o el intento por conferir significación a lo que le sucede. Y, todo ello, teniendo presente que se trata de niveles muy distintos en esa "interpretación", que va desde la calificación de una sensación como dolorosa, hasta el "auto-diagnóstico" de una enfermedad.

por su apariencia externa; (b) enfermedad en función de la apariencia celular macro o micro, como por ejemplo, "tumor en tejido blando" o "tumor sensible a estrógenos" y, (c) en tercer lugar, definición de la enfermedad por su "causa última", como cuando se apela a una malnutrición o a un error en la matriz genética.

Esta diversidad de niveles lleva consigo unos tratamientos diferenciales de la información que se recoge. En cada ocasión se opera con la información disponible y no siempre resulta fácil la decisión entre la obtención de información diagnóstica, nivel de definición diagnóstica y modo de actuación ante un enfermo. Así, por ejemplo, se tiende a defender la situación del nivel definicional de una enfermedad en el de sus "causas últimas" y, en todo caso, con el empleo de "criterios duros" de definición en lugar de criterios amplios y "blandos" con la idea de que este tipo de opción resulta más eficaz. Sin embargo, en la actualidad, al menos, existen una considerable diversidad de procedimientos diagnósticos "duros" que son agresivos para el enfermo y cuya fiabilidad, consistencia y utilidad no se encuentran fuera de discusión (por ejemplo, el empleo de procedimientos para el estudio de oclusión angiográfica y resultados que de ella se deriven; o el empleo de biopsias para el diagnóstico de ciertas afecciones renales cuyo conocimiento acerca del curso y tratamiento son más desconocidas que otra cosa en la actualidad). Pensamos, por todo ello, que el clínico debe actuar en función del conocimiento que se tenga en cada momento y preservando al máximo la integridad física y psicológica del enfermo. Y, por ello, no es ni siquiera aconsejable llegar, en todos los casos a un nivel de conocimiento "básico" (cuando, en más de una ocasión, "básico" lleva consigo un tipo de exploraciones agresivas o resultados cuya funcionalidad está, a veces, sometida a fuertes discusiones).

En función de lo que acaba de mencionarse existen autores que defienden que el análisis debería reducirse al estudio de los síntomas, aunque esta opción tampoco carece de problemas:

En primer lugar, de antiguo se sabe que muchos ítems de ansiedad se refieren a sintomatología física y, por ello, los sujetos con una ansiedad alta pueden informar de mayor número y/o gravedad de sintomatología física y sesgar, por ello, el valor de los síntomas para la correcta evaluación de la enfermedad.

En *segundo lugar*, desde hace tiempo se sabe que existen una serie de variables psicológicas que inciden en el reconocimiento e interpretación de los síntomas sin necesidad de apelar a la psicopatología de corte convencional (la hipocondría) que van desde atributos estables de personalidad (Mandler y Kahn, 1960; Miller, Brody y Summerton, 1988; Ward, Leventhal y Love, 1988), diferencias culturales (Burnam, Timbers y Hough, 1984, Zola, 1966), diferencias en situaciones y/o contextos de vida (el análisis de Pennebaker, 1983 acerca de la distinta prevalencia sintomatológica en función del tipo de profesión y grado de monotonía de vida es aquí pertinente), el nivel de estrés (Gortmaker, Eckenrode y Gore, 1982; Mechanic, 1980) e incluso el tipo de humor (Salovey y Birbaum, 1989) hasta el punto que se han propuesto algunos intentos de la existencia de procesos y mecanismos autorregulatorios presentes en el camino de conferir significación y entendimiento a los síntomas a través de procesos de feedback interno y social (Carver y Scheier, 1982).

En *tercer lugar*, en la bibliografía se recogen una serie de factores relacionados con la experiencia anterior, con las expectativas y la gravedad de la "enfermedad" o parte del cuerpo afectada (Safer et al., 1979; Turk, Litt, Salovey y Walker, 1985) inciden asimismo en el esquema o representación mental de la enfermedad (Bishop, 1990; Bishop y Converse, 1986; Lau, Bernard y Hartman, 1989; Nerenz y Leventhal, 1983; Turk, Rudy y Salovey, 1986).

En *cuarto lugar*, sucede, además, que la sintomatología puede encontrarse "ausente" en presencia de enfermedad (recuérdese el caso de muchos tipos de cáncer en los primeros estadios de desarrollo o en la hipertensión arterial). Dicho de otra forma: mientras en las infecciones agudas los síntomas representan la actividad de defensa corporal o del sistema inmunológico y esta actividad resulta muy clara para el sujeto, una serie de enfermedades crónicas son asintomáticas al comienzo (escapan al sistema de detección de defensa corporal).

En *quinto lugar*, el predominio de enfermedades crónicas o de larga duración (algunas de ellas incluso con fases largas de incubación y una activación más o menos cíclica) lleva consigo el replanteamiento del modelo epistemológico de base respecto a atribuciones causales, objetivos a perseguir en los tratamientos y

elementos a tomar en consideración a la hora de elegir uno u otro tipo de tratamiento (en más de una ocasión es posible que el tratamiento sea muy agresivo y con resultados casi tan inciertos y/o negativos como la propia enfermedad de que se trate).

En *sexto lugar*, la apelación a la historia natural de la enfermedad, tomada conjuntamente con el incremento en la expectativa media de vida plantea nuevos problemas y sugiere planteamientos que hasta hace unas décadas eran considerados como impensables. Veamos algunos ejemplos ilustrativos de este último punto:

(a) Con el alargamiento de la vida humana aparecen y/o tienden a encontrarse más representadas una serie de enfermedades que antes no lo eran tanto. Así, por ejemplo, las alteraciones renales graves tienden a ser más frecuentes más allá de los cincuenta años (si hace sesenta años la expectativa media de vida de la población no llegaba a esta edad, la presencia de estas alteraciones llamaba poco la atención).

(b) Con el alargamiento de la vida y la aparición y convivencia con las enfermedades crónicas sucede que la etiología inmediata de muchas de ellas se pone en entredicho. Así, por ejemplo, en el caso de oclusión arterial, se sabe que está producida por la deposición de grasas en las paredes arteriales (lo que provoca, entre otras cosas, una hipertensión). Si se considera una causación lejana, esta enfermedad tiende a estar producida por variables culturales (consumo de cierto tipo de alimentos, en especial grasas animales); si se busca una causa inmediata (por ejemplo, en el episodio coronario) posiblemente se encuentre una relación entre un estresor dado y uno u otro factor de personalidad que promoverían niveles altos de catecolaminas.

El problema no sería especialmente relevante si existiera una relación punto a punto entre causaciones mediatas e inmediatas, por un lado y/o entre unos estadios de desarrollo de la oclusión y otros. El caso es, sin embargo, que no se dan estas relaciones monocausales o, dicho de otra forma, que las fases iniciales de una enfermedad no llevan necesariamente a las finales¹², lo que com-

¹² Este punto posee una serie de derivaciones de peso. Así, por ejemplo, en el caso de las campañas preventivas, debe tratarse con sumo cuidado el fomento de uno u otro tipo de prohibición, dado que no existen relaciones causales lineales

plica de forma considerable el establecimiento de cursos de enfermedades, pronósticos y, derivados de todo ello, tipos de tratamientos más adecuados.

3. Modelos médico/biológicos y modelos psicológicos.- Con la eclosión de la terapia de conducta en la psicología y su indudable y esencial componente funcional, comenzaron a tratarse en los libros de psicología dos tipos de modelos, uno al que llamaban los autores "modelo médico" y otro, el "modelo psicológico". El primero se trataba, propiamente, de una versión *light* y muy elemental del modelo de enfermedad infecciosa y el segundo de la alteración funcional¹³. Esta dicotomía se ha mantenido hasta nuestros días y desde el punto de vista de quien escribe estas líneas ha perjudicado más que ayudado al avance del conocimiento científico, en la medida en que ha separado, más que acercado las posiciones de médicos y psicólogos.

Esta dicotomización llevó consigo la asimilación de modelo médico (en singular) con enfermedad (asimismo en singular) y por lo que se refería a los psicólogos (y en especial ciertos psicopatólogos y terapeutas) a la eliminación del término de enfermedad de la psicopatología: existían "trastornos" o "alteraciones" primero, "mentales", después, "comportamentales" y, en la última década, de nuevo "mentales". En psicología no existían enfermos sino clientes y, en algunos autores un tanto radicales, no personas sino "trastornos" o "alteraciones de comportamiento"¹⁴.

claramente establecidas. Por otro lado, no se conocen apenas las interacciones entre niveles de marcadores biológicos clínicamente relevantes -el caso del colesterol es ejemplar al respecto-. Finalmente, para no alargar más este punto, la aparición de infartos de miocardio a los treinta o cuarenta años de edad es muy posible que se encuentre determinado prioritariamente por variables un tanto distintas de cuando este infarto aparece a los sesenta años. Y no siempre una edad tardía resulta un pronóstico peor que una edad temprana en la aparición y/o detección de las enfermedades (tal y como sucede, por ejemplo, en ciertos tipos de cánceres).

¹³ Resulta ocioso comentar que entre los dos, el "psicológico"-funcional era "el bueno", toda vez que el infeccioso no recogía lo esencial de los "trastornos psicológicos". En el texto se elabora alguna otra repercusión de esta dicotomía.

¹⁴ No deja de resultar curioso que esa "eliminación" del sujeto (no se debe estudiar y tratar el sujeto sino el trastorno) ha sido criticado en medicina asimismo

Esta dicotomía, que sigue estando presente en las últimas ediciones de las clasificaciones internacionales en psicopatología más aceptadas siguen proponiendo, de forma más o menos explícita un dualismo cartesiano que, programáticamente, por otro lado, no están dispuestos a aceptar ni los clínicos ni los psicólogos de la salud. Y, a la vez, la no aceptación no va aparejada con propuestas alternativas de peso.

4. *Psicología clínica y psicología de la salud, enfermedad y nueva problemática.* - En definitiva, la adscripción a un funcionalismo más o menos radical, de los psicólogos tuvo como consecuencia positiva insistir en lo concreto y útil inmediato. Pero, llevó consigo la progresiva disminución de interés en los elementos menos "funcional-inmediatos", un afán de "novedad" que no fue aparejado por un estudio pormenorizado de los avances en teoría médica y, con ello, un desconocimiento de la variabilidad de modelos que se estaban empleando de hecho. Así, vaya por caso, el control progresivo de la mayoría de enfermedades infecciosas de tipo bacteriano llevó al estudio de otras enfermedades de tipo más funcional (hipertensión, diabetes, por ejemplo), el progreso en los descubrimientos de virus, la aparición de la virología, de la biología molecular y de la cirugía de los trasplantes ha supuesto una revolución muy importante en los modelos y cuestiones que se estaban planteando, reconocimiento de elementos de tipo comportamental en la génesis de las enfermedades más "peligrosas" para la humanidad.

Frente a este tipo de avances, el mundo de la clínica se quedó estancado básicamente en el estudio de los procesos y correlatos de los síndromes y procesos característicos en estos síndromes de las clasificaciones psiquiátricas junto con un notable desarrollo de modelos, técnicas y procedimientos de intervención cuya eficacia, contrastación a medio y largo plazo y objetivo de eliminación de síntomas iba siendo superado por la supresión sintomatológica

(el estudio de las "enfermedades" olvidando el "modo de enfermar" de cada persona. Las críticas, sin embargo, todavía no han llevado consigo ni en uno ni en otro caso, a un planteamiento docente alternativo de la enseñanza de esas maneras concretas de enfermar y/o de "alterarse" en lugar del estudio de los trastornos y/o enfermedades.

producida por la nueva psicofarmacología. Y, en todo caso, se ocupaba fundamentalmente de la psicopatología de corte tradicional y, las repercusiones psicológicas (o concausas) de las enfermedades se reducían a detectar aspectos y/o enfermedades y/o sintomatología producida por estados “médicos” (Parkinson, Alzheimer, Jacob-Kreutzfeld, etc.), bien debidos a deterioro, a adicciones, infecciones o a traumatismos.

Lo que queremos decir con todo ello es bien claro: es muy posible que exista un componente de oportunismo en los proponentes de la psicología de la salud como una especialidad algo diferente de la psicología clínica y, en todo caso, no reducible a ella pero la verdad es que la lectura de los manuales clasificatorios en psicopatología (el CIE-10 de 1992 o el DSM-IV de 1994) deja bien a las claras que esta psicopatología (y la psicología clínica que se ha estado montando sobre las clasificaciones anteriores) deja muy poco lugar a cuestiones que parecen centrales a la psicología de la salud, que pese a los esfuerzos por reducir programáticamente los dualismos cuerpo-mente, siguen estando presentes y que esta escisión sigue guiando la mayor parte de las investigaciones y análisis (restringiéndose a “lo mental” en su mayor parte) y en donde curiosamente, pese a la proclamación de diferenciación y de “humanismo” (se defiende que cada ser humano tiene un peculiar modo de ser afectado por los trastornos o desórdenes mentales), la verdad es que la propia sustancia de los trastornos, sus notas de identificación y patrones de desarrollo, en su caso, siguen siendo la norma, con lo que el “sujeto” sigue sin aparecer por ninguna parte excepto en las patografías o psicografías. Y, cuando aparece, la estructura lógica del razonamiento deja mucho que desear (esto es, la coherencia interna y lógica del discurso que enlaza una experiencia vital de un sujeto con un trastorno específico y no con otro).

Pero, además, todo esto no quiere decir que se debería suprimir la investigación, práctica y tratamiento de las cuestiones y problemas que plantea la psicología clínica. Antes al contrario. Debería promoverse al máximo con el fin de intentar una refundación que llevará consigo una refundición de la temática y su manera específica de tratarla. No para eliminarla, repetimos, sino para integrarla en un modelo no dualista cuerpo-mente.

Y, volviendo a un tema del anterior epígrafe: dada la heterogeneidad definicional de "enfermedad", resulta muy difícil de mantener la idea de la inexistencia de enfermedades en psicopatología so pena de convertir la hipertensión y la diabetes, vaya por caso, en unos "trastornos" o "desórdenes", que la práctica común no ha aceptado. Una cosa es utilizar la expresión "enfermedad" y otra, muy distinta, no admitir su heterogeneidad significativa. O bien se crean términos alternativos, o bien se sigue empleando de forma poco fina¹⁵ aunque de amplio uso.

* * * * *

Por otro lado, la inclusión de psicólogos dentro del sistema de salud que no resulten un fruto de formación exclusiva de la manera de entender y ver de la psicología clínica de corte convencional ha permitido no solamente una colaboración con otros profesionales de la salud en campañas de tratamiento de enfermedades-prestación de servicios y ayuda que hasta el momento no estaban "permitidos" (cardiovascular, cáncer, trasplantes, nefropatías, hemodiálisis, diabetes, SIDA, programas de apoyo para familias de enfermos físicos crónicos) sino, además, han permitido una colaboración y actuación psicológica en campañas preventivas y/o de promoción de la salud. Así, problemas como los siguientes están comenzando a encontrar respuestas psicológicas y recursos psicológicos para su alivio y/o ayuda de solución: personas que fuman,

¹⁵ Una nota siguiera para poner en su justa posición en nuestros días a la propuesta, inteligente y con muy buen sentido, por otra parte, de Mechanic sobre la diferenciación entre "illness" y "disease". Este autor y algunos autores más recientes proponían adscribir el primer término a las cuestiones más propiamente psicológicas, mientras que el primero tenía su aplicación a las cuestiones de tipo biológico. Ann Bowling (1995) acaba de publicar un libro dedicado a la revisión de escalas sobre medidas de calidad de vida mediante escalas con el expresivo título de *La medida de la enfermedad. Una revisión de escalas de medida específicas de calidad de vida (Measuring disease. A review of disease-specific quality of life measurement scales)*. Pensamos que es un indicador de que la propuesta de diferenciación dista mucho de ser aceptada e incluso justificada a partir de un análisis filológico.

incluso después de un ataque al corazón o un diagnóstico de cáncer; la falta de ejercicio físico pese a su efecto beneficioso; la adquisición de medicación sin que ello lleve consigo una toma de la misma; prácticas de riesgo de sida aun conociendo los riesgos que se corren; logro de consumo de alimentos bajos en grasas animales para los niños; personas que bajo estrés fuerte consumen alcohol pese a las consecuencias peores que se derivan de su consumo; cuáles son los mejores candidatos a los trasplantes; búsqueda de asistencia médica para problemas médicos inexistentes; programas de ayuda, apoyo y sostén para familiares de enfermos crónicos, enfermos que son tratados en el seno de la familia y que asisten a los centros hospitalarios en el caos de crisis o para revisión; asistencia y promoción de ayuda psicológica a familias de enfermos neurológicos al margen del origen del problema (infeccioso, traumático, adicción); modos de afrontar la terminación de la vida...

La lista anterior no pretende agotar el campo sino tan solo ilustrar problemas que se presentan con una acritud creciente en la sociedad contemporánea y ante los cuales la psicología clínica ha aportado, hasta el momento y desgraciadamente, más bien poco.

5. *Una reflexión acerca del intento de solución del dualismo a través del modelo biopsicosocial.*- Se viene repitiendo con mucha insistencia que Descartes es uno de los principales responsables del estado actual de esquizoidia intelectual a la hora de tratar los problemas, que la dicotomía cuerpo-mente resulta artificial y que la solución puede encontrarse en la articulación de conocimientos alrededor del modelo biopsicosocial, que parte de la idea de confluencia entre los tres tipos de variables que se encuentran en su denominación: biológicas, psicológicas y sociológicas.

El problema es que poco nuevo se dice, en la actualidad, con la propuesta de este inventario. El problema se encuentra en la delimitación de las interacciones entre los tres tipos de variables (de lo cual muy poco se ha hecho), en la delimitación de la importancia relativa de cada una de las variables propuestas para cada tipo de problema o, alternativamente, para delimitar el peso relativo que cada una de ellas desempeña en las campañas de promoción de la salud.

Está bien que en un primer momento de desarrollo de una intuición o de la propuesta de un modelo se especifiquen los tipos de variables

a tomar en consideración y se ilustre, a través de estudios empíricos y con el mayor número posible de controles, la relevancia específica de cada una de ellas en el estudio de un problema. Pero, pasado este primer momento, debe pedirse algo más que una declaración de principios: modos concretos de operar, instrumentos, métodos y modelos o micromodelos que se apliquen a campos concretos deben poblar los libros y desarrollos de este modelo. A menos, claro está que el nivel de complejidad propuesto supere la comprensión o los recursos económicos existentes para investigación o asistencia. La verdad es que el modelo biopsicosocial no ha cumplido, hasta el momento, esas expectativas de logros positivos que se esperaban de él hace ya casi 20 años. Ante esta carencia, bien estaría que los defensores del modelo se esforzaran por hacer algo más que declaraciones de principios. Pensamos que la supervivencia de las especialidades, modelos y maneras de pensar no se encuentran asentadas en declaraciones de principios sino en la propuesta de soluciones concretas a problemas específicos, que hagan que este modelo y sus derivaciones, se incardinan en las maneras de pensar y hacer en el sistema de salud.

Más arriba en este mismo trabajo hemos estado proponiendo un modelo de funcionamiento científico-psicológico en el que pese al reconocimiento de la pluralidad y la complejidad, se defiende que no todas las variables ni tipos de variables desempeñan el mismo papel en todas las ocasiones. Y, en este sentido, apelar a un modelo integrador sin especificar el peso relativo en cada problema corre el grave riesgo de mantener el *statu quo* que pretende destruir (puesto que, para unos problemas como en el caso de una infección siguen pesando más un tipo de variables, las biológicas y, para otro tipo de problemas, como los aparejados con las relaciones personales a consecuencia de un traumatismo grave en un miembro de la familia, las psicológicas, vaya por caso).

UNAS ÁREAS ILUSTRATIVAS DE INTERÉS EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Desde el punto de vista que estamos defendiendo apuntamos la existencia de una serie de áreas ilustrativas de interés creciente

en el mundo de la salud que agrupamos en tres conjuntos: cuestiones de corte más bien tradicional, las "nuevas cuestiones" y los retos sin solución inmediata que nos llevarán a la detección de expectativas al filo del siglo XXI.

Por lo que se refiere a la ilustración de cuestiones de tipo tradicional nos encontramos con los problemas de la evaluación y tratamiento del individuo aquejado de enfermedad, el estudio y la intervención con familias, el estudio del estrés y sus concomitantes (tanto a nivel psicológico como inmunológico, cf. Glaser y Kiecolt-Glaser(1994)) y el estudio del cambio en salud y enfermedad. Nos referimos a estos problemas como temática convencional dado que existen tradiciones en la psicología clínica que han tratado estos temas aunque la forma concreta de tratamiento y el alcance y tipo de problemas sea nuevo (por ejemplo, la susceptibilidad a ciertos trastornos como consecuencia de estrés laboral o el protagonismo del sistema familiar en la enfermedad crónica en una sociedad que no tiene previsto la existencia de enfermedades crónicas o de larga duración con desenlace final y lejano de muerte). Asimismo se encuentran en este apartado las cuestiones correspondientes a la adaptación a la enfermedad y su reconocimiento (repárese que el reconocimiento de la existencia de un delirio es algo muy distinto al reconocimiento y aceptación de un hepatocarcinoma, un tumor cerebral o el SIDA).

Un segundo punto hacía referencia a "nuevas cuestiones" o la nueva terminología que está adquiriendo una importancia creciente en los últimos dos decenios y que se encuentran relacionadas, por un lado, con el alargamiento de la vida y la eficacia de ciertas técnicas y fármacos en ellos y, por otro, con una ineficacia reconocida de encontrar soluciones satisfactorias en la mayoría de enfermedades crónicas presentes en nuestro tiempo. Los conceptos de calidad de vida (con estimaciones tanto del propio enfermo como del médico y de la familia y referidos tanto al propio enfermo como a la familia), estilos de vida dependientes tanto de la enfermedad como de aquellos que coadyuvan a la adquisición de enfermedades -conductas de alto riesgo que van desde el consumo de psicotropos hasta la constante búsqueda de sensaciones nuevas y de nuevas experiencias, la desadaptación entre fase evolutiva y ritmo y clase

de vida que se lleva-, el empleo de estrategias preventivas -medicina preventiva y educación para la salud son aquí dos aspectos importantes que deberían ocupar más tiempo y espacio a los profesionales-, el estudio de la epidemiología comportamental de la salud y de la enfermedad exige la realización de estudios de larga duración y con procedimientos de análisis algo distintos a los habituales en clínica y, finalmente, para no alargar más este punto, el estudio de los determinantes del cumplimiento o no de los regímenes y prescripciones médicas resulta de especial interés y es un problema apenas resuelto en nuestros días (sabemos que existe una hiperestimación por parte de los médicos respecto al cumplimiento de sus prescripciones por parte de los enfermos aunque no conocemos los determinantes precisos que permitan llevar a cabo campañas de apoyo y promoción de ello¹⁶. No se conoce en la actualidad un buen modelo psicológico capaz de explicar y promover la motivación a largo plazo sin recompensa inmediata y con una red de apoyo social adecuada.

Con la última insuficiencia detectada entramos en el tercer punto al que se hacía referencia más arriba respecto a los retos sin solución inmediata. Los avances médicos han permitido alargar la vida pero no un tratamiento psicológico adecuado del enfermo físico crónico y terminal: la aparición de tratamientos paliativos genera problemas epistemológicos, éticos y hasta económicos que no encuentran solución inmediata (los problemas de eugenesia y eutanasia se encuentran relacionados con el avance de la bioquímica y el diagnóstico precoz, volvemos sobre ello). La aparición de las "nuevas" enfermedades infecciosas como el SIDA¹⁷ llevan consigo

¹⁶ El problema no debería responderse simplemente con un "es un problema del enfermo". Diagnósticos equivocados, escasez de conocimientos, medicamentos ineficaces y con efectos secundarios peores a los previstos y una larga historia cultural de fracasos médicos han justificado la existencia de refranes como el siguiente "Más mató la receta que la escopeta". Al margen de la justificación del refrán se trata de una cuestión de importancia capital para el buen estado de salud de la población en nuestros días y de un considerable ahorro de dinero en medicación.

¹⁷ El SIDA es uno pero no el único tipo de enfermedad. Los denominados "virus filosos" como el ébola no parece que tengan una solución inmediata y sus

la manifestación de problemas que parecían resueltos por esta sociedad y que no lo están (xenofobia, racismo, intolerancia) así como la aparición de otros que antes no parecían existir (reencuentro con la muerte, tratamiento del problema a escala planetaria).

Precisamente el SIDA es el *leit-motiv* que utiliza Chesney (1993) como propuesta de problemas importantes ante los que la psicología de la salud debe responder en los años venideros y que bien merecen unas líneas:

En *primer lugar* la identificación temprana con riesgos de enfermedad. El oncogene identificado como P-53, se sabe que incrementa el riesgo de padecer ciertos cánceres y como los responsables de la enfermedad de Huntington, la fibrosis quística y cierto número de hemoglobinopatías se pueden detectar a través de un análisis de DNA. Estos avances permiten un diagnóstico precoz de estas enfermedades y ello implica que muchas personas van a saber lo que les espera y van a tener que vivir con ello, asimilar los resultados diagnósticos dentro de su funcionamiento vital y, por ello, poder llevar a cabo cierto tipo de prácticas y/o tomar ciertos medicamentos que podrán aliviar o, en su caso eliminar esas enfermedades en un futuro y, mientras tanto, saber a ciencia cierta que son portadores y enfermos potenciales de esas enfermedades: la posibilidad de consejo psicológico, de estrategias de prevención primaria o secundaria y la posibilidades intervenciones tempranas puede modificar sustancialmente el estilo de vida de las personas.

En *segundo lugar*, los avances en conocimientos pueden promover y de hecho están promoviendo una expectativa creciente de programas de cambio comportamental que tengan éxito a la hora de la prevención de ciertas enfermedades infecciosas y otras crónicas. Así, en la década de los ochenta se han identificado factores de riesgo tales como ciertas conductas sexuales, fumar tabaco y ciertos hábitos alimentarios. Si bien se han logrado ciertos avances en la disminución de estas conductas a través de recursos legales,

consecuencias son gravísimas. El hecho de que se hayan controlado algunas de sus explosiones epidémicas no quiere decir que ello se haya resuelto, entre otras cosas porque el "control" realizado ha sido más bien dantesco (quemar edificios) o inesperado (mutación del virus a formas más benignas).

la verdad es que los agentes públicos, por sí mismos, han sido incapaces de lograr cambios significativos. Con la participación de los psicólogos las campañas han ido dirigidas no solamente a ejercitar conductas represivas como antes, sino a promover respuestas alternativas y de mayor valor salutogénico. Los estudios han demostrado que se pueden modificar las conductas pero una cosa es el logro de cambios y otra el mantenimiento de esos cambios y ese mantenimiento resulta esencial tanto para el fortalecimiento de factores preventivos como para el mantenimiento del estado general de salud.

Un tercer punto de reflexión se refiere al *incremento de las poblaciones que es probable que sufran una enfermedad crónica*. Datos provenientes de estados unidos sugiere que siete de cada diez personas con edades superiores a los 65 años sufren, al menos, una enfermedad crónica; sin que ello lleve consigo necesariamente un estado de incapacitación, no cabe duda de que ello, junto a la existencia de tecnología que permite la detección precoz de enfermedades lleva a la conclusión de que existen cada vez más personas que deben convivir con la existencia o amenaza inminente de tener que vivir su vida con una enfermedad cuyo grado de discapacitación física es medio conocida pero cuyas repercusiones psicológicas y tratamientos no son apenas conocidos. y que conviven con sus familias sin que existan, al menos por el momento, programas de intervención, consejo y/o ayuda psicológica comportamental que permita una mayor calidad de vida o el mantenimiento de la mayor calidad de vida posible.

En cuarto lugar, *existe una tendencia a incluir las perspectivas comunitarias y de salud pública en las campañas de intervención*. El análisis del individuo y su entorno, siendo relevante, no agota el contenido de los procesos y posibilidades de acción. La sensibilidad comunitaria ha entrado, al menos, desde dos perspectivas distintas. Por un lado la que se refiere a aspectos económicos y de convivencia responsable y, por otra, desde el punto de vista de la epidemiología y recursos disponibles para enfrentarse a los problemas de salud individual y pública.

Por lo que se refiere a los aspectos económicos, en la actualidad se sabe que los recursos económicos pueden ser determinantes de

la calidad de vida, estilo de vida e incluso de posibilidades de supervivencia ante una misma afección. La responsabilidad de la salud ha dejado de ser un aspecto del funcionamiento individual para convertirse en inversiones económicas y gasto público en aquellos países en los que existe un sistema público de salud (accesibilidad a centros de salud, dotación de los mismos, estilos asistenciales, conveniencia o no de la prestación de ciertos servicios) así como en la derivación de medidas legales colectivas tales como prohibición de consumo de ciertos productos o restricción de uso y consumo como el tabaco, encarecimiento de otros productos como las bebidas alcohólicas. Y, desde ahí, la aparición de enfoques distintos para la solución de problemas tales como la conveniencia o no de aplicar tratamientos quirúrgicos a fumadores pertinaces, o la aplicación o no de otros procedimientos como *bypass* o trasplante renal frente a hemodiálisis, la propia lógica de los trasplantes, etc.

El segundo punto al que hicimos referencia más arriba se refiere a la escala a la que hay que aplicar las medidas preventivas en el caso de enfermedades infecciosas, unas con ciertos visos de solución como los rebrotes de tuberculosis y cáncer y otras sin solución inmediata como el SIDA: los últimos años han demostrado hasta la saciedad que las enfermedades no se restringen a las fronteras de los países. En el caso del SIDA, en 1980 la estimación era de la existencia de unas 100.000 personas infectadas en todo el mundo; en 1990 la estimación había crecido hasta 10.000.000 de personas y se supone que al filo del 2.000 se incrementará, al menos, en 5.000.000 con una distribución no aleatoria entre distintas partes de mundo. La existencia de comunicaciones fluidas, el desplazamiento rápido de personas y la intercomunicación permiten tanto la propagación rápida como la puesta en acción de estrategias y medidas más eficaces en puntos alejados entre sí. El estudio de los determinantes de las enfermedades, modos de afrontarlas y procedimientos diversos que existen en las diversas culturas permite ir afinando en el discurso que se sigue respecto a etiología, modos de tratamiento y resultados que van más allá de los que se obtienen en los laboratorios y estudios llevados a cabo en un único país, así como en la delimitación de las conductas de riesgo en distintas situaciones y tipos de problemas.

Pensamos que todos estos problemas superan, con mucho a la *armamentaria* usual empleada por la psicología clínica y amplia los horizontes conceptuales, metodológicos y procedimentales.

UNOS PROBLEMAS APAREJADOS CON EL SENTIDO DE LAS PRÁCTICAS, MODELOS, MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

Los puntos a los que acabamos de hacer referencia dejan sin tocar una serie de cuestiones de fondo que, pese a su carácter meta-psicológico, presionan sobre el propio curso de la acción del profesional en uno u otro momento de su carrera. Se trata de un nivel de reflexión que trasciende los propios modelos y se acerca a cuestiones filosóficas de fondo. El tema de la salud ocupa un lugar prioritario dentro del panorama general de saberes y valores de la sociedad occidental que, *velis nollis* acepta un sistema social y un conjunto de cuestiones como correctas y otro conjunto no resulta apenas tratado. Veamos una pequeña lista-comentario de cuestiones que resultan de interés especial aunque no tienden a ser tematizadas (ni siquiera como apéndice) en los tratadistas de la psicología clínica, ni en los que se ocupan de la salud. Entre estas cuestiones se encontrarían la aceptación de la posición heredada (aceptación de las prácticas y problemas tradicionales en el campo), el problema de la ciencia ipsativa frente a la normativa, los roles atribuidos al equipo de salud y el surgimiento de nuevas cuestiones éticas ante las que el profesional tiene que definirse e incluso tratar de ofertar datos e ideas con el fin de que la decisión sea lo más acertada y cercana al bienestar humano posible y a la propia condición humana.

(a). Más arriba se ha anotado que uno de los objetivos a lograr en la psicología de la salud es que los enfermos sigan las prescripciones médicas, suponiendo que estas prescripciones recogen "lo mejor de lo existente" en cuanto a conocimientos médicos. La verdad de las cosas, sin embargo, es que en ocasiones, esta cumplimentación no lleva consigo una mejora y, en otras, promueve hasta un empeoramiento. Así, vaya por caso, en los estudios llevados a cabo con el fin de estudiar los efectos de determinados

fármacos como tratamiento se ha encontrado en reiteradas ocasiones que la ausencia de diseños de adscripción aleatoria de los enfermos, junto a la carencia de procedimientos "ciegos" en el diseño ha dado lugar a resultados muy contradictorios. Es posible que este tipo de cuestiones forme parte de un fenómeno más general y que de antiguo se conoce como efectos placebo (en el caso de tratamientos eficaces asentados en productos y procedimientos que por sí mismos no poseen principios activos demostrados) y efectos nocebo (efectos negativos promovidos por los mismos tipos de sustancias y/o de procedimientos). Pero el problema no debería ser pasado por alto sino que debería ocupar un lugar relevante en la valoración de los tratamientos.

(b). Uno de los temas de preocupación en psicología (lo normativo frente a lo ipsativo) resulta de importancia esencial en el caso de los problemas de salud. En la creación de la medicina moderna se propuso el estudio normativo como modelo de referencia y esta propuesta sigue estando presente: existen una serie de constantes vitales que aceptan algún rango de variación pero que conforman el estado de la "persona sana" a nivel de variables físicas. Fuera de ese rango de variación aparece la anormalidad, la enfermedad. Los indicadores de temperatura corporal, tensión arterial composición hemática o lípidos deben mantenerse dentro de unos límites para que pueda hablarse de bienestar físico.

Sin embargo este primer acercamiento está mostrando una serie de insuficiencias. Por una parte las especificaciones correspondientes a ciertos grupos étnicos que dan una significación especial a esos indicadores (por ejemplo, la significación de los indicadores de tensión arterial sistólica y diastólica son distintos para caucásicos y negros viviendo en una misma cultura); una cualificación similar debe hacerse respecto a la edad de la persona y del género. Esta cualificación que implica una relativización de los valores respecto a ciertos grupos de referencia es una de las opciones que se está dando y que no resulta totalmente satisfactoria. Pensamos que esta cualificación representa la crisis del modelo normativo tradicional dentro del cual se defendía *una única manera de estar sano* que estaría definido por el mantenimiento de estas constantes vitales dentro de los límites permitidos. Esta cualificación sugeriría la

adecuación de los valores normativos a los grupos de referencia (en un sentido similar al que ha sucedido con los tests psicológicos).

Sin embargo, la cualificación no resuelve el problema de raíz. Frente a los valores normativos grupales, cabría defender la existencia de valores normativos intrasujeto, individuales, que serían los que identificarían la existencia o no de alteraciones/ enfermedades en el sujeto. Ello implicaría la compilación de información de cada individuo a lo largo de todo su ciclo vital y, a la vez, el replanteamiento de lo que significa "salud física" con gestación de modelos alternativos de análisis científico, estudio de interacciones y de la "estructura" de las variables crítica definidoras del bienestar a lo largo del ciclo vital y para cada sujeto-en-su-contexto-de-vida.

(c). El tercer punto de reflexión se refiere a lo que hemos denominado como los papeles asignados al equipo de salud. En la medida en que se asigne al equipo de salud la *responsabilidad* del estado de salud de un individuo, la decisión última de lo que hay que hacer, cómo ha de comportarse, qué ha de ingerir, horas de visita y demás cuestiones de funcionamiento personal son tomadas por el equipo de salud que, además, es responsable de que esa persona siga viviendo¹⁸. Cabe sin embargo, la opción de asignar al equipo de salud el papel de *consejero* acerca del estado de salud y de las medidas y/o procedimientos que deberían asumirse en el caso de estar enfermo y desear dejar de estarlo. Las responsabilidades que se derivan de este papel son menores que las del caso anterior y, por otro lado, las exigencias de la sociedad y del individuo ante el equipo de salud son, asimismo, menores. La mayor responsabilidad recae en el individuo que, además, es el que debe establecer su régimen de vida.

¹⁸ Realmente el límite de la decisión, así como hasta dónde llega la responsabilidad siempre resulta nebuloso. Por lo que se refiere al mantenimiento de la vida se tienden a emplear normas implícitas asentadas en "el conocimiento médico actual" y los "recursos técnicos existentes" sin que se especifiquen en cada caso las condiciones concretas de las intervenciones (se da por bueno el certificado de defunción firmado por el profesional que atendió al sujeto y no por un profesional independiente). Este estado de hechos, aunque usual, no creemos que resulte el más adecuado.

El estado actual de las profesiones de salud se encuentran a mitad de camino entre los dos tipos de papeles que se han apuntado. Por una parte, los equipos de salud asumen graves responsabilidades (de ahí la existencia de seguros) a la hora de tomar decisiones y llevarlas a la práctica incluso en el sentido de la existencia de quejas reiteradas sobre el médico o el sistema de salud respecto al trato que los enfermos reciben tanto en el tratamiento ambulatorio como (y mucho más) en el caso de la hospitalización. Pero, por otra parte, estos equipos van tomando en consideración centros de decisión que van más allá de ellos mismos (el propio enfermo o los familiares) en ciertos casos.

Este tema no resulta baladí por cuanto que las consecuencias de las decisiones que se asuman y se lleven a la práctica no acaban con la expresión de unas frases sino que pueden llevar consigo manipulaciones que acaben con la vida de un sujeto (o le salven).

(d). Un último núcleo de cuestiones se refieren a problemas graves del sentido que posee la vida, el sufrimiento, la enfermedad y el alargamiento de la vida, ante las cuales no existen en la actualidad respuestas adecuadas. En más de una ocasión ciertas prácticas médicas (como la transfusión de sangre) se encuentran en conflicto con determinadas mentalidades religiosas. En otras, los problemas de eugenesia y eutanasia se presentan como elementos conflictivos con una ética de tradición cristiana que no ha enfrentado de manera coherente los avances en las ciencias de la salud. Inseminación artificial, aborto, trasplante, desconexión de aparatos que representan el soporte vital, cambio en ADN (las denominadas terapias preventivas de cambio de ADN), empleo de productos sustitutivos de adicción como la metadona para los adictos a productos psicoactivos...resultan otros tantos temas que son aspectos que forman parte hasta de campañas electorales por parte de los partidos políticos en las democracias occidentales y, en todo caso, se habla de la necesidad por abrir "debates nacionales" antes de o coincidiendo con la toma de decisiones por los diferentes ejecutivos. Pensamos que los psicólogos que trabajen en el sistema de salud y con temática de salud deberían tener presentes estas cuestiones con el fin de ir haciéndose su propia opinión, en interacción con su propio sistema de creencias y de su sistema ético y religioso.

(e). Finalmente, desearíamos llamar la atención acerca de uno de los puntos que representan un aspecto esencial de las prácticas de salud y que no parecen encontrar en la actualidad un camino de respuesta satisfactoria. Nos referimos al intento de las ciencias médicas por alargar la vida, fomentar la calidad de vida por parte de todo el equipo de salud y, con ello, el ideal vendría a ser algo así como la erradicación de la muerte, la enfermedad el malestar, el dolor, la discapacitación de cualquier sentido y, alternativamente, volver al ideal griego de más fuerte, más bello, más rápido.

Es posible que la propuesta explícita de este ideal represente un acicate para la investigación y el conocimiento científico. Pero, al mismo tiempo, y pese a no ser especialmente simpático, este ideal lleva consigo, con las tendencias de desarrollo actual, a una diferenciación mayor de la población a nivel de estratificación social-sanitaria, la existencia de trasplantes exige la de donantes y la depuración del ADN lleva consigo la aparición de un tipo de seres humanos no solamente distinto sino más resistente a una serie de estresores actualmente presentes aunque sin que exista un conocimiento, siquiera adecuado, de las repercusiones que ello conlleva para el ser humano que nace de esta forma. Y, por supuesto, parece que este tipo de opciones no se encuentra al alcance de todos los ciudadanos.

Puede argumentarse que este tipo de argumento se encuentra, por un lado, en el nivel de la ciencia ficción y, por otro, que existe un aparato legal que impide la manipulación directa de estas variables. El caso es, sin embargo, que las dos argumentaciones que acaban de mencionarse son contradictorias entre sí. Es posible que hoy no sean viables algunos descubrimientos que se encuentran en fase de desarrollo. Pero también lo es que el aparato legal nunca ha sido un impedimento eficaz para el cultivo de conocimientos de los que pueden salir beneficiadas las clases más favorecidas dentro de la estructura social.

Y, con todo, representan problemas y/o posibilidades que se encuentran prácticamente al alcance de la mano al filo del año 2.000. El futuro parece que nos está alcanzando ya y el tratamiento de este tipo de problemas es muy posible que no sea del todo

baladí. Es desde este tipo de cuestiones y puntos de vista desde el que pensamos que la psicología de la salud no es reducible en nuestros días a la psicología clínica. que ambas especialidades pueden convivir y que una, la más reciente, puede convertirse en la matriz conceptual básica de la que la menos reciente ocupe una parte importante. También este futuro nos va a alcanzar y a lo mejor, nada de esta predicción sucede, como tiende a pasar en el curso histórico que no siempre puede ser susceptible de predicción más allá de las "Fundaciones" de Isaac Asimov.

O, alternativamente, la mayoría de cuestiones planteadas sean, como la búsqueda del Grial, una quimera, por cuanto que no se sabe muy bien lo que se busca. En una anotación de Peter Berling (1994) puede leerse que "El Grial era el gran secreto de los cátaros, conocido por los iniciados. Hasta la fecha sigue sin aclararse si se trataba de un objeto, una piedra, un cáliz (que contendría algunas gotas de la verdadera sangre de Cristo), un tesoro o de ciertos conocimientos en torno a cuestiones (como la prolongación de la dinastía del rey David, que pasando por Jesús de Nazaret habría llegado a Occitania). En esta dirección apunta también la teoría de que "Saint Grial", "santo Grial" o "san Grial" debería leerse, en realidad, *sang rèal*, es decir, "sangre real". Ya en el terreno de la alquimia, el Grial se identifica con la "piedra filosofal", y en la mitología reaparece con los caballeros del santo Grial que asisten a la mesa redonda del rey Arturo" (p.829). ¿No serán muchas de las cuestiones planteadas en este epígrafe final como el Grial cuya significación concreta no tiene una respuesta específica? ¿Se trata de cuestiones nuevas o de viejas cuestiones con una nueva nomenclatura? La búsqueda de la felicidad aparece como una meta perseguida por la humanidad a lo largo de siglos aunque las respuestas que a esta pregunta se han dado son tan variopintas y de significación tan diferente como a la pregunta sobre qué es el grial y dónde se encuentra. ¿No será un nuevo Grial, tan inalcanzable como el anterior el que se plantea como sentido último de la psicología de la salud? En todo caso, parece que sigue siendo verdad la afirmación kantiana de que "tiene la razón humana, el singular destino de plantearse cuestiones que no puede resolver". Aunque parece que sin ellas no pude tampoco vivir.

BIBLIOGRAFÍA

- Ajzen, Y. (1985).-From intention to actions: A theory of planned behavior. En J. Kuhl & J. Beckman (eds.).-*Action-control: From cognition to behavior*, Heidelberg, Springer, pp. 11-39.
- American Psychiatric Association (1995).-*DSM-IV.Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Masson S.A.
- Becker, M. H. (ed.)(1974).-The health belief model and personal health behavior, *Health Education Monographs*. 2, pp. 324-473.
- Berling, P. (orig., 1991; trad. 1994).-*Die Kinder des Grial (Los hijos del Grial)*, Madrid, Anaya & Mario Muchinik, 1ª y 2ª edic.
- Bishop, G.D. (1990).-Understanding the understanding of illness: Lay disease representations. En J.A. Skelton & R.T. Croyle (eds.).-*Mental representation in health and illness* (pp. 373-394), New York, Springer.
- Bishop, G.D. & Converse, S.A.(1986).-Illness representations: A prototype approach, *Health Psychology*,5, pp.95-114.
- Bowling, A.(1995).-*Measuring disease. A review of disease-specific quality of life measurement scales*, Buckingham, Open University Press.
- Burnam, N.M.A., Timbers, D.M. & Hough, R.L. (1984).-Two measures of psychological distress among Mexican Americans, Mexican and Anglos, *Journal of Health and Social Behavior*, 25, pp. 24-33.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (1982).-Control theory: A useful conceptual framework for personality-social, clinical and health psychology, *Psychological Bulletin*, 92,pp.111-135.
- Contrada, R.J., Leventhal, H. & O'Leary, A.(1990).-Personality and Health. En L.A. Pervin(ed.).-*Handbook of personality. Theory and research*, New York, The Guilford Press, pp.638-668.
- Chesney,M. (1993).-Health psychology in the 21st century: Acquired immunodeficiency syndrome as a harbinger of things to come, *Health Psychology*, 12, 4, pp.259-268.
- Glaser, R. & Kiecolt-Glaser (eds.)(1994).-*Handbook of stress and immunity*, San Diego,CA., Academic Press.
- Gorkmaker, S.L., Eckenrode, J. & Gore, S.(1982).-Stress and the utilization of health services: A time series and cross-sectional analysis, *Journal of Health and Social Behavior*, 23, pp.25-38.
- Green, L. W. & Kreuter, M.W. (1991).-*Health promotion planning: An educational and environmental approach*, Mountain View, CA, Mayfield.
- Lau, R.R., Bernard, T.M. & Hartman, K.A. (1989).-Further explorations of common-sense representations of common illnesses, *Health Psychology*, 8, pp.195-219.

- Mandler, G & Kahn, M.**(1960).-discrimination of changes in heart rate. Two unsuccessful attempts, *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*,**3**, pp. 21-25.
- McGuire, W.J.**(1981).-Theoretical foundations of campaigns. En R. E. Rice & W.J. Paisley (eds.).-*Public communication campaigns*, Beverly Hills, Calif., Sage, pp. 41-70.
- Mechanic, D.**(1980).-The experience and reporting of common physical complaints, *Journal of Social and Health Behavior*, **21**, pp. 146-155.
- Miller, S.M., Brody, D.S. & Summerton, J.**(1988).-Styles of coping with threat: Implications for health,*Journal of Personality and Social Psychology*, **54**, pp.142-148.
- Nerenz, D.R. & Leventhal, H.**(1983).-Self regulation theory in chronic illness. En T.G. Burish & L.a. Bradley (eds.).-*Coping with chronic disease: Research and applications*,(pp. 13-38), New York, Academic Press.
- Organización Mundial de la Salud** (1992).-*CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*, Madrid, Meditor.
- Pennebaker, J. W.**(1983).-Accuracy of symptom perception. En A. Baum, S.E. Taylor & J. Singer (eds.).-*Handbook of psychology and health*, vol. 4, pp. 189-218), Hillsdale, NJ., Erlbaum.
- Pelechano, V.**(1996).-Ciencia, cultura, sabiduría y la diversidad de conocimientos y modos de conocer. en V. Pelechano (dir.).-*Habilidades interpersonales, vol. 1*, Valencia, Promolibro.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C. C.**(1984).-*The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*,Homewood, Ill.: Dow Jones Irwin.
- Rosenstock, I.M.**(1966).-Why people use health services, *Milband Memorial Fund Quaterly*, **44**, pp. 94-127.
- Rosenstcok, I.M.**(1990).-The health belief model:Explaining health behavior through expectancies. En K. Glanz, F.M. Lewis & B.K. Rimer (eds.).-*Health behavior and health education: Theory, research and practice*, San Francisco, Jossey Bass, pp. 39-62.
- Safer, M.A., Tharps, Q.J., Jacksofn, T.C. & Leventhal, H.**(1979).-Determinants of three stages of delay in seeking care at a medical care clinic, *Medical Care*,**17**,pp.11-29.
- Salovey, P. & Birnbaum, D.** (1989).-Influence of mood on health-relevant cognitions, *Journal of Personality and Social Psychology*,**57**, pp. 539-551.
- Turk, D.C., Litt, M.D., Salovey, P. & Walker, J.** (1985).-Seeking urgent pediatric treatment: Factors contributing to frequency, delay, and appropriateness, *Health Psychology*,**4**, pp.43-59.

- Turk, D.C., Rudy, T.E. & Salovey, P.**(1986).-Implicit models of illness, *Journal of Behavioral Medicine*, 9, pp.453-474.
- Ward, S.E., Leventhal, H. & Love, R.**(1988).-Repression revisited: Tactics used in coping with severe threat, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 14, pp.735-746.
- Zola, I.K.** (1966).-Culture and symptoms-An analysis of patient's presenting complaints. *American Sociological Review*, 31, pp.615-630.