

MEDICINA CONDUCTUAL: PARADIGMA
MULTIDISCIPLINARIO E INTERACTI
VO PARA EL ESTUDIO Y TRATAMIEÑ
TO DE ENFERMEDADES IDIOPATICAS
O ESENCIALES Y CRONICAS

FRANCISCO MONEGRO PEÑA

La Medicina Conductual ha venido a revivir el antiguo debate concerniente a la relación *mente-cuerpo* o *conducta-biología* que se había comenzado con los escritos de Platón, Aristóteles, Descartes, Osler, Bernard y otros (Keller, 1975; Fancher, 1979; Caparrós, 1980; Sahakian, 1982).

El esfuerzo de muchos siglos abrió nuevas perspectivas en la relación *mente-cuerpo*, surgidas del pensamiento psicodinámico, con la aparición, hace aproximadamente 45 años, de la llamada *Medicina Psicósomática* (Alexander, 1939/1984).

No obstante esta larga historia, la estabilidad del significado conceptual y el enlace teórico e ideológico entre el comportamiento y las ciencias biomédicas recibió grandes amenazas. La más grande de éstas fue la insuficiencia en la metodología de la investigación y métodos de comunicación aceptables para descripciones y explicaciones científicas relevantes.

Por tanto, desde hace mucho tiempo, psicólogos y biomédicos reconocieron la importancia de la conducta en la prevención de la enfermedad y mantenimiento de la salud, pero muy poco se hizo. Todo se dejó al tiempo (Sociedad de Medicina Conductual, 1984).

Hace apenas dos décadas que se produjo un cambio extraordinario en esta situación. El fracaso del modelo médico en la explicación de algunos problemas de salud, la ambigüedad en la conceptualización de "salud" y "enfermedad", las grandes contribuciones metodológicas del análisis experimental de la conducta conjuntamente con las investigaciones y avances en la psicofisiología, bioquímica, epidemiología y el importante cambio en el énfasis de las investigaciones de las enfermedades crónicas han conducido a una nueva perspectiva respecto a problemas de conducta humana y Medicina (Bayés, 1979; Szasz, 1968; Ullmann y Krasner, 1969).

A la luz del enfoque de T.S. Khun (1969) estas condiciones se han combinado produciendo una crisis paradigmática y el surgimiento de la *Medicina Conductual* como nuevo paradigma, que se perfila como superior a los demás competidores, en cuanto que probablemente implique un cambio importante en la forma de concebir los problemas, métodos y soluciones respecto a la salud física y el comportamiento.

Según Doleys (1982) la *Medicina Conductual* se convertirá en una Tribuna de animosa actividad para el tiempo venidero, pues podrá extender sus límites a una gran variedad de profesionales y problemas en el control y prevención de la salud. Por ejemplo, para las ciencias biomédicas, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares han llegado a ser un área fundamental de investigación, invirtiéndose grandes recursos económicos y potencial humano. No cabe duda de que se ha ganado la batalla en la determinación de agentes patológicos de enfermedades infecciosas agudas; sin embargo, se ha fracasado en explicar problemas de salud tales como hipertensión arterial esencial, enfermedades cardíacas coronarias y arritmias cardíacas (Weiss, 1981); pues ha existido desacuerdo, en un alto porcentaje, en los factores tradicionales de riesgo para enfermedades cardiovasculares (p.e. fumar, obesidad, presión sanguínea alta, diabetes, elevado colesterol sérico, etc.).

La *Medicina Conductual* como nuevo paradigma de investigación y tratamiento para estados de enfermedades crónicas e idiopáticas requiere la colaboración de múltiples factores (variables ambientales, personalidades y componentes psicofisiológicos).

A pesar de los esfuerzos que se hacen en *Medicina Conductual* para que investigadores conductuales y biomédicos se unan en investigaciones de problemas comunes, aún no ha sido posible lograr satisfactoriamente este objetivo. Por el contrario, han surgido malentendidos, errores, problemas legales y éticos en los Estados Unidos.

Pero, aun con los problemas existentes, la *Medicina Conductual* constituye un gran reto para la comunidad de investigadores conductuales y biomédicos en la prevención y control de enfermedades crónicas e idiopáticas.

PERSPECTIVA HISTÓRICA

El origen de la *Medicina Conductual* hay que buscarlo en las concepciones más tradicionales de la actividad profesional dentro de las ciencias de la conducta, especialmente de la práctica de la psicología (Mensch, 1971; Schraml, 1975; Begelman, 1982; Cone, 1977).

Desde la Segunda Guerra Mundial, las contribuciones de los psicólogos a la asistencia clínica de pacientes bajo tratamiento médico fue rota por la psiquiatría, sin importar el tipo de servicio profesional que se ofreciera. Por tanto, la colaboración directa de los psicólogos con especialistas médicos, tales como neurólogos, cardiólogos, dermatólogos, ortopedistas e internistas, fue bastante sospechosa. El referimiento de pacientes por parte de estos especialistas a psicólogos fue sólo en aquellos casos extraordinarios, cuando era claro el componente funcional o idiopático y el médico se sentía profesional y moralmente comprometido con el paciente (Ferster, 1976; Cane, 1972).

Desde entonces, los trastornos médicos de tipo funcionales fueron prerrogativa de los psiquiatras. Los médicos influenciados tal vez por variables de lealtad profesional, reputación, a expensas del paciente, acentuaron el referir pacientes a los psiquiatras.

Begelman (1982) señala que históricamente la Psicología clínica desarrolló formas de práctica profesional claramente diferentes a la práctica psiquiátrica. Por eso los Psicólogos clínicos a partir de la Segunda Guerra Mundial crearon sistemas de servicios psicodiagnósticos mucho más amplios que los de la psiquiatría.

La diferenciación entre Psicología y Psiquiatría se agudizó con el crecimiento de la *Modificación de la conducta* que se inició en los años de 1950 (Skinner, 1950; Wolpe, 1978; Gambrill, 1977; Melamed, 1980).

La *Modificación de la Conducta* representó la adopción de un enfoque experimental e investigativo orientado a cambiar la conducta. La *Modificación de la Conducta*, guiada por los principios del aprendizaje y derivada de los principios de investigación experimental animal, desafió las suposiciones de los enfoques terapéuticos actuales, debido a su fidelidad para explicar la conducta. En efecto, la *Modificación de la Conducta* fue un movimiento liberador tanto para los Psicólogos, que se separaron de la Medicina y rechazaron el modelo médico (Begelman, 1982), como para los psiquiatras, que cansados de su propia profesión se unieron en esfuerzos de colaboración para construir el armazón interdisciplinario que es la *Medicina Conductual* (Munford, 1984).

La Medicina Conductual hace menos de veinte años que se ha

venido definiendo. Comenzó a ganar cuerpo a partir de 1973, cuando L. Birk (1973) acuñó el término para referirse a un nuevo enfoque basado en el control psicológico de variables fisiológicas críticas a base de métodos tomados del laboratorio psicológico experimental, y así diferenciarlo de la Medicina Psicosomática tradicional.

En 1974, el "Lalonde Report" (1974) Canadiense y en 1975 el "New Forward Plan for Health" (1975) reconocieron la necesidad de extender la investigación sobre el papel de la conducta y los factores del estilo de vida en la prevención y control de enfermedades crónicas.

En 1975 un grupo de investigadores del *Instituto Nacional del Cáncer* de los Estados Unidos se preocupó por los aspectos y dimensiones conductuales del Cáncer. Dicha preocupación se concretizó en una conferencia organizada en ese mismo año por el Instituto, reuniéndose un gran grupo multidisciplinario de científicos, los cuales contribuyeron a formular modelos de programas desde una perspectiva "bio-conductual", ante el grave problema del Cáncer (Cullen, 1975, Sociedad Americana del Cáncer, 1975).

En 1976, la División para Asuntos Científicos de la Organización del Tratado del Atlántico Norte (OTAN/NATO) patrocinó una conferencia internacional sobre "Biofeedback y conducta" que más que su relevancia clínica tuvo grandes implicaciones en el surgimiento de la Medicina Conductual como campo interdisciplinario (Surwit, Williams, Steptoe y Biersner, 1981).

Sin embargo, no fue hasta febrero de 1977 con la Conferencia sobre "Medicina Conductual" celebrada en la Universidad de Yale¹ que la Medicina Conductual adquirió su definición, naturaleza y dimensión.

La "Conferencia de Yale" reunió un grupo bastante diverso de científicos conductuales y biomédicos² para proyectar una definición consensual interdisciplinaria. Se reconoció la necesidad de integrar los conocimientos conductuales y biomédicos para la búsqueda de soluciones a los problemas de salud y enfermedad.

¹ La Conferencia se celebró en la Universidad de Yale, New Haven, Connecticut del 4 al 6 de febrero de 1977. La misma fue patrocinada por el Departamento de psicología, Departamento de psiquiatría, Escuela de Medicina de la Universidad de Yale y el Instituto Nacional del Corazón, Pulmón y Sangre, División del Instituto Nacional de Salud, de los EE.UU. (Schwartz y Weiss, 1978).

² En el apéndice I se ofrece una lista de los científicos que presentaron trabajos en la "Conferencia de Yale".

Por tanto, desde la "Conferencia de Yale" la Medicina Conductual quedó establecida como un campo interdisciplinario para la comprensión y control de la salud y enfermedad y se constituyó una sección *Ad-Hoc*, como modelo de investigación, en el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos, lo mismo que para toda la comunidad científica (Schwartz & Weiss, 1978; Levy, 1982).

El grupo de investigadores que participó en la "Conferencia de Yale" acordó que era necesario un medio de expresión de la más alta calidad que pudiera recoger las investigaciones científicas "Bio-conductuales" concernientes tanto a biomédicos como a conductistas y que propiciara un *Forum* que pudiera tener una mayor cobertura que los *Journals* existentes, tales como *Psychophysiology*; *Biological Psychology*; *Biofeedback and Self-Regulation*; *Psychosomatic Medicine*, y el *International Journal of Psychiatry Medicine*. Estas revistas, cada una por separado, sólo representan aspectos parciales del campo de la Medicina Conductual (Weiss & Schwartz, 1978).

En julio de 1977³ se fundó el *Journal of Behavioral Medicine* como resultado de las negociaciones entre Plenum Publishing Corporation y un comité consultivo de investigadores en el campo de la Medicina Conductual y de las recomendaciones formales hechas por los participantes a la "Conferencia de Yale" (*J. Behav. Medicine*, 1978).

Este *Journal* se comprometió a publicar los mejores trabajos disponibles en cualquier aspecto del conocimiento de las ciencias de la conducta y tecnología relevante para la explicación y entendimiento de la salud y la enfermedad. Esta revista tiene un carácter multidisciplinario y puede publicar trabajos de sociólogos, médicos, psicólogos, psiquiatras, epidemiólogos, antropólogos, economistas y otros. Por tanto, no está dirigida exclusivamente a psicólogos⁴ ni hacia una orientación teórica específica o estrategia exclusiva de investigación.

El objetivo fundamental es proporcionar un *Forum* de comunicación y educación para investigadores de muchos campos que trabajan en

³Aunque el *Journal of Behavioral Medicine* se fundó en febrero de 1977, sin embargo, el primer número, (1), comenzó a publicarse a partir de marzo de 1978, ya que es una revista trimestral (Marzo/Junio/Septiembre/Diciembre).

⁴A pesar de que no está dirigida exclusivamente a psicólogos, hasta la fecha la mayor parte de los trabajos son de psicólogos y biomédicos.

problemas comunes de salud física y enfermedad (*J. Behav. Med.*, 1978). Por otra parte, los participantes a la "Conferencia de Yale" concluyeron que debían explorarse las condiciones para constituir una Academia o Sociedad de Medicina Conductual. Se enfatizó que al igual que el *Journal*, la Sociedad debía tener excelencia. El 19 de noviembre de 1978 se fundó en Chicago la Sociedad de Medicina Conductual.⁵

La Sociedad de Medicina Conductual es una organización sin fines de lucro cuyo objetivo fundamental es mejorar la salud y el estado de bienestar de los individuos, a través de: (1) Fomentar el desarrollo permanente y la integración de conductas de alta calidad y principios y conocimientos de las ciencias biomédicas en temas relevantes para la salud y la enfermedad. (2) Facilitar la integración de los principios, conocimientos y técnicas acerca del mantenimiento y sistemas asistenciales de salud (Munford, 1984).

Otros objetivos de la Sociedad son:

a. Servir a los intereses interdisciplinarios relacionados con los problemas de la conducta en la atención de la salud para el fomento y coordinación de comunicación entre científicos y facilitadores de la salud.

b. Educar a los profesionales de la salud sobre el concepto de Medicina Conductual e informar al público del enfoque de la Medicina Conductual para la atención de la salud y descubrimientos e investigaciones.

c. Desarrollar pautas de entrenamiento para programas de Medicina Conductual.

d. Mantener enlace con grupos de profesionales relacionados.

e. Servir como portavoz de técnicas y expresiones profesionales en todas las esferas.

f. Servir como recurso de información biomédica-conductual.

La Sociedad en su esfuerzo para lograr estos objetivos publica una revista, *Behavioral Medicine Abstract*, un boletín *Behavioral Medicine Update*, las ponencias de las convenciones anuales en un libro y

⁵La Sociedad de Medicina Conductual actualmente tiene su sede en Knoxville, Tennessee, EE.UU.

da apoyo a las sesiones científicas nacionales.⁶ (Weiss, 1978).

En 1978, la Asociación Americana de Psicología (APA) anunció la creación de la División número 38 correspondiente a "Psicología de la Salud" como la más nueva división (Matazazzo, 1980).

En 1979 el *Journal of Applied Behavioral Analysis* (JABA), dedicó un número especial, Vol. 12, No. 1, a aspectos relacionados con la Medicina Conductual por considerarla como un campo de importancia crítica en la investigación, tratamiento y prevención de la enfermedad física (O'Leary, 1979).

A partir de aquí se ha venido desarrollando una gran cantidad de eventos científicos y de publicaciones sobre Medicina Conductual, por su relevancia para la salud. Conviene destacar el Simposio Internacional multidisciplinario celebrado del 30 de junio al 3 de julio de 1981 en Porto Carras, NwoMarkamaras, Grecia, sobre "Medicina Conductual", el cual enfocó el tratamiento conductual de las enfermedades.

Este Simposio fue patrocinado por la División para Asuntos Científicos de la Organización del Tratado del Atlántico Norte (OTAN/NATO) como parte de su serie de simposios científicos, el número 84. El objetivo de este evento fue doble: (1) Intentar ser un Forum de alto nivel para el intercambio de información y experiencias entre investigadores seriamente comprometidos en investigaciones en esta área. (2) Determinar el estado actual del conocimiento en Medicina Conductual (Surwit, et al., 1981).

En 1983 se celebró la conferencia sobre "Educación y adiestramiento en psicología de la salud" (Weiss, 1983). En este mismo año se efectuó la 4ta. Convención científica Anual de la Sociedad de Medicina Conductual, que abordó el tema de "Medicina Conductual en la Industria". En mayo 23-26 del presente año 1984, la Sociedad de Medicina Conductual celebró con mucho éxito su 5ta. convención científica anual y los trabajos presentados enfocaron la Medicina Conductual y los problemas de salud de la mujer. En julio de este año, en el 19no.

⁶La primera convención científica anual se celebró en San Francisco, California, del 16 al 18 de diciembre de 1979 (Weiss, 1979). La IV Convención científica anual se efectuó del 2 al 5 de marzo de 1983 en Baltimore, Maryland y trató sobre Medicina Conductual en la Industria (Weiss, 1983).

La última Convención científica anual, la Quinta, se llevó a cabo del 23 al 26 de mayo de 1984 en Philadelphia y versó sobre "Medicina Conductual y situación de salud de la mujer" (Sociedad Medicina Conductual, 1984).

Congreso Interamericano de Psicología, celebrado en Quito, Ecuador, patrocinado por la Sociedad Interamericana de Psicología (SIP), la junta de Gobernadores de la Sociedad creó un Grupo de Trabajo en Psicología de la Salud y Medicina Conductual con la finalidad de incrementar las comunicaciones entre psicólogos de las Américas. El Grupo de Trabajo se ha propuesto ambiciosas actividades (*Interamerican Psychologist*, 1984).

Para diciembre de 1984, la Sociedad Interamericana de Psicología (SIP) se propone patrocinar un Seminario Internacional de Psicología de la Salud en La Habana, Cuba, en el cual se pretende discutir el estado actual de la Psicología de la Salud en los países en vías de desarrollo y se espera sentar las bases para el futuro de la investigación y las aplicaciones (*Interamerican Psychologist*, 1984).

Para el 27-30 de mayo de 1985 la Sociedad de Medicina Conductual planea llevar a cabo su 6ta. convención científica anual en New Orleans sobre "Medicina Conductual a través del Ciclo Vital". Se pretende estudiar, sobre todo, los tres estadios principales de la vida: niñez, adultez o edad mediana y vejez. En resumen, la Medicina Conductual es un campo bastante amplio y novedoso que ha tenido un rápido crecimiento, no obstante haberse escrito relativamente poco acerca de él.

DEFINICIONES DE MEDICINA CONDUCTUAL

A partir de la "Conferencia de Yale" el término "Medicina Conductual" se ha definido de varias maneras (Schwartz & Weiss, 1977).

El grupo de investigadores que se reunió en la "Conferencia de Yale" estudió detalladamente los pro y contra de una definición de Medicina Conductual como *ciencia básica, disciplina, enfoque o campo* y decidió que era más apropiado darle un énfasis de naturaleza interdisciplinaria (Schwartz y Weiss, 1978). Además, el grupo propuso que ciertas áreas, tales como *enfermedades mentales tradicionales per se, abusos de sustancias per se, retardo mental per se, y programas de beneficencia social per se* estuvieran excluidos de la Medicina Conductual.

Así, pues, en la "Conferencia de Yale" se estableció que la Medicina Conductual es un campo comprometido con la investigación de los mecanismos básicos por medio de los cuales el fenómeno conductual influye los aspectos epidemiológicos, etiológicos, patológicos, de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los desórdenes físicos.

La Medicina Conductual está interesada en el desarrollo de las ciencias de la conducta, el conocimiento y técnicas relevantes en la comprensión de la salud física y la enfermedad, y la aplicación de estos conocimientos y técnicas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los problemas de salud.

La psicosis, neurosis y el abuso de sustancias son incluidos dentro de la Medicina Conductual sólo en cuanto produzcan alteraciones físicas terminales de la vida (Cullen 1978; Schwartz y Weiss, 1978).

Esta definición inicial se desarrolló sólo para servir de punto de partida y no como la última palabra. Más tarde esta definición, dada en la "Conferencia de Yale" (1977), fue ensanchada por Schwartz & Weiss (1978; 1981) al incluir dos nuevos conceptos "Multidisciplinario" e "Interactivo" para referirse a la Medicina Conductual.

Pomerleau y Brady (1979) argumentaron que la definición reportada por Schwartz y Weiss (1978) era muy amplia y entonces sugirieron que la Medicina Conductual debía ser definida como: (1) El uso clínico de términos derivados del *análisis experimental de la conducta*, la *Terapia Conductual* y la *Modificación de la Conducta*, para la evaluación, prevención y tratamiento de la enfermedad física o disfunción fisiológica. (2) La Conducta de investigar para contribuir al análisis funcional y comprensión de la conducta asociada con trastornos médicos y problemas asistenciales de salud. Esta definición refleja una orientación hacia la aplicación del análisis experimental de la conducta más que a la incorporación de diversos conocimientos científicos conductuales.

Por su parte Blanchard (1977) señaló que la Medicina Conductual es la aplicación sistemática de los principios del aprendizaje y técnicas de la psicología conductual en el campo de la Medicina, salud y enfermedad.

Como puede apreciarse, existen dos puntos de vistas diferentes de Medicina Conductual, uno que la ve como enfocada al desarrollo e integración del conocimiento y tecnología de las ciencias de la conducta y ciencias biomédicas. El otro, que enfatiza la aplicación del análisis y tecnología de la conducta y problemas de salud y enfermedad.

Sin embargo, para algunos investigadores, si entendemos por definición lo que dice el diccionario Webster, que es la "palabra o frase que expresa la naturaleza esencial de una persona o cosa", más que definiciones sobre Medicina Conductual, quizás lo que existe es una gran variedad de descripciones (Doleys, 1982).

Por el momento, todo parece indicar que el término "Medicina Conductual" seguirá siendo usado para enmarcar la aplicación de los principios de todas las ciencias de la conducta a problemas médicos. No obstante, epistemológicamente es significativamente diferente de sus disciplinas relacionadas, especialmente la Medicina Psicosomática, en cuanto esta última se preocupa de su hipotético fenómeno intrapsíquico (Alexander, 1939/1984).

Quizás, con el paso del tiempo, el significado de Medicina Conductual sea moldeado por las contingencias naturales de concepciones encontradas, ediciones de revistas, miembros de sociedades científicas y por criterios de trabajos académicos. Por tanto tarde o temprano el concepto de Medicina Conductual tendrá que ser considerado en un sentido más restringido, tal como sugirieron Pomerleau y Brady (1979), mientras que el término genérico *Psicología Médica* convendría ser usado para referirse a actividades de mayor alcance.

DESARROLLO DE LA MEDICINA CONDUCTUAL COMO MODELO INTERDISCIPLINARIO

Desde la "Conferencia de Yale" (1977), la Medicina Conductual ha tenido un énfasis de campo multidisciplinario e interactivo. Desde entonces se vio que la Medicina Conductual podía ser aplicada a problemas tales como: (1) Influencias socioculturales en la salud física y la enfermedad, incluyendo estudios epidemiológicos, antropológicos y sociológicos. (2) Patrones psicosociales que contribuyen a la salud física y enfermedad, incluyendo la psicología social, personalidad, estudios psicofisiológicos, sociales, conductuales, stress emocional y sus consecuencia. (3) Conducta de salud, conducta de enfermedad, rol conductual del enfermo. (4) Determinantes cognitivos de salud física y enfermedad con especial reconocimiento de los factores placebo. (5) Desarrollo de técnicas descriptivas conductuales. (6) El dolor y su regulación. (7) Factores que contribuyen al seguimiento de regímenes médicos. (8) Contribuciones conductuales para el tratamiento y rehabilitación de desórdenes físicos, como p.e. manejo del *stress*, terapias autorreguladas; *biofeedback* y relajación, evaluación de diferentes tipos de psicoterapias y técnicas de modificación de conducta. (9) Enfoques conductuales para la prevención de enfermedades físicas y promoción de la salud, incluyendo investigaciones interdisciplinarias de rivadas de estudios y teorías educativas, económicas y sociales (Schwartz y Weiss, 1978).

La Medicina Conductual, como campo interdisciplinario y empírico, dirige sus esfuerzos a descubrir y manipular la relación entre conductas observables, función psicológica y enfermedad (Surwit, et al., 1981).

Tanto los avances dentro de las ciencias biomédicas como dentro de las ciencias conductuales han contribuido a este esfuerzo multidisciplinario e integrativo.

En las ciencias biomédicas han surgido nuevos campos, tales como bioquímica, neurofarmacología, neuroquímica, neurofisiología, inmunopsiquiatría, los cuales se han integrado exitosamente con las disciplinas tradicionales como biología, química, neurología, fisiología y endocrinología (Locke & Hornig-Rohan, 1983).

De igual manera, en las ciencias de la conducta, disciplinas se paradas como psicología, antropología, política, sociología, etc., hoy se encuentran fusionadas, no obstante su juventud respecto de las biomédicas.

Perspectiva Interactiva

El principal énfasis de la Medicina Conductual ha estado en la integración de las ciencias de la conducta y las ciencias biomédicas. Tal integración podría incluir contribuciones de muchas disciplinas, como por ejemplo antropología, psicología, fisiología, medicina clínica y preventiva, cardiología, nefrología, oncología, medicina familiar, neurología, educación para la salud, sociología, psiquiatría, neurobiología, bioquímica, epidemiología, genética, etc.

Reconociendo esta mezcla multidisciplinaria como ingrediente esencial para el desarrollo de un *paradigma bioconductual* es obvio que la Medicina Conductual todavía es un "Campo Tentativo" más que una disciplina propiamente dicha (Weiss & Schwartz, 1981).

La Medicina Conductual persigue, en este sentido, la valoración interactiva de hipótesis de investigación, diseños y métodos dirigidos a problemas cruciales de salud y enfermedad.

Actualmente, la Medicina Conductual está preocupada por las interacciones o modelos de combinaciones en el comportamiento, así como en el análisis tradicional de varianza se demuestra matemáticamente cómo dos variables independientes pueden tener cada una pequeños efectos sobre una variable dependiente determinada, cuando cada una de éstas se examina de forma independiente la una de la otra. Sin embargo, estas variables pueden tener significados *sinérgicos* o a veces opuestos, cuando se examinan concomitantemente (Weiss & Schwartz, 1981).

Es evidente que los estudios de un solo factor, p.e. A, que ocurre con variación al azar en otro, p.e. B, pueden llevar a conclusiones

simples y a veces equivocadas si se juzga el papel que cada una por separado juega en la conducta de p.e. X.

Los diseños de investigaciones interactivos o multivariados, combinados con procesos de información sofisticados que manipulan variables conductuales y biomédicas concomitantemente tienen el potencial inherente de descubrir importantes efectos bioconductuales que permitirán entender las enfermedades crónicas e idiopáticas o esenciales.

Desde esta perspectiva, los diseños de investigación bioconductuales están comenzando a aparecer en la literatura de Medicina Conductual. Por ejemplo, los estudios sobre la regulación de la presión arterial han recibido amplia consideración (J. Behav. Med., 1983; Orton, Beiman y Ciminero, 1981; Williams, 1982; Patel, 1982; Blumenthal y Califó, 1982; Roskies, 1982; Shapiro, 1981; Minakichi, Ogawa, Stake, 1981).

En el pasado, la gran mayoría de los estudios sobre este problema cardiovascular se condujeron al margen de la genética, la inmunología y la historia de la dietética (Weiss & Schwartz, 1981). Sin embargo, hoy día los estudios básicos indican que los efectos del *stress* sobre la presión arterial son potencializados si ocurren determinadas condiciones, tales como, por ejemplo: (a) Si se está predispuesto a responder al sodio de la dieta. (b) Si el sodio está presente en la dieta (Fridman, 1977; Hurts, Rose & Jenkins, 1976; Garrity et al., 1978; Petrich & Homes, 1977; McClelland, Jenmont, 1980; Rabkin & Struening, 1976).

La presencia de estos efectos interactivos sugiere que mientras la genética, la inmunología y los mecanismos de la sal pueden ser diferentes de los mecanismos psicosociales, la interacción de estos pueden producir propiedades únicas. Efectos similares se han observado en estudios con la cafeína (Henry, 1980).

Se espera que con la Medicina Conductual, enfocada como *Paradigma de investigación interactivo-bioconductual* se podrá clarificar la aparente confusión, datos contradictorios y variabilidad fortuita que existe en muchos problemas de salud (Gentry, 1984).

Esler y colaboradores (1977) han referido que, por ejemplo, la forma en que se ha venido diagnosticando la hipertensión arterial esencial no refleja ser una alteración individual en un organismo individual, sino que representa una gran multiplicidad de factores.

Dada la complejidad del sistema cardiovascular, no sería extraño descubrir que numerosos procesos, en interacción, pueden estar relacionados de forma diferente y muestren problemas individuales o síntomas (Williams, 1982; Seth, Saksena, 1977).

La hipertensión arterial esencial y las enfermedades cardíacas coronarias, tan sólo son un ejemplo de la necesidad de desarrollar investigaciones bioconductuales de tipo interactivas.

Weiss & Schwartz (1981) señalan que si los especialistas de disciplinas relevantes se unieran para trabajar juntos y desarrollar diseños de investigaciones multifactoriales podrían hacerse grandes descubrimientos. Sin embargo, todavía constituye una deseable aspiración científica, pues existen muchas barreras. En primer lugar, desafortunadamente, los especialistas biomédicos tienen muy pocas oportunidades de aprender los principios conductuales en las escuelas de medicina y residencias médicas. En segundo lugar, el concepto de "Team Clínico" es apenas nuevo para la medicina. Y en tercer lugar, han existido muchos problemas en el uso de la terminología (Weiss & Schwartz, 1981; Melamed, 1980; Brady, 1973; Gentry, 1984) y su significado práctico. Por ejemplo, conceptos como "efecto directo", "efecto indirecto", "placebo", "efecto placebo", son entendidos con diferentes significados por farmacólogos y psicofisiólogos.

Se está trabajando para establecer una terminología común que permita comparar y contrastar los progresos relativos que se hacen en la estrategia de intervención conductual y biomédica.

Begelman (1982) refiere que el término multidisciplinario es aún ambiguo y es necesario especificar el tipo de colaboración, porque usualmente los médicos cuando han trabajado en colaboración con no-médicos han asumido el papel de supervisores de tales proyectos.

El propone cuatro tipos de colaboración:

- Tipo 1: Relación de colaboración, en donde el no participante sirve como supervisor o tiene status de investigador. El colaborador simplemente suministra informaciones, datos o elementos metodológicos necesarios para un proyecto, pero no está involucrado en el estudio y no tiene responsabilidad legal.
- Tipo 2: Esta es similar a la del tipo 1, pero aquí el colaborador asume responsabilidad legal y supervisión a distancia. Este es el caso de un investigador conductual y un superintendente de hospital o su comité representativo.
- Tipo 3: Relación de colaboración en la que los participantes en una investigación comparten el status de coinvestigadores, pero en donde el elemento de responsabilidad legal está ausente, ya que el estudio implica condiciones legales mínimas.

Tipo 4: Relación de colaboración en donde se obtiene el status de coinvestigador, pero uno de los participantes asume la responsabilidad legal.

Estrategia de Tratamiento

La Medicina Conductual busca mejorar la calidad y la prevención de la salud. El modelo interactivo e interdisciplinario estipula que la combinación de variables independientes puede producir un efecto "sinérgico" o "inhibitorio", el cual no puede ser identificado por estudios de una sola variable a la vez.

Hasta el presente se han venido haciendo contribuciones y aplicaciones a diferentes problemas de salud y los resultados han sido exitosos.

Los resultados más satisfactorios se han obtenido en los trastornos del Sistema Cardiovascular (Silver y Blanchard, 1979; Morrison, Bellack, 1984; Ahern, 1984; Gorkin, et al., 1984; Jacob et al., 1984). El conocimiento de la Medicina Conductual se está aplicando, además, a problemas tales como diabetes mellitus (Weiss, S. 1979; Surwit, Ferguson, Scovern, 1975, 1983; Doysenko et al., 1984) cancer (Jay, Tamroff, Dolgin, Siegel, 1984; Andersen, Lichtman, Rowland, Holland, Levy, 1984; ACS, 1981); dolor de cabeza crónico, desórdenes urológicos, dolores crónicos (Doleys et al., 1982; Surwit et al., 1981; Turk, Meich enbaum y Genest, 1983); trastornos gastrointestinales (Gentry, 1984); desórdenes isquémicos: enfermedad de Raynaud, scleroderma, enfermedad cardíaca isquémica (*J. Behav. Med.*, 1978; Lechstein et al., 1984); rehabilitación neuromuscular; insomnio; disfunción sexual; manejo de pacientes odontológicos (Melamed y Siegel, 1980; problemas geriátricos; *Stress* (Loche et al., 1983; Wolpe, 1984); respuestas de fumar (Skewis et al., 1984); enfermedad de Parkinson (Montgomery, 1984); problemas obstétricos y ginecológicos: síndrome premenstrual, dismenoreia, menopausia (Gallahan, 1984; Pormealeu, 1984; Sherwin et al., 1984; Cox, 1983); bronquitis, enfisema, asma (Kinsman et al., 1983); el uso de biofeedback en el tratamiento de la migraña; artritis, obesidad (Loe & Fisher, 1983); etc.

Adiestramiento en la Medicina Conductual

Los conocimientos requeridos para aprender la teoría, conceptos y tecnologías asociados con las diferentes disciplinas que contribuyen al campo interdisciplinario de la Medicina Conductual son muy amplios.

En los Estados Unidos por dondequiera han surgido problemas de residencias, doctorados y postdoctorados en *Medicina Conductual*, *psicología de la salud*, *terapia conductual* y *psicología médica* (Matarrazo, 1980; Melamed y Siegel, 1980; Belar, C., 1979).

Las orientaciones de dichos programas de adiestramiento son diversas. Entre las principales se encuentran: Psicopatología experimental, psicología de la salud, bioconducta, psicología social aplicada, ecología y conducta ambiental, salud mental comunitaria y gerontología, psicometría, conducta cognoscitiva, psicología humanista, enfermedad y biofeedback, y psicología psicodinámica.

Los énfasis fundamentales son en *investigación aplicada*, *investigación básica*, *salud pública/comunitaria* y *clínica* (Belar, 1980; Belar y Siegel, 1983).⁷

El nivel académico mínimo que se exige para el ingreso a cualesquiera de estos programas es el de doctorado (o M.D.) y en algunas ocasiones el de maestría.⁸ Frecuentemente los programas de adiestramiento en Medicina Conductual se encuentran administrados por departamentos y escuelas de medicina, más que de psicología. Sin embargo, los de Psicología de la Salud generalmente están adscritos a los departamentos de psicología.

En sentido general, las experiencias de adiestramiento tienen el objetivo de llenar lagunas conceptuales y hacer conciencia de que es posible la colaboración e integración efectiva.

CONCLUSION

La Medicina Conductual, como *paradigma de investigación interactivo-bioconductual*, representa un gran esfuerzo que tendrá que ser tomado en cuenta muy seriamente por investigadores, planificadores y clínicos para dar solución a los complejos problemas de prevención y control de las enfermedades crónicas e idiopáticas.

⁷Ver apéndice II, en donde se presenta una lista de diferentes áreas de especialidades en Medicina Conductual y Psicología de la salud (Belar, 1980).

⁸Ver apéndices III y IV, en los que se presentan las principales instituciones que en los EE.UU. ofrecen programas de adiestramiento en Medicina Conductual y Psicología de la Salud (Belar, 1980; Belar y Siegel, 1983).

Ha de esperarse que este trabajo sirva como estímulo para que en la República Dominicana investigadores y clínicos en Ciencias de la Conducta y Biomédicos tomen conciencia de la naturaleza interactiva de los problemas de salud y se unan para formular, conjuntamente, diseños de investigación que puedan contribuir eficazmente a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud en todos sus aspectos.

APENDICE I: Expositores en la "Conferencia de Yale" (1977).

Basmajian, John, M. D.	- Emory University School of Medicine
Garner, Wendell R., PhD.	- Yale University
Gentry, W. Doyle, PhD.	- Duke University Medical School
Glass, David, PhD.	- City University of New York
Herd, J. Alan, M. D.	- Harvard Medical School
Janis, Irving, PhD.	- Yale University
Kelty, Mirian, PhD.	- National Commission for the Protection of Human Subjects
Leigh, Hyle, M. D.	- Yale University School of Medicine
Matarrazzo, Joseph, PhD.	- University of Oregon Medical School
Miller, Neal, PhD.	- Rockefeller University
Ostfeld, Adrian M., M. D.	- Yale University
Pattishall, Evan, PhD., M. D.	- The Pennsylvania State University College of Medicine
Reiser, Morton, M. D.	- Yale University School of Medicine
Rodin, Judith, PhD.	- Yale University
Schwartz, Gary E., PhD.	- Yale University
Stunkard, Albert J., M. D.	- University of Pennsylvania Medical School
Tuma, Hussain, PhD.	- National Institute of Mental Health
Weiss, Stephen M. PhD.*	- National Heart, Lung, and Blood Institute
Wienckowski, Louis, PhD.	- National Institute of Mental Health
Williams, Redford, M.D.**	- Duke University Medical School.

*

Actual Presidente electo de la Sociedad de Medicina Conductual.

**

Presidente de la Sociedad de Medicina Conductual

APENDICE II: Diferentes áreas de especialidades en Medicina Conductual y Psicología de la Salud.⁹

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 1. Anestesiología | 37. Conducta de Enfermedad |
| 2. Odontología | 38. Artritis |
| 3. Medicina Familiar | 39. Cáncer |
| 4. Sistemas Asistenciales de Salud | 40. Enfermedad Cardíaca |
| 5. Medicina Interna | 41. Colitis |
| 6. Cardiología | 42. Diabetes |
| 7. Dermatología | 43. Dismenorrea |
| 8. Endocrinología | 44. Desórdenes Alimenticios |
| 9. Epidemiología | 45. Epilepsia |
| 10. Gastroenterología | 46. Dolor de Cabeza |
| 11. Hematología | 47. Hipertensión |
| 12. Enfermedades Infecciosas | 48. Dolores |
| 13. Inmunología | 49. Enfermedad de Raynaud |
| 14. Oncología | 50. Desórdenes Respiratorios |
| 15. Medicina Pulmonar | 51. Conducta de Fumar |
| 16. Medicina Renal | 52. Tics |
| 17. Reumatología | 53. Ulceras |
| 18. Neurología | 54. Terapia Conductual |
| 19. Enfermería | 55. Biofeedback |
| 20. Terapia Ocupacional | 56. Ecología Clínica |
| 21. Oftalmología | 57. Terapia Cognitiva |
| 22. Pediatría | 58. Entrenamiento en Comunicaciones |
| 23. Farmacología | 59. Intervención en Crisis |
| 24. Terapia Física | 60. Grupo Terapéutico |
| 25. Radiología | 61. Ortopedia |
| 26. Rehabilitación/Fisioterapia | 62. Fantasía e Hipnotismo |
| 27. Cirugía General | 63. Nutrición |
| 28. Neurocirugía | 64. Psicoterapia |
| 29. Otorinolaringología | 65. Relajación |
| 30. Cirugía Plástica | 66. Intervenciones Sociales |
| 31. Salud Pública | 67. Otros. |
| 32. Medicina Preventiva | |
| 33. Cirugía Torácica y Cardiovascular. | |
| 34. Urología | |
| 35. Educación para la Salud | |
| 36. Programación y Política de salud | |

9

Usualmente los programas combinan varias áreas de adiestramiento.

APENDICE III: Universidades en los EE.UU. que ofrecen programas en Me
dicina Conductual a nivel de Postdoctorado

1. Gerontology Research Center, Baltimore City Hospital.
2. Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore.
3. Stanford University School of Medicine, Palo Alto, CA.
4. V. A. and University of Mississippi Medical Center, Jackson, MS.
5. West Virginia University Medical Center, Morgantown, WV.
6. University of Virginia Behavioral Medicine Center, Charlottesville, VA.
7. Behavioral Medicine Program of the Albuquerque V.A. Medical Center, Albuquerque, NM.
8. Behavioral Pediatrics Program, University of Nebraska, Lincoln, NE.
9. Connecticut Center for Behavioral and Psychosomatic Medicine, New Haven, CT.
10. University of Southern California School of Medicine, Los Angeles, CA.
11. Brown University Behavioral Medicine Program, Providence, RI.
12. Behavioral Unit of Temple University Medical School and Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute, Philadelphia, PA.
13. University of Pennsylvania, Pennsylvania, PA.
14. Behavioral Pediatric Program, Orthopaedic Hospital, Los Angeles, CA.
15. Behavioral Medicine Program at College Hospital, Cerritos, CA.
16. South Shore Counseling Associates, Inc. Hanover, M.A.
17. Behavioral Medicine Program at University of Connecticut Medical School and V.A. Medical Center, Newington, CT.
18. Pain Management Program of Portsmouth, Virginia.
19. University of Tennessee Program in Behavioral Medicine, Knoxville, TN.
20. Albert Einstein College of Medicine, Bronx, N.Y.
21. University of Miami, Coral Gables, FL.
22. Southern Illinois University at Carbondale, IL.
23. Medical Psychology and Behavioral Neuroscience, University of Alabama, Birmingham, AL.
24. University of California, San Francisco, CA. (UCLA).
25. Behavioral Medicine Program at North Texas State University, Denton, TX.
26. Alberta Children's Hospital Centre, University of Calgary Medical School y Tom Baker Cancer Centre, Alberta, Canada.
27. Childrens Hospital of Los Angeles, CA.
28. University of Health Sciences, Green Bay Road, North Chicago, IL.
29. The Johns Hopkins Medical Institutions, Baltimore.
30. University of Kansas Center, Kansas City, KS.
31. University of Minnesota School of Public Health, Minneapolis, MN.

32. University of Missouri-Columbia, Columbia, MO.
33. University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA.
34. University of South Dakota, Vermillion, SD.
35. West Haven VA Medical Center, West Haven, CT.
36. Wilford Hall USAF Medical Center, Lackland AFB, Texas.

APENDICE IV: Universidades de los EE.UU. que ofrecen Programas en Psicología de la Salud, a nivel de doctorado y Postdoctorado.

1. University of Alabama, Birmingham, Alabama.
2. University of California, Irvine, California.
3. University of Southern California, Los Angeles, CA.
4. University of California, Los Angeles, CA.
5. Stanford Research Institute, Menlo Park, CA.
6. University of California, San Francisco, CA.
7. Stanford University Medical Center, Stanford, CA.
8. The Montreal Children's Hospital, Montreal, Quebec, Canada.
9. Royal Ottawa Regional Rehabilitation Center, Ontario, Canada.
10. J. Hillis Miller Health Center, University of Florida, Gainesville, FL.
11. Yale University, New Haven, CT.
12. Northwestern University Medical School, Chicago, IL.
13. Rush-Presbyterian St. Luk's Medical Center, Chicago, IL.
14. Northwestern University, Evanston, IL.
15. The University of Kansas, Lawrence, KS.
16. John F. Kennedy Institute, Baltimore, Maryland.
17. Children's Hospital, Boston, Massachusetts.
18. University of Maryland, Baltimore, Maryland.
19. The University of Michigan Institute for Social Research, Ann Arbor, Michigan.
20. University of Wisconsin Center for Health Sciences, Madison, Wisconsin.
21. University of Utah, Salt Lake City, Utah.
22. University of Utah Medical Center, Salt Lake City, Utah.
23. University of Houston, Houston, Texas.
24. Gerontology Center Texas Research Institute of Mental Sciences, Houston, Texas.
25. Vanderbilt University, Nashville, Tennessee.
26. Austin Child Guidance and Evaluation Center, Austin, Texas.
27. Oregon Health Sciences University, Portland, Oregon.
28. University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania.
29. University of Oklahoma, Health Science Center, Oklahoma City, Oklahoma.

30. Medical College of Ohio, Toledo, Ohio.
31. University of North Carolina School of Medicine, Chapel Hill, North Carolina.
32. Institute of Rehabilitative Medicine, New York, New York City.
33. University of Nebraska, Medical Center, Omaha, Nebraska.
34. Montefiore Medical Center, Bronx, New York City.
35. Grosse Point Psychological Center, WSU., Grosse Point, Michigan.
36. University of Michigan Hospitals, Ann Arbor, Michigan.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ahern, D. "Conditioned Heart Rate Acceleration during Biofeedback Control Respiration". *Program Abstracts*, SBM, 1984.
- Alexander, Franz. "Psychological Aspects of Medicine". *Psychosomatic Medicine*, 1(1) 1939. *Journal of the Institute for the advancement of Health*, 1(2): 52-60, 1984.
- American Cancer Society. *The Psychological impact of Cancer*. Washington; ACS, 1975.
- Third National Conference on Human Values & Cancer*. Washington: ACS, 1981.
- Andersen et al. "Women with Cancer: Psychologic and Immunologic Perspectives" *Program Abstracts*, SBM, 1984.
- Basmajian, J. V. "EMG Feedback in Neuromuscular Control". En: Surwit, et al. *Behavioral Treatment of Disease*. New York: Plenum Press, 1981.
- Bayés, R. *Psicología y Medicina*. Barcelona: Fontanela, 1979.
- Begelman, D. A. "Professional and Legal Issues in Behavioral Medicine", En: Doleys, D. et al. *Behavioral Medicine*. New York: Plenum Press, 1982.
- Belar, C. "Health Psychology Training in Psychology Doctoral Programs", Division 38, *American Psychological Association*, 1980.
- Belar, C. & Siegel, L. "Postdoctoral Training in Health Psychology", Division 38, *American Psychological Association*, 1983.

- Belar, C. "Training the Clinical Psychology Student in Behavioral Medicine", *Professional Psychology*, pp. 596-604, 1979.
- Birk, L. *Biofeedback: Behavioral Medicine*. New York: Grune and Stratton, 1973.
- Blumenthal, J. A. & Califf, R. "Secondary prevention of coronary Heart Disease", En: Surwit, et al., *Op. Cit.*, 1981.
- Borysenko, J. et al. "Behavioral Intervention in Insulin - Dependent Diabetes", *Program Abstracts*, SBM, 1984.
- Brady, J. P. "The place Behavior Therapy in Medical Student and Psychiatric Resident Training". *Journal of Nervous and Mental Disease*, (157): 21-26, 1973.
- Caparrós, A. *Historia de la psicología*. Barcelona: CEAC, 1980.
- Cataldo, M., Bird, B.; C. Cunningham. "Experimental Analysis of EMG Feedback in Treating Cerebral Palsy", *J. Behav. Med.*, (1): 311-322, 1978.
- Cone, J. D; R. Hawkins. *Behavior Assessment, New Directions in Clinical Psychology*. New York: Brunner/Mazel Publishers, 1977.
- Cullen, J.; B. Fox; R. Isom. "Cancer: The Behavioral Dimension", DHEW, publication number (NFX), 1976.
- Dana, R. H. *Teoría y práctica de la psicología clínica*. Buenos Aires: Paidós, 1972.
- Dahlem, N. W. et al. "Panic-fear in Asthma: Requests for As-needed Medications in Relation to Pulmonary Function Measurements. En: Locke, S. et al. *Mind and Immunity: Behavioral Immunology*. New York: Institute for the Advancement of Health, 1983.
- Doleys, D.; R. L. Meredith; A. Ciminero. *Behavioral Medicine*. New York: Plenum Press, 1982.
- Esler, M. et al. "Mild high-renin essential hypertension". En: S. Weiss; G. Schwartz. "Behaviored Medicine: The Biobehavioral Perspective". En: Surwit et al., *Op. Cit.*, 1981.
- Fancher, R. E., *Pioneers of psychology*. New York: W.W. Norton & Company, 1979.

- Ferster, C. B. et al. "Perspectivas de la psicología: XXV transición del laboratorio de animales a la clínica", tomado de R. Ulrich et al., *Control de la conducta humana II*. México: Trillas, 1976, pp. 50-55.
- Galland, L. et al. "Behavioral and Biological Interactions in Premenstrual Symptoms", *Program Abstracts*, SBM, 1984.
- Gambrill, E. *Behavior Modification: Handbook of Assessment, Intervention, and Evaluation*. San Francisco: Jossey Bass, 1977.
- Garrity, TF. et al. "The relationship of recent life change to seriousness of later illness". En: Locke, S. et al. *Mind and Immunity: Behavioral Immunology*, New York: Institute of Advancement of Health, 1983.
- Gentry, D. *Handbook of Behavioral Medicine*. New York: The Guilford Press, 1984.
- Godaert, G. "Relaxation treatment for Hypertension", Surwit et al. *Op. Cit.*, 1981.
- Gorkin, L. et al. "Family History of Hypertension and Anger Management as determinants of Cardiovascular, Behavioral, and Self-report Responding during competition - Anger Provocation". *Program Abstracts*, SBM, 1984.
- Haynes, SG et al. "The relationship of normal, Involuntary retirement, to early mortality among US rubber Workers". En: Locke, S. et al. *Op. Cit.*, 1983.
- Henry, J.P. Stephens, P.M. "Caffeine as an intensifier of Stress induced hormonal and pathophysiologic changes in mice". En: S.Weiss; G. Schwartz. *Op. Cit.*, 1981.
- Hurst MW.; GD Jerkins; RM Rose. "The relation of Psychological Stress to onset of Medical illness", En: S. Locke et al. *Op. Cit.*
- Interamerican Psychologist*, (54): 15-18. 1984.
- Jay, S. et al. "Recent Advances in Behavioral Research in Childhood Cancer", *Program Abstracts*, SBM, 1984.
- Keller, F. *La Definición de Psicología*. México: Trillas, 1975.
- Kinsman, R.; E. Fernández; M. Schocket; J.F. Dirks; N.A. Covino. "Multidimensional Analysis of the Symptoms of Chronic Bronchitis". *Journal of Behavioral Medicine*, 6 (4): 339-357, 1983.

- Kuhn, T. S. *La Estructura de las revoluciones Científicas*. México: Fondo de Cultura Económica, 1969.
- Levy, S. "Biobehavioral Interventions in Behavioral Medicine", *Proceedings of the Working Conference on the Psychological, Social and Behavioral Medicine. Aspects of Cancer: Research and Professional Education Needs and Directions for the 1980s.*, Cancer, (Suplemento): 1928 - 1938, 1982.
- Lichstein, K. et al. "Insomniacs Empirical Self-Assessment of Sleep in the Home", *Program Abstracts*, SBM, 1984.
- Locke, S; M. Hornig - Rohan. *Mind and Immunity: Behavioral Immunology*. New York: Institute for the Advancement of Health, 1983.
- Lowe, M. R.; E. Fisher. "Emotional reactivity, emotional eating, and Obesity: A Naturalistic study". *Journal of Behavioral Medicine*; (6): 135-149, 1983.
- Matarrazzo, J. D. "Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a New Health Psychology", *American Psychologist*, (35): 807-817, 1980.
- McClelland, DC et al. "The need for power, stress, immune function, and illness among male prisoners". En: Locke, S. et al. *Op. Cit.*
- Melamed, B; L.J. Siegel. *Behavioral Medicine*. New York:Springer Publishing Co., 1980.
- Mensh, I.N. *Psicología clínica. Ciencia y Profesión*. Buenos Aires: Paidós, 1971.
- Minakuchi., K. et al. "Decreased Generation of Cyclic Ampin Lymphocytes by Beta Adrenergic Stimulation in Heart Failure", En: Locke, et al., *Op. Cit.*
- Montgomery, G. "Multi-Modality Assessment of Motor Dysfunction and Disability in Parkinson's Disease and Other Neuromuscular Disease", *Program Abstracts*, SBM, 1984.
- Morrison, R.; A. Bellack. "Psychological factors and essential Hypertension", *Program Abstracts*, SBM, 1984.
- Munford, PR: *Assessment in Behavioral Medicine: An introductory Manual*. Knoxville, TN.: Society of Behavioral Medicine, 1984.
- Newman, A., Bertelson, A. "Sexual Dysfunction in Diabetic Women", *Program Abstracts*, SBM, 1984.

- O'Leary, Daniel. "Behavior Medicine". *Journal of Applied Behavior Analysis*, (12): 1-155, 1972.
- Patel, C. "Primary prevention of Coronary Heart Disease", En: Surwit, et al. *Behavioral Treatment of Disease*. New York: Plenum Press, 1981.
- Pomerleau, O.; J.P. Brady. "Behavior Modification in Medical Practice" *New England Journal of Medicine*, (78): 49-59, 1979.
- Pomerleau, O.; L. Baker; N. Cooney, et al. "Craving for alcohol: Recent on Psychological and physiological Manifestations", *Program Abstracts*, SBM, 1984.
- Preliminary Scientific Program, International Symposium on Stress and Heart Disease, *International Society and Federation of Cardiology-Council on Cardiac Metabolism*, 1984.
- Program Summary, "Behavioral Medicine and Women's Health Issues", *Society of Behavioral Medicine*, 1984.
- Program Abstracts, "Behavioral Medicine and Women's Health Issues", *Society of Behavioral Medicine*, 1984.
- Rabkins, JG. et al. "Life events, stress and illness", En: Locke, S. et al. *Op. Cit.*
- Rose, M. RM.; CD Jenkins; MW Hurst. "Health Change in Air Traffic Controllers: A Prospective Study; I - Background and description" En: Locke, S. et al. *Op. Cit.*
- Roskies, E. "Type A Intervention: Finding the Disease to Fit the Cure". En: Surwit et al. *Op. Cit.*
- Rowland, J. et al. "Women with Cancer: Psychologic and Immunologic Perspectives", *Program Abstracts*, SBM, 1984.
- Sahakian, W. *Historia y Sistemas de la Psicología*. Madrid: Tecnos, 1982.
- Schwartz, G.; S. Weiss, *Proceedings of the Yale Conference on Behavioral Medicine*, DHEW publication (NIH), 1978.
- "Yale Conference on Behavioral Medicine: A Proposed Definition and Statement of Goals", *J. Behav. Med.*, (1): 3-12, 1978.
- "Behavioral Medicine Revisited: An Amended Definition", *J. Behav. Med.*, (1): 249-251, 1978.

- Schraml, W. *Psicología Clínica*. Barcelona: Herber, 1975.
- Shapiro, D. "Hypertension for the Standpoint of Behavioral", En: *Surwit et al. Op. Cit.*
- Sherwin, B. et al. "The Menopause: Gynecological, Psychological, and Sexual Perspectives", *Program Abstracts, SBM*, 1984.
- Silver, B; E. Blanchard. "Biofeedback and Relaxation training in the treatment of psychophysiological disorders: or are the Machines Really Necessary", *J. Behav. Med.*, (1): 217-239, 1978.
- Skewis, S. et al. "Dysmenrrea: History, Psychology, Assessment, and Harmacological and Behavioral Interventions", *Program Abstracts, SBM*, 1984.
- Skinner, B. F. *Ciencia y Conducta Humana*. Barcelona: Fontanela, 1974.
- Surwit, R.; R. Pilon; C. Fenton. "Behavioral Tratment of Raynaud's Disease", *J. Behav. Med.*, (1): 323-332, 1978.
- Surwit, R.; R. Williams; A. Steptoe; R. Biersner. *Behavioral Treatment of Disease*. New York: Plenum Press, 1981.
- Szasz, T. *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu, 1973.
- Turk, D.; D. Meichenbaum; M. Genest. *Pain and Behavioral Medicine, A Cognitive-behavioral perspective*. New York: The Guilford Press, 1983.
- Ullman, L. P.; L. Krasner, L. *A Psychological approach to abnormal behavior*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1969.
- Wegener, S. "The Arthritic Personality: A Biopsychosocial Alternative. *Program Abstracts*. SBM, 1984.
- Weiss, S. "News and Developments in Behavioral Medicine", *J. Behav. Med.* (5): 465-467, 1982.
- "News and Developments in Behavioral Medicine", *J. Behav. Med.* 1978, (1): 135-140, 1978.
- "News Developments in Behavioral Medicine", *J. Behav. Med.* (2): 103-109. 1979.

Weiss, S. & Schwartz, C. "Behavioral Medicine: The Biobehavioral Perspective", En: Surwit et al. *Op. Cit.*, 1981.

Wolpe, J. *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Madrid: Decleé de Brouwer, 1978.

"Stress Control for Coping and Habit Change", *Program Abstracts*, SBM, 1984.