*Revista de Psicología de la Salud, 1989, Volumen 1, N.º 1, Pág. 5 a 49*

# LA PSICOLOGIA DE LA SALUD EN ESPAÑA

**Abilio Reig Ferrer**
Departamento de Psicología de la Salud
Facultad de Medicina
Universidad de Alicante

## Resumen

Se examinan en este trabajo diversas cuestiones relativas al concepto de salud, problemas de salud y el sistema de salud español que tienen que ver con la aparición de la psicología de la salud en España. En el Estado Español, la psicología de la salud se ha desarrollado rápidamente como la aplicación de la psicología al área de la salud. Revisamos los aspectos históricos, los desarrollos recientes y el estado actual hasta 1987 inclusive, de la psicología de la salud en el Estado Español. Discutimos los modelos de entrenamiento para los futuros psicólogos de la salud; y finalmente sugerimos una serie de propuestas a tener en cuenta para la consolidación y progreso de esta área en nuestro país, presentando en algunos casos los puntos de vista personales del autor.

## Abstract

Spanish health system, health concepts and health problems implicated as affecting the emergence of health psychology in Spain are examined. Health psychology has shown rapid growth in Spain as a vibrant generic psychology applied to health. Historical highligths in the emergence of this area in Spain, recent developments and current status including 1987 are reviewed. Different patterns of training future spanish health psychologists are discussed; finally the present article suggests some proposals which one may expect will be addressed for future progress in health psychology in our country, offering the personal views of the author on several of these issues.

UNIVERSIDAD DE ALICANTE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA DE LA SALUD

---

Este trabajo está dedicado al Profesor J.C. Brengelmann como reconocimiento a su constante y vigorosa labor en la promoción de la psicología de la salud en España

## 1. Sobre el concepto de psicología de la salud

La psicología de la salud es un término que se viene utilizando desde finales de la década de los años setenta para referirse a la actividad de la psicología, como disciplina científica y profesión, en el área de la salud. Por psicología entendemos el estudio científico de la naturaleza y determinantes de la experiencia y comportamiento humano, y la aplicación del conocimiento adquirido de este modo al ejercicio profesional. En esta línea, la psicología de la salud se refiere a cualquier aspecto de la psicología que tenga que ver con la experiencia de la salud y de la enfermedad, así como con el comportamiento que interviene en la determinación del estado de salud (Rodin & Stone, 1987).

La definición más ampliamente aceptada, a la vez que asumida oficialmente por la división de Psicología de la Salud de la Asociación Americana de Psicología, acentúa no sólo la relación entre comportamiento, procesos psicológicos, y estado de salud, sino que también subraya primordialmente la contribución de la psicología al análisis y mejora del sistema y política de salud. Así, se establece que la psicología de la salud es la suma de las aportaciones docentes y de formación, profesionales, y científicas, propias de la disciplina de la psicología, dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la enfermedad, a la identificación de la etiología y diagnóstico de la salud, enfermedad y problemas afines, al análisis y mejora del sistema de cuidados de salud, y a la configuración de políticas sanitarias (Matarazzo, 1982).

Aunque el interés de la psicología, así como el de sus profesionales, por las cuestiones de la salud no es nuevo, no se había producido hasta hace poco tiempo un deseo manifiesto, a la par que reconocimiento, por parte de la comunidad científica internacional por incorporar y aplicar las contribuciones de la psicología en la evaluación y valoración de cualquier aspecto de la salud, o de interés para la salud. La nueva denominación de psicología de la salud posibilita, de este modo, no sólo un marco de trabajo científico y asistencial enormemente enriquecedor sino que acota también una nueva actividad profesional mediante la ampliación del papel del psicólogo y su consideración como profesional de la salud, y no únicamente como profesional de la salud mental.

Una serie de circunstancias, algunas ya expuestas en otros lugares (Reig, 1981; Reig, 1985; Reig, Rodriguez y Mira, 1987), han cimentado directa o tangencialmente el surgimiento y desarrollo de la psicología

de la salud. Así, y por enumerar tan sólo algunas importantes, la consideración de un nuevo concepto de salud, como cuestión de todos y para todos, y de una concepción nueva de sanidad, basada en la Atención Primaria y en la promoción de la salud, en la que se reconoce la importancia de variables biológicas, psicológicas, comportamentales, y sociales en la determinación y explicación de la salud, individual o colectiva, y en la configuración del patrón actual de problemática de salud; la necesidad de una colaboración y acción intersectorial, con participación comunitaria, que integre en los servicios de salud actividades como educación, ocio, calidad ambiental y bienestar social; la consideración de la unidad funcional del individuo, con la paulatina erradicación del prejuicio dicotómico entre lo físico y lo mental (al que añadiríamos, también, lo social), y la progresiva incorporación y atenimiento a un modelo biopsicosocial para conceptualizar, describir, modificar, explicar o predecir los procesos de salud y enfermedad en la línea apuntada por Brody (1973), Engel (1982) o Schwartz (1982); y la consideración específica de que los procesos psicológicos y el comportamiento individual de hacer, de no hacer, de dejar de hacer , e incluso el comportamiento de no dejar hacer, de una parte, mantiene la salud o la potencia, o por el contrario, predispone, desencadena, produce directamente, agrava, o hace recidivar la enfermedad o problemática afín, o la simula o exagera en sus manifestaciones.

Pese a la corta historia formal de este área resulta sorprendente observar actualmente la riqueza, vitalidad y diversificación de sus estudios y aplicaciones. Diversas organizaciones y asociaciones psicológicas, por otra parte, están instando, mientras se escriben estas líneas, a la Organización Mundial de la Salud y a las autoridades sanitarias de sus respectivos países para que posibiliten y faciliten la aplicación de la psicología, y la incorporación de sus profesionales, al área de la salud. Recientemente, como ejemplo de lo afirmado, ha tenido lugar en Roma el I Symposium Europeo sobre psicología de la salud. En este coloquio internacional se han tomado una serie de acuerdos, elevados como propuestas a la O.M.S y que son de interés mencionar aquí:(a) la psicología posee teorías sólidas y métodos poderosos que están siendo aplicados para la solución de problemas de salud; (b) este potencial no ha sido llevado a la práctica en toda su extensión ; (c) los psicólogos y las organizaciones psicológicas de distintos países de Europa están capacitados y dispuestos a contribuir con eficacia en la solución de importantes problemas de salud en sus respectivos países; (d) los psicólogos deberían acometer nuevos esfuerzos a fin de incrementar este potencial, mediante entrenamiento, investigación, y creación de nuevas tecnologías, actividades y encuentros, colaborando

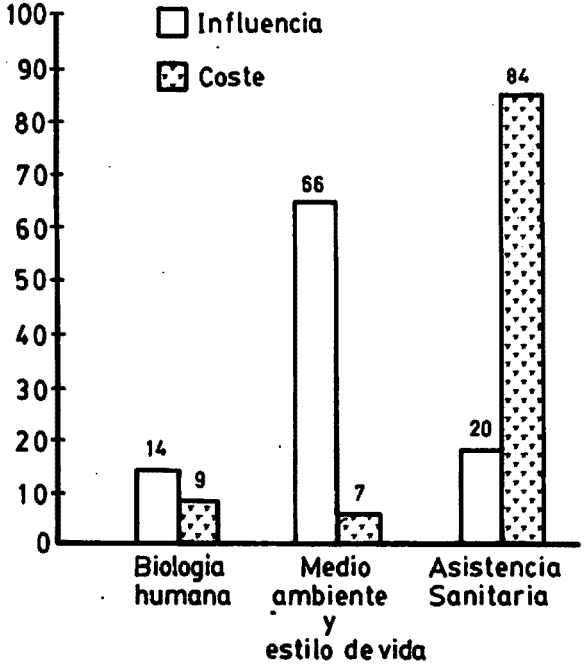
con otros profesionales de la salud; y (e) los psicólogos deberían explorar con los Ministerios nacionales de Salud, así como con otras instituciones, modos de encontrar más apoyo para la aplicación de la psicología en la solución de los problemas de salud (Anónimo, 1987).

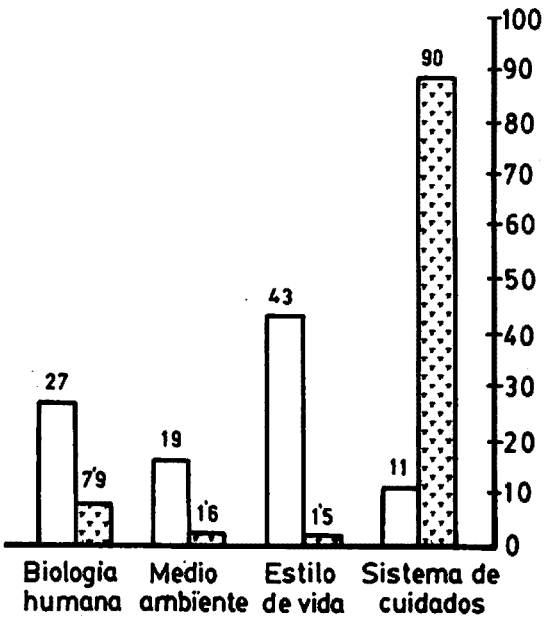
Al igual que está sucediendo en muchos otros países, la psicología de la salud en España está suscitando un creciente interés y una amplia aceptación por parte de los psicólogos, así como un nivel de investigación y de trabajo asistencial, cuantitativa y cualitativamente, cada vez más alto. En este sentido, el objetivo fundamental de este artículo consiste en presentar un panorama general acerca del desarrollo de la psicología de la salud en el Estado Español, así como resaltar algunos aspectos importantes del área de la salud como marco específico de trabajo.

## 2. La salud, el sistema, y la política de salud

En el Estado Español, al igual que en otros países industrializados modernos, la salud depende, en gran medida, de aspectos en los que los servicios de salud no intervienen sistemáticamente y en los que un servicio orientado fundamentalmente al tratamiento es incapaz de abordar. Cada vez se insiste más en que la salud, tanto del individuo como de una comunidad, depende de la intervención de factores biológicos, de los modos o estilos de vida de un individuo o de una comunidad, del sistema de organización de los servicios de salud, y del medio ambiente, y cada vez más son objeto de crítica aquellas políticas sanitarias que asignan una enorme cantidad de recursos a la terapéutica médica y muy pocos a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad. Paulatinamente se va entendiendo la salud como un concepto biopsicosocial que abarca una pluralidad de factores: hereditarios, biológicos, comportamientos, calidad de vida, nivel comunitario de agresión o bienestar social y ecológico, disponibilidad y accesibilidad de atención clínica, ambiente macro/micro-socioeconómico, etc. Hace algo más de una década algunos investigadores comenzaron a estimar la influencia y coste de los determinantes de la salud (véase figura 1). Los trabajos de Lalonde o Dever revelaron que mientras la asistencia sanitaria o el sistema de cuidados de la salud podía influir en la determinación del estado de salud entre un 11% a un 20%, sin embargo, acaparaba entre el 84% y el 90% del coste. Como determinante más importante de la salud aparecía el estilo de vida con una supuesta influencia del 43%, y paradójicamente su coste asociado se calculó en un 1.5% (Lalonde, 1974; Dever, 1976). Expre-

Figura 1 Influencia y coste de los determinantes de la salud.




Fuente : Lalonde, (1974) Dever, (1976)

sado en término de mortalidad se ha llegado a afirmar, como se presenta en la tabla 1, que el estilo de vida explicaría el 51% de las 10 principales causas de mortalidad, el 20% se podría atribuir a factores biológicos, el 19% al medio ambiente, y el 10% se debería al sistema de salud (Weiss, 1985).

Este panorama responde al patrón actual de enfermedades predominantemente no infecciosas (cardiovasculares, tumores neoplásicos, accidentes) en los que el estilo de vida parece desempeñar un papel destacado. En este sentido se podría afirmar que las principales causas de la morbilidad y mortalidad de los países desarrollados se deben no tanto a lo que la gente "tiene" sino a los que la gente *hace o deja de hacer*, comportamientos de riesgo en gran parte conscientes y autoimpuestos. En otras palabras, aprendemos a elegir estar sanos o a enfermar. Nuestra salud y enfermedad se encontrarían determinados, básicamente, por nuestro modo de vida, por nuestros patrones particulares de comer, beber, trabajar, descansar, relajarse, hacer ejercicio, asumir determinados riesgos, y otros comportamientos parecidos; comportamientos, por lo demás, que son el resultado de experiencias, directas o vicarias, adquiridas a lo largo del tiempo en diversos contextos, e influenciados por los medios de información, comunidad en donde se vive, cultura, estatus socioeconómico y características familiares. Por ello tampoco podemos, calvinísticamente, hacer recaer sobre el indivíduo la responsabilidad absoluta de su falta de salud como asunto de elección exclusivamente individual, puesto que muchas veces la pérdida de la salud aparece como resultado del estilo de vida de la comunidad a la que se pertenece. La salud es, indiscutiblemente, responsabilidad del gobierno local, autonómico y, en último término, del central, de su política sanitaria, o de su voluntad política por los temas de salud, de las autoridades y profesionales de la salud, del indivíduo, y de variables estructurales de la sociedad en conjunto. Demasiadas veces, no obstante, se suele interpretar en los medios gubernamentales el término "salud" escoradamente como la prestación sistemática de servicios de salud. Quizás porque en nuestro país la sanidad ha estado organizada en la misma línea en la que solemos estimar nuestra salud: se piensa en ella y se convierte en valor prioritario frente a otros valores, únicamente cuando se pierde, notamos que se pierde, o como acertadamente un autor señalaba hace algún tiempo, lo que importa en el sistema sanitario español "no es la salud sino la enfermedad, y la enfermedad del enfermo sólo en cuanto puede ser esta tratada, es decir, atacada, con los poderosos medios con que cuentan las industrias médicas y farmacológicas" (Campos, 1978, 123).

En 1989 se celebrará con toda probabilidad el Día Mundial de la Salud con el lema "Salud para todos, todos para la salud". Este título

Tabla 1 : INFLUENCIA ESTIMADA EN PORCENTAJES DE CUATRO GRUPOS DE FACTORES AL COMIENZO Y DURANTE EL TRANSCURSO DE ALGUNOS PROBLEMAS DE SALUD GRAVES.

| | ESTILO DE VIDA | INFLUENCIAS AMBIENTALES | FACTORES BIOLOGICOS | SERVICIOS DE CUIDADOS DE SALUD |
|---|---|---|---|---|
| EMFERMEDAD CORONARIA | 54% | 9% | 25% | 12% |
| TUMORES MALIGNOS | 37% | 24% | 29% | 10% |
| APOPLEJIA | 50% | 22% | 21% | 7% |
| ACCIDENTES (NO DE MOTOR) | 51% | 31% | 4% | 14% |
| ACCIDENTES VEHICULOS MOTOR | 69% | 18% | 1% | 12% |
| DIABETES | 34% | 0% | 60% | 6% |
| ... | | ... | | |
| CONTRIBUCION MEDIA (10 causas mort.) | 51% | 19% | 20% | 10% |

dartañaniano viene a reconocer que proteger, promocionar y restablecer la salud es una responsabilidad de todos, tanto de los indivíduos particulares a través de la elección y asunción de sus estilos de vida, como de otras parcelas que tienen que ver con la salud de la población y con la salud de los que vendrán, y que depende, en gran medida, de los gobiernos, de sus políticas de salud y de la asignación y distribución de recursos. Hay que asumir, por lo tanto, en psicología de la salud que las alteraciones que puede sufrir el medio ambiente, la disponibilidad de agua y aire puro, o de depósitos seguros para los resíduos radioactivos, la desatención o negligencia de las industrias de alimentación, la calidad de los servicios de salud de un país, etc., interactúan conjuntamente con los comportamientos y elecciones individuales en la determinación del estado de salud de una comunidad, o de un indivíduo concreto.

## 2.1. El concepto de salud en Psicología de la Salud

Como concepto, la salud es un término complejo y relativo, difícil de definir y complicado de operacionalizar y de evaluar. Tanto es así que en los manuales existentes de psicología de la salud no es frecuente tratar este tema mongráficamente, siendo, asimismo, poco usual discutir qué se entiende por salud en psicología de la salud, o cómo medir los estados de salud. En la tabla 2 presento algunas de las definiciones más utilizadas del concepto de salud así como otras más recientes que considero importantes para dar una respuesta a la denominación de este epígrafe.

Durante la primera mitad de este siglo, y arropado por el modelo médico de enfermedad, predomina un concepto de salud como sinónimo de ausencia de enfermedad. Se tiene salud cuando ésta no se nota, cuando no se percibe su falta. De hecho, el sistema sanitario se ha organizado bajo el mismo pricipio, en donde lo importante es la falta de salud, la enfermedad, a la que se trata. A la salud,como valor dentro de nuestro sistema de valores, le sucede lo mismo que al "valor" en el servicio militar español : se supone.

Quizás debido a las considerables reducciones en las principales tasas de mortalidad de comienzo de este siglo (enfermedades infecciosas, con factores nutricionales y ambientales, asociados a la pobreza y a la clase social) atribuidas más a cambios socioeconómicos, educativos, y ambientales que a la atención médica ( según ha señalado McKeown, 1980), a los avances en medicina y psicología, al impacto euforicogénico de la terminación de la II Guerra Mundial, y a un nuevo "Zeitgeist" auspiciador de un Mundo Unico, la Organización Mundial de la Salud, en su constitución en 1946, y basándose en la definición

Tabla 2: ALGUNAS DEFINICIONES DE SALUD

| Definición | Fuente |
|---|---|
| Estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones | Dorland, 1979, (orig. 1900, 1965) Diccionario de la Lengua Española |
| La salud que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad, es un derecho humano fundamental, y el logro del nivel más alto posible de salud es una meta social de la máxima importancia a nivel mundial, requiriendo su realización la actuación no sólo del sector sanitario sino de otros muchos sectores sociales y económicos | OMS, Declaración de Alma Ata, 1978 |
| Health is a state of complete physical mental, and social well-being and is not merely the absence of disease or infirmity | World Health Organization (WHO) 1946 |
| Health is... not simply the absence of disease: it is somerthing positive, a joyful attitude toward life, and a cheerful acceptance of the responsabilities that life puts upon the individual | Siegrist, 1941 |
| Health does not mean perfect well-being, which is generally not possible for adults. Health is optimal adjusment to the internal, external, and psycho-social enviroment. | Greene, 1987 |
| Manera de vivir, autónoma, solidaria, y gozosa | X Congrés de Metges i Biólegs de Llengua Catalana, sept. 1976. Perpignan |
| Health...as the personal capacity to pursure one's goals unhampered by malfunctions of mind or body | Stone *et al.* 1987 |
| Health is a state characterized by anatomic integrity, ability to perform personally valued family, work, and community roles; ability to deal with physical, biologic, and social stress; feeling of well-being; and freedom from the risk of disease and untimely death | Stokes III J. Noren, y Shindell, 1982 citados en (Last, 1987) |
| Health must be defined and measured in terms of adaptative capacity toward environmental circumstances and hazards. When adaptabilitys fails, is ill. | Sargent (1972) citado en Jarvis (1985) |

de Henry Siegrist, propuso una definición de la salud en términos positivos como "un estado de bienestar físico, mental y social completos, y no solamente la ausencia de enfermedad y de invalidez".

Esta manida y tópica definición de salud como estado ideal o perfecto parece, no obstante, un "slogan" utópico que ha depertado una enorme controversia. Así , por ejemplo, se ha criticado la consideración de la salud como un "estado", o que suponga siempre bienestar o ausencia de enfermedad. La definición de la OMS se parece más a una definición de felicidad que de salud.

En la tabla anterior aparecen otras definiciones que acentúan otras dimensiones del concepto, tales como la capacidad personal para realizar los objetivos autopropuestos (Stone *et al.*1987), el ajuste biopsicosocial dentro del contexto en que uno vive (Greene, 1987; Last, 1987),la capacidad adaptativa (Sargent, 1972), o la exquisita definición de salud propuesta por la sociedad de médicos y biólogos de lengua catalana como "manera de vivir autónoma, solidaria y gozosa". No parece que sea aquí el lugar idóneo para una discusión detallada de estas definiciones, por lo que remito al lector interesado a diversos trabajos que analizan con más detalle esta cuestión ( Stone, 1979; Durán, 1983; Jarvis, 1985; Suter, 1986; Last, 1987).

Probablemente el corolario más importante para la psicología de la salud de estas definiciones sea el de considerar la salud como un recurso positivo para la vida cotidiana, basado en el control de la homeostasis fisiológica, la capacidad funcional, y la competencia comportamental y psicosocial. La salud, en este sentido, sólo podrá ser definida en una relación individuo-entorno dentro de un modelo biopsicosocial y según el nivel óptimo particular de cada uno.

Pero debido precisamente a la enorme dificultad en llegar a una definición de salud que sea compartida y aceptada ampliamente, los investigadores suelen recurrir a menudo a conceptos indirectos de salud, más fáciles de operacionalizar y de evaluar: indicadores de salud, servicios de salud, sistema de salud, política de salud, o estados de salud. De este modo podemos estar más o menos de acuerdo sobre lo que es el "estado de salud" de un individuo, pero sin duda es más fácil llegar a un acuerdo acerca de si una actividad determinada puede utilizarse para mejorar o potenciar el estado de salud de un individuo o de una comunidad. En esta línea se están realizando esfuerzos notables en la evaluación del estado de salud, de las prestaciones médicas e intervenciones clínicas, o de la calidad de vida de determinados grupos de pacientes (Hunt, McEwen & McKenna, 1986; Berquer & Rothman, 1987; Lohr & Ware, 1987; Katz, 1987).

## 2.2. El sistema sanitario español y la política de salud como marco básico para una psicología de la salud

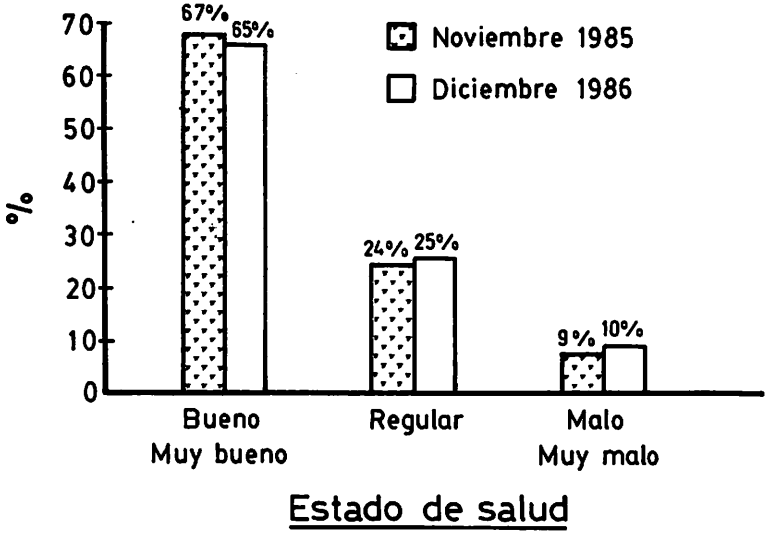
El sistema de salud español está representado por un sector sanitario público que cubre a una gran parte de la población . Este sistema ha sido frecuentemente criticado por su falta de planificación y por su funcionamiento deficiente, desorganizado, desequilibrado y confuso (Dominguez-Alcón, Rodriguez & De Miguel, 1983; De Miguel & Guillen, 1987; De Miguel, Porta & Rodriguez, 1987). Sin embargo, paradójicamente, nuestro sistema sanitario ha coexistido con unos niveles de salud de la población relativamente altos, lo que, como han señalado los sociólogos de la salud, parece confirmar la hipótesis de que los niveles de salud de una población dependen de otras variables estructurales cuando se logra un determinado desarrollo sanitario (Heggenhougen & Shore, 1986; De Miguel, 1986). Nuestro país, a este respecto, presenta un nivel global de salud bastante alto, superior incluso al de otros países occidentales más desarrollados industrialmente (OCDE, 1985). Utilizando como dato adicional a los proporcionados por la O.C.D.E el consumo de medicamentos encontramos que pese al elevado índice de consumo de productos farmacéuticos, este consumo no suele ser tan alto como en otros países europeos en la mayoría de los grupos de medicamentos comparados (a excepción de los antibióticos y agentes quimioterapéuticos) (Laporte, Porta, Capellá & Arnau, 1984). Otro dato paralelo que podemos adjuntar a los indicadores de salud favorables del Estado Español es el relativo a la autovaloración del estado de salud por los españoles (véase figura 2).

De la Encuesta Nacional de Salud Española, todavía sin publicar, se desprende que el 66% de los españoles considera su estado de salud durante los últimos 12 meses como bueno o muy bueno, el 24.5% como regular, y el 9.5% restante como malo o muy malo (Gonzalez, Coll, Blanco & Regidor, 1987). Sin embargo, según los datos de la Encuesta de Población Activa (EPA) correspondientes al cuarto trimestre de 1987 dados a conocer por el Instituto Nacional de Estadística (INE) el número de parados en España al terminar 1987 ascendía a 2.903.900 personas, lo que supone una tasa del 20.03%, la más alta de los países de la Comunidad Económica Europea. Aunque sea a vuelapluma permítaseme presentar algunos datos oficiales sobre nuestros indicadores de salud y algunos resultados recientes sobre comportamientos de salud.

Normalmente se recurre a las tasas de morbilidad y de mortalidad como indicadores del estado de salud de una nación. Los datos oficiales españoles más recientes, disponibles a nivel estatal sobre mortalidad corresponden al año 1979. El total de defunciones para una pobla-

Figura 2

Resultados globales de la Encuesta Nacional de Salud Española en cuanto a autovaloración del estado de Salud.




Fuente : Encuesta Nacional de Salud, 1987

Tabla 3 : Tasas de mortalidad por 100.000 personas en España por las siguientes causas.

| | Estado Español 1979* | | | | Cataluña 1985** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Causas | Hombres | Mujeres | Total | Mortalidad proporcional | Hombres | Mujeres | Total |
| 1.Cardiocirculatorias | 348.7 | 373.3 | 361.2 | 46.1% | 311.18 | 375.36 | 343.87 |
| 2.Tumores malignos | 182.0 | 126.0 | 153.7 | 19.6% | 229.93 | 154.42 | 191.48 |
| 3.Respiratorias | 78.4 | 56.3 | 67.4 | 8.6% | 79.01 | 44.90 | 61.64 |
| 4.Causas externas/ accidentes | 62.4 | 24.8 | 43.2 | 5.5 | 52.04 | 24.13 | 37.83 |
| 5.Digestivas | 54,4 | 31.5 | 42.7 | 5.4 | 57.26 | 39.32 | 48.12 |
| 6.Endocrinas, nutrición metabólicas, inmunidad | 15.1 | 25.7 | 20.5 | 2.6 | 18.44 | 32.15 | 25.42 |
| 7.Infecciosas y parasitarias | 17.0 | 11.4 | 14.2 | 1.8 | 7.55 | 5.18 | 6.43 |
| 8.Genitourinarias | 16.9 | 11.8 | 14.3 | 1.8 | 17.70 | 16.21 | 16.94 |
| 9.Congénitas | 8.1 | 6.8 | 7.4 | 0.9 | 4.57 | 3.85 | 4.20 |
| Resto causas | 56.5 | 70.4 | 61.2 | 7.81 | - | - | - |
| Total causas | 841.16 | 727.2 | 783.3 | 100% | | | |

* Fuente: WHO Statistics (1983)(octava revisión de ICE) INE (1983)

** Fuente: Anàlisis de la Mortalitat a Catalunya (1987)

ción de 37.101.376 habitantes fue en 1979 de 291.213, lo que representa una tasa bruta de mortalidad de 783.3 por 100.000, o de 7.8 por 1000 habitantes. En el Estado Español, como se puede ver en la tabla 3, las cinco causas principales de muerte corresponden a enfermedades del aparato circulatorio (46.1%), a tumores malignos (19.6%), a enfermedades del aparato respiratorio (8.6%), a causas externas/accidentes (5.5%), y a enfermedades del aparato digestivo (5.4%). Cataluña, que suele presentar puntualmente los datos más actualizados de todas las comunidades autónomas, mostraba en 1985 un perfil similar (Generalitat de Catalunya, 1987). Podemos decir, de manera global, que en los menores de 14 años la causa de muerte más frecuente son los accidentes; entre los 15 y 64 años los tumores malignos producen la tasa de mortalidad más alta, muriéndose, a partir de los 65 años fundamentalmente por enfermedades cardiovasculares.

Por otra parte, los datos sobre morbilidad hospitalaria proporcionados por el INE y correspondientes a los ingresos hospitalarios en 1984 muestran un elevado número de días de estancia debido a la problemática psicopatológica (Tabla 4).

Tabla 4 : Morbilidad hospitalaria en España. Ingresos hospitalarios en 1984

| Diagnóstico principal | número de pacientes | dias de estancia |
|---|---|---|
| Reproducción (mujeres) | 574.677 | 2.532.536 |
| Aparato digestivo | 381.793 | 4.310.480 |
| Lesiones externas | 303.713 | 3.329.896 |
| Aparato respiratorio | 276.635 | 2.655.039 |
| Aparato circulatorio | 253.079 | 3.766.982 |
| Tumores | 221.771 | 3.293.046 |
| Enfermedades infecc. | 87.960 | 1.813.562 |
| Problemas mentales | 83.164 | 13.049.850 |
| Perinatal | 75.639 | 1.383.331 |
| Otros | 703.867 | 9.341.891 |
| Total casos definidos | 3.002.187 | 45.476.613 |
| Casos mal definidos | 488.210 | 4.869.503 |
| Total | 3.490.395 | 50.346.116 |

Fuente: INE (1986)

La esperanza de vida al nacer era en 1979 de 70.2 años; en 1980

era, para los varones de 71.5 años, y de 78 para las mujeres, y al año siguiente se incrementaba: para los varones de 72.6 años y para las mujeres de 78.8 años (OCDE, 1985; WHO, 1987). En la misma línea, la tasa de mortalidad infantil era en 1979 de 13.02 por 1000 nacidos vivos, disminuyendo al 11.1 en 1980. Estos indicadores, además de los que reseñamos en la tabla 5 vienen a respaldar la idea de que, el nivel de salud de la población española es relativamente alto si se compara incluso con países como la República Federal de Alemania, Gran Bretaña, o Italia (para una información más completa véase De Miguel & Castro, 1987).

No obstante, otras variables sanitarias y estructurales no tal halagüeñas son de interés mencionar aquí. Además de la tasa de desempleo superior al 20% de la población activa, un informe de Cáritas señala que más de 8.000.000 de personas se encuentran en un estado socioeconómico de pobreza. Al finalizar 1986, el 12,2% de la población española (es decir, 4.759.348) tenían 65 o más años, estimándose un porcentaje del 15,1 para el año 2001; en una encuesta sobre los principales problemas en estas edades, aparecían como más importantes los económicos, la salud, la soledad y el rechazo familiar, señalándose en este informe el poco interés por mejorar esta problemática (Estudio sociológico, Libro blanco, 1986). Un reciente estudio sobre patología iatrogénica en una serie de 288 autopsias clínicas practicadas entre 1979 y 1985 ha encontrado la presencia de signos de iatrogenia en el 47% de la autopsias, siendo esta patología iatrogénica la causa de muerte del 12% del total de las autopsias (Uroz, Trias, Bernat y Fernandez-Nogués, 1988)

Si los profesionales de la salud, y los médicos en particular, son el colectivo social con mayor capacidad de incidir positiva o negativamente sobre la prevalencia del comportamiento de fumar en una comunidad (Salleras, 1988), una investigación ha revelado en una encuesta de 6.048 médicos a nivel de Estado Español que el 49,2% son fumadores habituales y el 22,9% ex-fumadores, siendo el grupo de mujeres significativamente más fumador que el de varones, 52,5% frente a 48,5% (Sanchez Agudo *et al.*, 1988). En otra investigación sobre el cosumo de tabaco en la población laboral de Asepeyo España de 81.430 sujetos sanos entre 16 y 65 años de edad se ha encontrado que en 1986 fumaba el 59,67% de los varones, y el 47,30% de las mujeres, siendo la prevalencia de los ex-fumadores del 14,10% y del 6,5% respectivamente (Portis, Tió y Baselga, 1988). Según los técnicos del Plan Nacional sobre Drogas, existen en España entre 1.900.000 a 2.300.000 consumidores habituales de alcohol; de 60.000 a 80.000 de cocaína; de 80.000 a 125.000 de heroína; de 350.000 a 500.000 de anfetaminas;

Tabla 5: Algunos Indicadores Sanitarios en el Estado Español

| Esperanza de vida (en años) al nacer (año 1981) | 78'8 (M) | 72'6 (H) |
|---|---|---|
| Mortalidad perinatal..... (Tasa x $10^5$) | 15.7 | (1978) |
| Mortalidad infantil..... | 13.02 | (1979) |
| (Tasa x $10^5$) | 11.1 | (1980) |
| Mortalidad neonatal..... | 10.5 | (1978) |
| Mortalidad postneonatal..... | 4.72 | (1978) |
| Presupuestos del Insalud (1987) | 1.22 billones de ptas. | |
| Características de los hospitales: | | |
| Nº hospitales..... | 1.050 | |
| Nº camas..... | 206.567 | |
| Camas x 10.000 habitantes.... | 49.9 | |
| Tamaño medio de los hospitales (camas/hospital)..... | 197 | |
| Personal por cama..... | 1.52 | |
| Ocupación de los hospitales.. | 73% | |
| % habitantes ingresados/año.. | 9.1% | |
| Promedio de estancias por paciente ingresado (en días).. | 14.6 | |
| Necropsias por 100 fallecidos | 8.7% | |
| Intervenciones quirúrgicas por quirófano al día..... | 1.5% | |
| Partos por sala de partos al día..... | 1.4% | |
| % de la renta nacional para el gasto sanitario..... | 6.3% | |

Fuentes: INE (1982) OCDE, (1985) De Miguel & Castro (1987) WHO (1987)

de 18.000 a 21.000 de inhalantes, y de 1.200.000 a 1.800.000 de cannabis (Plan Nacional sobre Drogas, 1985). Otros datos sobre comportamientos relacionados con la salud, proporcionados por la reciente Encuesta Nacional de Salud, pueden verse en la tabla 6. Otros trabajos nos muestran la evolución de los patrones alimentarios en nuestro país, en donde se consume, cada vez más, dietas excesivamente ricas en caloría, en grasas saturadas e hidratos de carbono, pese a

Tabla 6: Resultados globales aportados por la Encuesta Nacional de Salud relativos a estilos de comportamiento

| | Diciembre de 1986<br>N= 11.338 entrevistas |
|---|---|
| *Tabaco:* | |
| Fumador | 38% |
| Ex-fumador | 14% |
| No fumador | 48% |
| *Alcohol:* | |
| Ingerido algunas bebidas alcoholicas en las últimas 2 semanas | 55% |
| Bebedores frecuentes(mínimo dos vasos diarios) | |
| -De vino | 22% |
| -De cerveza | 14% |
| *Dieta:* seguimiento de una dieta | 20% |
| *Consulta al dentista:* (última visita) | |
| -en los últimos 3 meses | 13% |
| -en los últimos 2 años | 24% |
| -hace más de 2 años | 49% |
| *Actividad habitual* | |
| -De pie la mayor parte de la jornada | 56% |
| -Sentado la mayor parte de la jornada | 35% |
| -Caminando con desplazamientos frecuentes | 7% |
| -Trabajo pesado con gran esfuerzo físico | 2% |
| *Actividad de ocio o tiempo libre* | |
| -Inactivo (leer, TV...) | 73% |
| -Actividad física o deporticva (caminar pasear en bicicleta, gimnasia suave...) | 23% |
| -Práctica de algún deporte | 3% |
| -Deporte de competición o entrenamiento físico duro | 1% |

Fuente: Gonzalez, Coll, Biano & Regidos (1987)

nuestras necesidades calóricas cada vez menores, con un estilo de vida cada vez más sedentario , y un menor consumo de fibra vegetal (Villalbí y Maldonado, 1988). Nuestro país ha alcanzado ya la cifra de 20 fallecimientos por 100.000 habitantes por causa de los accidentes de tráfico , con casi 5000 muertes al año y cerca de 130.000 heridos, de los que el 28% son graves. Más de 3000 camas de nuestro Sistema Nacional de Salud se encuentran permanentemente ocupadas por enfermos con patologías resultantes de accidentes de tráfico, lo que traducido a costes hospitalarios puede equivaler a más de 20.000 millones de pesetas anuales, a los que habría que añadir los gastos de transporte, rehabilitación y atención ambulatoria. El factor humano, es decir, nuestro comportamiento, parece ser el responsable del 65 al 75% de los casos de accidentalidad. Estos datos cobran una fuerza extraordinaria si se tiene en cuenta que los accidentes suponen el 30% de años potenciales de vida perdidos en los países desarrollados (Conde, 1987). España ocupa, con un total de 1126 enfermos con SIDA a 31 de marzo de 1988, el séptimo lugar entre los doce países de la Comunidad Europea, pero registra, despues de Francia, el mayor aumento de casos nuevos; dos características significativas de este problema de salud son, de una parte, el elevado porcentaje de casos pediátricos, y, de otra, que más de la mitad de todos los casos se asocie al comportamiento toxicómano por vía intravenosa (Cembrero, 1988). Finalmente, y por poner un último ejemplo más, una enfermedad epidémica, denominada síndrome del aceite tóxico, apareció en nuestro país en mayo de 1981. Desde entonces alrededor de 500 personas han muerto, unas 25.000 han estado afectadas y más de 1000 víctimas se encuentran incapacitadas permanentemente (Anónimo, 1988). No escapará al lector, a la vista de estas breves notas, la asociación de parte de esta problemática con variables estructurales de desigualdad social; desigualdades sociales por lo demás que según Mª Angeles Durán, tienen su sello más evidente en el Estado Español en el acceso diferencial a la salud y a su cuidado. Su estudio muestra la aparición de importantes desigualdades en: (1) el conocimiento y actitudes relativas a la salud y su cuidado; (2) el acceso a las bases de la salud (alimentación, vivienda, trabajo, educación, estilo de vida) y en el riesgo de enfermar; (3) en el grado de cobertura en el acceso a los servicios médicos; (4) en el cuidado no institucional de la salud; (5) en la eficacia en la utilización del sistema sanitario; (6) en el nivel de salud, autopercibida y examinada; (7) en el tratamiento ante una misma enfermedad, y (8) en la expectativa de vida y tasas específicas de mortalidad (Durán, 1983). Otras investigaciones testifican importantes desigualdades sanitarias estructurales en la población española en relación al sexo, edad, clase social, estrato rural/urbano, y regiones o na-

cionalidades, desigualdades estas que no dependen de los recursos sanitarios disponibles (hospitalización, visitas al médico, etc.) Sólo un ejemplo: según la Encuesta de Salud de Barcelona, cuanto más elevada es la clase social menor es el consumo de tabaco y de alcohol, pero sólo en el caso de los varones, ya que, en la mujeres, la relación era inversa: a clase social más alta, mayor es el consumo de tabaco y alcohol (Antó, *et al.*, 1984). De lo que se trataría ahora no es, por lo tanto, el incrementar el nivel global bastante positivo que indican las estadísticas con un mayor gasto sanitario, sino mejorar la estructura de desigualdades y de pobreza de determinados recursos sanitarios (y en particular, número de camas y una buena atención primaria) mediante la reorganización y distribución racional de los recursos existentes (Alonso Hinojal, 1977; De Miguel, 1985, 1986; De Miguel & Guillén, 1987).

De lo dicho hasta aquí podemos entresacar otra consecuencia para la psicología de la salud: la psicología de la salud deberá comprometerse en la defensa, el análisis, y cambio de las estructuras de la realidad social, de su matriz sociopolítica, que promocionen la salud y la igualdad social, no circunscribiéndose únicamente a su análisis dentro del marco del sistema de la salud.

Si el sistema sanitario español empieza a ser criticado a mediados de la década de los 70 por no ser capaz de dar una respuesta satisfactoria al principio de equidad en el acceso y utilización de los recursos asistenciales (pese a los progresos tecnológicos y al incremento de gastos), así como por el escaso impacto en la mejoría del estado de salud de la población, con el advenimiento de la democracia política a partir de 1975, y con la promulgación de la Constitución española de 1978, la salud pasa a ser considerada como un derecho humano básico. Diversos artículos de nuestra Constitución se refieren directa o indirectamente a la salud:15, 40.1, 40.2, 43.1, 43.3, 49, 50 y 51.

Una de las prioridades de la democracia española fue, sin duda, la reforma del sistema y política de salud. La aprobación de la Ley General de Sanidad (B.O.E., 1986) supone probablemente la primera gran reforma en la historia del sistema sanitario español. Su objetivo básico es doble: por una parte, elevar el nivel de salud de los españoles, y, por otra, disminuir las desigualdades sanitarias y sociales.

La directriz de esta reforma consiste en la creación de un Sistema Nacional de Salud concebido como el conjunto de los servicios de salud de la administración del Estado y de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados. Entre sus características fundamentales podemos destacar la organización adecuada para prestar una *atención integral* a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilita-

ción, y la prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados. El papel del psicólogo de la salud en esta atención integral y en la valoración de la calidad resulta indiscutible.

La política de salud española parece empezar a enfrentarse ante el hecho de que la demanda potencial de asistencia sanitaria no tiene límite, y que la mejor relación costo-beneficio corresponde a la prevención comparada con la terapéutica. El artículo seis de los principios generales de la LGS incide en esta política: Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas: (1) a la promoción de la salud; (2) a promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población; (3) a garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas, (4) a garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de salud, (5) a promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente (LGS, B.O.E., nº 102, 1986, pág. 15209).

Esta política de salud auspicia la idea de que la psicología de la salud, como ha señalado Rodríguez (1987), constituye una especialidad psicológica implícitamente exigida para el correcto desarrollo de la Ley de Sanidad.

El marco queda, a la vista de lo escrito hasta aquí, esbozado con bastante claridad. Veamos, a continuación, unas notas acerca del desarrollo paralelo de la psicología de la salud en nuestro país.

## 3. Una aproximación a la historia y desarrollo de la psicología de la salud en España

La historia de la psicología de la salud en nuestro país se encuentra profundamente marcada por el desarrollo de la psicología científica. La psicología científica en España ha sido descrita por Yela (1976) como un "Guadiana que hoy surge y mañana desaparece para renacer después, en un curso irregular, discontínuo e intermitente".Algo similar se podría aplicar al desarrollo de la psicología de la salud en nuestro país. En esta evolución podemos delimitar, con claridad, al menos tres grandes periodos perfectamente definidos. El primer periodo abarcaría el desarrollo de la psicología hasta la guerra civil española de 1936-39. El segundo, desde 1940 hasta 1975, y el tercero, entre 1975 y 1986. Un último periodo,el actual, a partir de 1987 representaría el punto de partida de una psicología de la salud española. Veamos algo más detenidamente la justificación de estos bloques.

**Primer periodo: hasta la Guerra Civil Española (1936-39).**

Se ha insitido muchas veces en la importantísima contribución española a la psicología universal de obras como "De Anima et Vita" del valenciano Luis Vives o el "Examen de Ingenios" del navarro Huarte de San Juan. Sin embargo de acuerdo con la nota de intermitencia que señalaba Yela, estos trabajos no comportaron una línea de estudio psicológico regular y continuado. Hay que esperar hasta finales del siglo XIX para que en nuestro pais, y de la mano, entre otros, de Francisco Giner de los Rios, Julián Sanz del Rio, y Luis Simarro la Cabra, se produzca una apertura hacia las corrientes filosóficas y psicológicas europeas. Durante este tiempo encontramos una psicología filosófica que es reflejo fiel del pensamiento francés y del grupo krausista, pero con poco rigor cientffico. Dice Carpintero (1980, pág.45) al respecto:"En España, de la mano del krausismo, entraba la visión evolutiva del universo, el darwinismo, el interés por la psicología concebida como una esencial psicofísica: como un conocimiento acerca de un alma que existe en constante comercio con el cuerpo".

Pese a esta línea todavía poco cautivada por una metodología cientffica, comienza a bosquejarse el rol del psicólogo en el ambito de la orientación y selección profesional, apareciendo un gran interés en la aplicación de tests al marco escolar (Pelechano, 1988).

De este grupo krausista, Simarro ha sido considerado como "el jalón inicial de nuestra psicología científica experimental" (Carpintero,1980,pág.46). De hecho, creó lo que se ha considerado como el primer laboratorio de psicología experimental, dentro del marco de la Institución Libre de Enseñanza, y ocupó la primera cátedra (probablemente también a nivel mundial) de Psicología Experimental en la Facultad de Ciencias de la Universidad de Madrid en 1902. Otros nombres de interés a destacar durante esta época son Turró, Mira, Viqueira, Lafora, o Germain, que se dedicarían a abonar el árido campo psicológico español.

Merece destacarse, durante este tiempo, el trabajo sobre aprendizaje de respuestas especfficas de Ramón Turró (1854-1926), defensor de la aplicación de la metodología experimental a las ciencias biológicas y admirador de Pavlov, de quien dió a conocer en nuestro pais su trabajo sobre reflejos condicionados ya en el año 1903 (Bayés,1983; Cruz,1984).

Otro buen ejemplo de esta época, algo más olvidado que el anterior, es Gonzalo R. Lafora. En su libro "Los niños mentalmente anormales" escrito en 1917 reconoce que los factores extrínsecos o del ambiente tales como la mala educación, la miseria,los malos ejemplos, el abandono y las intoxicaciones (alcohol,etc.), son (además de otros fac-

tores hereditarios, familiares y genéticos) causas de retraso mental y de lo que denomina deficiencia moral. Insiste en que la educación moral del anormal debe basarse sobre el **ejemplo** (aprendizaje observacional) y sobre la **ocupación** (terapia ocupacional), ya que en sus propias palabras,"la moral abstracta y catequista es en ellos completamente inútil". Personalmente me atrevo a considerar a Lafora como el primer autor que utiliza la denominación **"modificación de conducta"** en un contexto técnico psicológico cuando escribe acerca de los individuos antisociales y del uso del castigo:

> "En los dismorales por causas externas o mesológicas cuando el apartamiento del niño del medio en que ha vivido se hace prematuramente (en las casas de corrección de niños delincuentes y vagabundos), produce pronto la modificación de la conducta del escolar. En España se han creado numerosas casas de corrección en las capitales de provincia, pero las personas a quien han sido encomendadas carecían de la preparación técnica psicológica"(Lafora,1917,1933,pág.439).

De especial interés para la psicología conductual española es cuando trata acerca de los premios y castigos, líneas que, como reconocimiento, copio textualmente:

> "...el gran mérito del buen maestro de anormales consiste en saber cuando no ver ni oir, con lo cual conservará su propio prestigio ante los alumnos y la afección y cariño de éstos. Sólo, pues, en los casos imprescindibles, en que el abandono de la autoridad por parte del maestro pueda ser perjudicial para los alumnos, se recurrirá al castigo"(pág.550)

Y más adelante:

> "Hay, pues, un verdadero arte de castigar,que el maestro debe poseer para modificar los caracteres de los anormales.Las reglas de éste pueden resumirse así: 1ª. El castigo debe seguir inmediatamente a la falta. 2ª. Debe ser proporcionado a la edad del niño, a su temperamento y a su sensibilidad; y 3ª debe ser seguro, es decir, ejecutado sin vacilaciones" (pág.552).

Otro interesante y último trabajo que podemos resaltar en este periodo se debe a Emilio Mira y López. Desde su exilio en Londres (julio de 1939) publica la primera edición de su libro "Problemas Psicológicos Actuales" en el que el primer capítulo lo dedica a un **"Ensayo Psicológico acerca del Dolor"** (véase,Mira,1970,pp.15-35). El trabajo de Mira, como ha señalado Miralles (1980), se desarrolló en el campo psiquiátrico y en el psicotécnico, elaborando instrumentos de evaluación de la personalidad y trabajando en psiconeurosis. Mira,por otra parte, fue el primer profesor de psiquiatría de España al obtener la Cátedra de esta especialidad en la Universidad Autónoma de Barcelona en 1933.

La Guerra Civil Española, como ya han señalado tantos autores

La Guerra Civil Española, como ya han señalado tantos autores (Peiró & Carpintero, 1981; Bayés, 1983; Carpintero, 1984; Cruz, 1984) cercenó el débil tallo de la psicología científica española.

En 1937 debía celebrarse en Madrid el XII Congreso Internacional de Psicología en el que el presidente de honor sería José Ortega y Gasset, el presidente Mira, y el secretario general Germain. En una carta difundida entre los miembros de la Asociación Americana de Psicología el 10 de mayo de 1937, el Comité de Psicólogos del Buró y Oficina Médica de ayuda a la democracia española (intetgrado por personalidades como Cannon, Hull, Tolamn, Lewin, Allport, Razran, Murphy o Klineberg) señalaba:

> "La destrucción de la excelente universidad en que el Congreso iba a celebrarse, que es sólo una consecuencia menor del levantamiento militar fascista, nos presenta con toda su crudeza la crucial y peligrosa situación en que el progreso científico e intelectual se encuentra en España...
>
> Al pedir a los psicólogos cooperación para proporcionar ayuda médica a un pueblo necesitado, sin duda no hay necesidad de presentar estímulos verbales emocionantes ni de dar razones lógicas por las que unos seres humanos que sufren por la defensa de la democracia merecen la mayor ayuda que les podamos prestar" (American Psychologist, 1977, pág. 1081; citado en Carpintero, 1980, pp. 49-50).

Este periodo podemos cerrarlo con las palabras de Carpintero (1980, pág. 51):

> "En 1939, en España, la suerte de la psicología oficial, académica, volvía a atarse al carro filosófico escolástico y tradicional. Se había desvanecido la esperanza de un Congreso Internacional, se había roto una cultura, un pueblo, y una porción de la tradición -la de Giner y Simarro, la de Mira o la de Lafora- quedaba negada o proscrita, relegada".

## Segundo periodo: desde 1940 a 1975

Este segundo periodo comienza al finalizar la Guerra Civil y proclamarse caudillo Francisco Franco, y termina con su muerte, el mismo año en el que hace aparición el primer número de la Revista "Análisis y Modificación de Conducta" , de trascendental importancia para nuestra psicología científica.

Acabada la guerra comienza el proceso de una lenta recuperación de la psicología alrededor de José Germain. Germain (véase su autobiografía, Germain, 1980a, 1980b) fue profesor de psicología y de psiquiatría desde 1932 a 1936 en la Escuela Nacional de Sanidad en la que se formaban los Jefes Provinciales del Cuerpo de Sanidad Nacional, y, como el mismo ha escrito, era un modo más de hacer que los médicos se interesasen por la psicología. Después de finalizar la gue-

rra, regresa del exilio y trabaja durante los cursos 1940-41, y el 41-42, como profesor agregado a la cátedra de Psicología Experimental que ocupó anteriormente Simarro, y posteriormente a cargo del padre Manuel Barbado (1940-1945). Con Barbado la psicología se ha ideologizado y se ha filosofizado nuevamente, en un escenario de marcado escolasticismo y de control estatalizado, lo que repercutiría posteriormente en su configuración y ubicación psicología, a nivel académico, como "especialidad de letras" (Carpintero, 1980).

A modo de telegrama, permítaseme apuntar algunas fechas y acontecimientos importantes para la recuperación de la psicología científica en nuestro país, y cauce para nuestra psicología de la salud.

En 1946, Germain funda la **Revista de Psicología General y Aplicada**, seis años más tarde del **Acta Española Neurológica y Psiquiátrica** (después, Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría) dirigida por el catedrático de psiquiatría de la Universidad de Madrid, Juan José López Ibor. En 1948, Germain y Yela crean el Departamento de Psicología Experimental del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Cuatro años más tarde, en 1952, se organiza la **Sociedad Española de Psicología**, y en 1953 se funda, durante el rectorado de Pedro Lain Entralgo, la **Escuela de Psicología y Psicotécnica** de la Universidad de Madrid, uno de cuyos objetivos básicos era la de establecer estudios universitarios normales de psicología que condujeran a la licenciatura y al doctorado. Esto, sin embargo, no fue posible hasta el curso académico 1968-69, durante el cual, Germain, Yela y Pinillos organizan la **Especialidad** de Psicología en la Sección de Filosofía de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Madrid. Posteriormente, en 1970, esta especialidad pasaría a ser **Sección** de Psicología.

La psicología, durante esta época, se caracteriza por su intento de establecerse como disciplina independiente de la Filosofía. En cuanto a temas de publicación en la RPGA, éstos tratan principalmente sobre metodología y tests (Carpintero & Peiró, 1981).

Otra revista que incorpora el término psicología en su título en esta época fue la **Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas**, fundada por el catedrático de psiquiatría de la Universidad de Barcelona, Ramón Sarro, en 1953. No obstante, su trasfondo teórico fue el psicoanálisis, por lo que poco aportó a la psicología de la salud. En palabras de su fundador: "Es a Freud, no a Aristóteles o a Wundt, a quien debemos gratitud" (Sarro, 1953; citado en Peiró & Carpintero, 1981, pág. 157).

A partir de 1960 algunos psiquiatras y psicólogos españoles salen a trabajar y ampliar estudios en centros extranjeros, principalmente en el Reino Unido y en la República Federal de Alemania, con un marco teó-

rico-práctico conductual. Así nos encontramos al psiquiatra Joan Masana, el cual trás pasar el año 1964 en el Maudsley Hospital de Londres, comienza a emplear, tras su regreso a Barcelona, tecnología conductual en problemas fóbicos y trastornos sexuales (Masana, 1967, 1969). Otro psiquiatra, Manuel Gómez Beneito, que también había trabajado en el Maudsley Hospital, utiliza técnicas de análisis y modificación de conducta, aplicado a problemas neurológicos y psiquiátricos en Valencia. Y, también, el psicólogo Vicente Pelechano Barberá que trabaja en el Instituto Max-Planck de Psiquiatría de Múnich, y que a su regreso a España impulsa en psicología una línea de trabajo experimental y el desarrollo de una psicología comportamental a nivel académico y de investigación. Ya en 1971 el profesor Pelechano junto con un grupo de psicólogos de Madrid, promovió una reunión en Soria, a la que acudieron otros psicólogos de Barcelona, Valencia, y Madrid, al objeto de constituir una Sociedad Nacional de Terapia de Conducta. Al año siguiente se celebró en Valencia, en enero de 1972, en el Colegio de Médicos, una segunda sesión con la presentación de trabajos científicos, y en 1974, la Sociedad Europea de Terapia de Conducta decide que su quinto Congreso se celebre en España, siendo los profesores J.L. Pinillos y V. Pelechano miembros del comité organizador (Pelechano, 1984). Otros científicos de interés durante esta época de resurgimiento de la psicología científica son Ramón Bayés y Antonio Colodrón en Barcelona, y otro grupo en Madrid, con J.A.I. Carrobles a la cabeza (Pelechano, 1984; Bayés, 1983; Cruz, 1984). En la década entre 1966 y 1975, periodo descrito como la "década imperial conductista" (Pelechano, 1988, pág. 145), comienza, por lo tanto, una nueva época de reapertura a Europa por parte de psicólogos y psiquiatras españoles que con su comportamiento fusilan frontalmente aquel malhadado edicto de Felipe II, explicativo quizás de la triste historia de nuestra ciencia:

> "...que de aquí en adelante ninguno de nuestro súbditos y naturales, eclesiásticos y seglares, frailes y obispos, ni otros algunos no puedan ir ni salir de estos Reinos a estudiar ni enseñar ni aprender, ni residir en Universidades, Estudios ni Colegios fuera de estos Reinos y que los que fasta agora y el presente estuvieren y residieren las tales Universidades, Estudios y Colegios se salgan y no estén más en ellos..."

## Tercer Periodo: desde 1975 a 1986

Este periodo se abre, por una parte, con la muerte del dictador Francisco Franco, lo que posibilita una esperanza de cambio sociopolítico, y por otra, se caracteriza por la fuerza que está tomando la psicología

pecializada, **Análisis y Modificación de Conducta**, dirigida por el Prof. Vicente Pelechano. Este periodo podemos cerrarlo con la publicación de una ley de vital importancia para la psicología de la salud española: la publicación en el B.O.E. de la **Ley de Sanidad** (B.O.E., 1986).

Durante este tercer periodo, el desarrollo de la psicología conductual es enorme. El lector interesado puede acudir a trabajos que, mucho mejor que nosotros, presentan la evolución en este área (Bayés, 1983; Cruz, 1984; Pelechano, 1984, 1986).

Algunos de los acontecimientos y trabajos más interesantes para el desarrollo de la psicología de la salud en España se pueden ver telegráficamente en la tabla 7.

**Tabla 7: Algunos trabajos y acontecimientos relevantes para el desarrollo de la psicología de la salud en España (1975-1986)**

1975:

- Aparición de la Revista **Análisis y Modificación de Conducta.** Director: V. Pelechano.

- **V Conferencia Anual de la Asociación Europea de Terapia Conductual** (Beech, Marks, Brengelmann, Bancraft, Meyer). Palma de Mallorca.

- **I Symposium sobre Aprendizaje y Modificación de Conducta en Ambientes Educativos** (Brengelmann, García Hoz-Rosales, Kanfer, Pelechano, Pinillos, Avia, Vila). Publicación de las actas (Pelechano, 1975).

- Memoria de licenciatura de J.A.I. Carrobles: **Biofeedback: condicionamiento operante de funciones autonómicas. Análisis experimental de un caso de paidofilia.** Universidad de Madrid.

1976:

- **Cursos de doctorado o asignaturas** con la denominación de Terapia de Conducta a nivel académico (Bayés, Pinillos, Carrobles, Pelechano, Angulo, Salvat, Saldaña).

-Seminario sobre Integración de las Técnicas de **Modificación de Conducta en el Hospital Psiquiátrico.** Santa Coloma de Gramanet.

-Ponencia sobre **Modificación de Conducta** (J. Corominas) en el **V Congreso Nacional de Psicología** en Valladolid (Colodrón, Toro, Masana, Farré, Sender, Rodríguez Sacristán, Carrobles) y comunicaciones (p.e., Jaqueca y control de la temperatura corporal; Carrobles).

1977:

**-Sistema P.I.R**

- Publicación del libro **La Práctica de la Terapia de Conducta** (Bartolomé, Carrobles, Costa, Del Ser).

**Tabla 7. (Continuación)**

1978:

-Creación del Instituto Nacional de Salud (**INSALUD**).

- Promulgación de la **Constitución Española.** Derecho a la protección de la salud (art. 43.1), a la vida y a la integridad física y moral (art.15), a la seguridad e higiene en el trabajo (art. 40.2), a la previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos (art. 49), a la atención a los problemas específicos de la salud durante la tercera edad (art. 50), o a la protección de la salud de los consumidores y usuarios (art. 51).

1979:

- Curso de **Modificación de Conducta** (Pinillos, Pelechano, Eysenck). U.I.M.P. Santander.

- Aparición del libro **Psicología y Medicina: interacción, cooperación y conflicto** (Bayés).

-Encuentro Nacional de Psicología organizado por la Fundación Juan March, **Problemas Actuales de la Psicología Científica** (ver A y MC,11-12,1980).

-**Jornadas Internacionales sobre Análisis y Terapia de la Conducta**, organizadas por la sección de psicología de la Universidad de Granada (Beech, Meyer, Sheffield).

- Creación de la **Sociedad Valenciana de Análisis y Cambio de Conducta** (SVACC), y la I Reunión de la SVACC en Torrent (Valencia).

1980:

- Se crea la **Asociación Española de Terapia del Comportamiento** (AETCO).

1981:

- Publicación del primer artículo en España sobre **Medicina Comportamental,** en la revista Análisis y Modificación de Conducta (Reig).

- I Congreso Internacional sobre *Psicología y Procesos de Socialización.* Alicante. Presidente: V. Pelechano. Ponentes: Brengelmann, Cautela, Eysenck, Mahoney, Meichenbaum, Wolpe, Pinillos, Delgado, Pelechano (ver A y MC,1981, número extraordinario; Pelechano, 1981). Publicación del libro de actas: Psicología y Procesos de Socialización (Comp. V. Pelechano), Alfaplús, este libro introduce una sección que se denomina **Medicina Comportamental.**

- **I Congreso Nacional de la AETCO. Málaga** (Brengelmann).

-Publicación del libro **Evaluación Conductual** (Fernández- Ballesteros & Carrobles), ed. Pirámide.

-Edición de los **Cuadernos de Educación para la Salud,** delegación de Sanidad del Ayuntamiento de Madrid (Costa & López, 1981a, 1981b).

**Tabla 7. (Continuación)**

- Publicación del libro **Terapia de Conducta y Rehabilitación** Ed. Fundación Mapfre.

-Publicación de libro ***Avances en la Terapia de la Conducta,*** Publicaciones Universidad de Deusto (D. Peck y J. Cáceres).

1982:

- II Congreso de la AETCO (Geer, Lowenthal). Segovia.

-Aparición de la **Revista Española de Terapia del Comportamiento,** editada por la AETCO.

- Ponencia (Henrich, Brengelmann & Reig) y comunicaciones españolas presentadas en el **XII European Congress of Behaviour Therapy.** Roma.

- **Reunión Nacional sobre Intervención Psicológica.** Presidente: J. Seoane. Ponencia sobre **Medicina Comportamental** (Polaino). Murcia.

1983:

-Se crea la **Societat Catalana de Recerca i Terapia del Comportament.**

-Comunicaciones españolas presentadas al **First European Meeting on Experimental Analysis of Behaviour.** Lieja.

-Ciclo de Conferencias sobre **Salud, Sociedad, y Conducta,** organizado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Alicante y la Caja de Ahorros Provincial de Alicante (Rodriguez, Morales Meseguer, Alipio Sánchez, Bayés, Oriol Ramis, Emilio Balaguer, Juan Bautista Martí, Carlos Belmonte, Jesús de Miguel, Reig).

1984:

- Primeras Jornadas de **Psicología Oncológica.** Asociación Española contra el Cáncer. Junta Provincial de Barcelona (Baider, Brengelmann, Bayés, Pinillos, Ibáñez, Reig, de Miguel, Font, González, López-Altschwager, Silva, Vericat, Sellschopp).

- I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Mesa de **Psicología y Salud.** Actas volúmen 3: **Psicología y Salud.**

- Curso **Psicología de la Salud** (Reig). Universitat d'Estiu del País Valenciá. Gandia (Valencia).

- **I Symposium Nacional sobre la Importancia de las Terapias Cognitivo-Conductuales en la Psicopatología Infanto-Juvenil** (Bayés, Godoy, Maldonado, Párraga, Polaino, Rodriguez Sacristán, Rueda, Vila).

- **I Congreso de Evaluación Psicológica.** Madrid. Presidente: R. Fdez.-Ballesteros.

- XIIè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. Benicàssim (Castelló). **El procés d'emmalaltir.**

**Tabla 7. (Continuación)**

- Publicación del libro **Manual de Modificación de Conducta** (Mayor & Labrador), ed. Alhambra.

1985:

- Número monográfico **Psicología y Reforma Sanitaria** en la Revista del Colegio de Psicólogos, vol. IV, número 20,(Ferrezuelo; Raymond & Moltó-Santonja; Duro & Vallejo; Benito, Costa & López; Duro; Reig).

- Comunicaciones españolas en el **15th Annual Meeting European Association for Behaviour Therapy.** Múnich (véase, EABT, 1985).

- **III Congreso Nacional de la AETCO.** Gijón.

- **I Congreso Nacional de Psicología Social.** Granada. Mesa: Comunidad y Salud ( J. Rodriguez).

- Publicación del libro **Análisis y Modificación de la Conducta II** (J.A.I. Carrobles), UNED.

-Aparición del primer y único número de la revista **Cuadernos de Medicina Conductual y Sexología.** Después reaparecerá la misma revista en 1987, cambiando en el título de la misma la palabra **conductual** por **psicosomática.**

- Aparición de la **Colección Salud 2000,** Biblioteca de Psicología, Psiquiatría, y Salud, de la Ed. Martinez Roca. Primeros libros editados: *Psicología Oncológica* (Bayés 1985),y *Psicobiología del Estrés* (Valdés y de Flores, 1985).

1986:

- **Ley Orgánica sobre Medidas Especiales en Materia de Salud Pública.**

- **Ley General de Sanidad.** Acta de Derechos y Deberes del paciente.

- **Cursos de *postgrado y doctorado en Psicología de la Salud*** (Universidad Autónoma de Barcelona, Autónoma de Madrid , Alicante).

- **Primeras Jornadas de Psicología y Salud.** Hospital Nacional "Marqués de Valdecilla". Santander. Organiz.: COP, delegación norte (Camarero, Fdez.-Ballesteros, Costa, Aranda, Labrador, Saldaña, Pelechano, Carrobles, Rodriguez, Reig, Barriga, Espino, Vazquez Barquero,...).

- ***I Encontro Ibérico de Terapia Comportamental.*** Hospital Megalhaes Lemos, Oporto (Portugal), organizado por la AETCO y la Associacao Portuguesa de Terapia do Comportamento.

---

Tal como se puede observar en el cuadro precedente el período entre 1975 y 1986 es un hervidero de seminarios, congresos, aparición de revistas especializadas, y publicaciones en relación a temas de

psicología y salud en general, y en particular a la consolidación de la evaluación y terapia del comportamiento y su aplicación a problemas, directa o indirectamente relacionados con la salud. Los artículos publicados en las revistas que se citan, los manuales y los libros de ponencias y/o comunicaciones de las reuniones o congresos, son muestra de una perspectiva bastante exacta de la cantidad y calidad de los trabajos en el área de la psicología de la salud.

En este periodo, también, se incrementa el número de universidades españolas en las que se puede estudiar la carrera de psicología. En total, 5 facultades de Psicología (Complutense y Autónoma de Madrid, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Literaria de Valencia y Central de Barcelona), y 10 secciones de psicología en Facultades de Filosofía y Ciencias de la Educación (Universidad de Tarragona, La Laguna, Murcia, Autónoma de Barcelona, Oviedo, País Vasco, Sevilla, Granada, Santiago de Compostela y Salamanca). En casi todas ellas existen importantes grupos de psicólogos que trabajan en Psicología de la Salud, así como también en algunas facultades de medicina (Alicante, Barcelona, Málaga, y Murcia, como ejemplos). Si tenemos en cuenta que la psicología como disciplina académica independiente, comienza a impartirse sólo, y en alguna universidad, desde el curso académico 1968-69, el desarrollo de la psicología en nuestro país presenta una evidente aceleración en su evolución (Pinillos y Avia, 1980).

Durante este tercer periodo aparecen los primeros manuales, escritos por autores españoles, en relación a la evaluación y tratamientos psicológicos de problemas de salud (Bartolomé *et al*, 1977, Fernandez Ballesteros y Carrobles, 1981; Fundación Mapfre, 1981; Polaino, 1983; Mayor & Labrador, 1984; Carrobles, 1985). Se trata fundamentalmente de revisiones o estudios de aplicaciones clínicas en problemas de salud tales como insomnio, estrés, tabaco, alcohol, trastornos psicosomáticos, cefaleas, problemática sexual, problemática neurológica, trastornos respiratorios, y un largo etcétera. La psicología de la salud durante esta época parece limitarse a la investigación y utilización clínica de las técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta en la evaluación y tratamiento de la enfermedad física, trastornos psicofisiológicos, y comportamientos de riesgo para la salud.

Paralelamente a la consolidación de esta línea de intervención, se produce un movimiento de crítica y de renovación en el área de la salud mental ( Montoya, 1978; Gonzalez, 1978; Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, MSC, 1985; Dario Páez, 1986). Fruto de estos esfuerzos es la incorporación en la Ley General de Sanidad de 1986 de un capítulo III dedicado a la promoción y mejora de la salud mental en el què se establece la atención a los problemas de salud mental en el marco comunitario, reduciendo al máximo la necesi-

dad de hospitalización, la creación de unidades psiquiátricas en hospitales generales, el desarrollo de servicios de rehabilitación y reinserción social del enfermo mental, y la dedicación de los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica, en coordinación con los servicios sociales, a la prevención primaria y atención a los *problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general* (B.O.E., 1986; la cursiva es nuestra).

**Cuarto período: a partir de 1987**

Durante el año 1987 se incrementa enormemente la actividad directamente relacionada con la psicología de la salud. Congresos, Seminarios, Jornadas, Cursos, Talleres, e incluso departamentos universitarios llevan por título la denominación de psicología de la salud . En la tabla 8 se recogen algunos acontecimientos de interés durante este año.

Esta pequeña muestra del quehacer en psicología de la salud durante 1987 refleja bastante fielmente el interés de los psicólogos españoles por este área. De hecho en los congresos reseñados en las tablas anteriores, y en los que están presentes otras áreas de la psicología, el área de la salud acapara el mayor número de comunicaciones y pósters. Todavía, sin embargo, no tenemos una encuesta fiable y representativa, acerca del papel de la psicología de la salud, y el rol de su profesional, en los más de 21.000 psicólogos colegiados a finales de 1987. Los resultados preliminares de una encuesta piloto al respecto (con una tasa de participación del total de colegiados inferior al 5%) muestran que la actividad laboral es muy variada (salud mental, rehabilitación, neuropsicología, salud escolar, etc.)(Fernandez-Ballesteros y Carrobles, 1987).

Con todo, la línea actual docente, de investigación, y asistencial de los psicólogos españoles en el área de la salud sigue, aunque con cierto retraso y algunas diferencias notables, un patrón similar al de Europa o EE.UU. También, como sucede en otros países ( la R.F.A por ejemplo; Küchler, 1985) los psicólogos que trabajan en el área de salud viven una situación jurídica ambigüa y poco clarificada. A pesar de que un principio general del código deontológico del psicólogo, recientemente publicado, establece que el ejercicio de la psicología se ordena a una finalidad humana y social que puede expresarse con objetivos tales como, entre otros, la salud, y de que un buen número de psicólogos están trabajando en centros de Planificación Familiar o similares del Servicio Nacional de Salud, en Hospitales psiquiátricos, y en Facultades de Medicina y Escuelas Universitarias de Enfermería no

**Tabla 8: Algunos trabajos y acontecimientos relevantes para el desarrollo de la Psicología de la salud en España durante 1987.**

- Preparativos para la creación de la **Revista de Psicología de la Salud.**

- Preparativos para la creación de la **Sociedad Española de Psicología de la Salud.**

- Número monográfico **Aprendizaje y Salud** en la Revista Jano, vol. XXXII, número 768 (Urraca; Avia; Bayés; Bandrés, Campo & Velasco).

- Dossier **Psicología de la Salud,** en la Revista **Informació Psicològica,** número 30 (Reig, Rodriguez, Mira,...).

- Curso "Psicología de la Salud en ambientes hospitalarios" (Cabrero & Richart). Hospital "La Fe" de Valencia.

- Artículo en el periódico **EL País** "Componentes psicosociales de la enfermedad" (Fdez.-Ballesteros).

- Ponencia de Fdez.-Ballesteros & Carrobles (representantes de la Sociedad Española de Psicología) en el **International Workshop on Health Psychology Perspectives in Europe.** Roma, 5-7 Junio.

- Curso monográfico de **Psicología de la Salud** del COP del País valenciano, (Rodriguez, Reig, Mira). Alicante.

- IV Jornadas de Psicología. Oviedo. Mesa sobre *Medicina Conductual.*

- Primeras Jornadas de **Intervención Psicológica en el Hospital General.** Murcia. Presidente; Morales Meseguer.

- VI Jornadas de Modificación de Conducta, **Psicología de la Salud,** organizadas por CEAPSA en Alicante (Eva Wengle, Niels Birbaumer).

- Publicación del libro **Psicología Clínica y Salud. Aplicación de Estrategias de Intervención** (Buceta). UNED.

-Publicación del libro ***"Biofeedback. Principios y Aplicaciones"*** (Carrobles & Godoy), ed. Martinez Roca.

- Aparición de la revista **Cuadernos de Medicina Psicosomática y Sexología.** Directores: A. Colodrón, E. Maideu, y J.M. Farré.

- Curso Internacional y Extraordinario sobre **Psicología social de la salud.** Salamanca (Garrido, Blanco, Izquierdo, Bayés, Barriga, Costa, Minuchin, Rodriguez).

- Creación de *departamentos universitarios* con la denominación de *Psicología de la salud:* por ejemplo, Universidad de Alicante, Barcelona y Autónoma de Madrid.

-Talleres *Area de Salud* en 1ª Escuela de Verano de Madrid (20 Junio-10 Julio). Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

-II Seminario Internacional de *Psicología do Saúde.* En el I Congreso Brasileiro de Psicología do Saúde, 4 a 9 de Octubre 1987, Sào Paulo (Brasil) (J.Rodriguez).

- **I Congreso Nacional de *Psicología de la Salud.*** Jaén, 26-29 Noviembre, 1987.

- Publicación del *Código deontológico del Psicólogo* (COP).

- **II Congreso de Evaluación Psicológica.** Ponencia: *Evaluación en Psicología de la Salud* (Carrobles). Madrid, 21-25 Septiembre.

estamos todavía juridicamente reconocidos como profesionales de la salud, como veremos más adelante.

En resumen, podemos decir que hasta 1975 la psicología interesada en cuestiones de salud que se hace en España se circunscribe, con su zigzagueo característico y su adscripción al modelo médico, fundamentalmente al estudio de la problemática psicopatológica, salud mental, y adicciones (alcoholismo). En otros países se está fraguando, no obstante, un conocimiento psicológico y una tecnología, el análisis y terapia del comportamiento, de interés primordial para la psicología de la salud; y para aprender de primera mano esta "nueva psicología" hay que salir de la tierra de Alonso Quijano. El movimiento migratorio que ya iniciaran psicólogos como J.L. Pinillos o M. Yela tiene su continuación en otros como Mª D. Avia, J.A.I. Carrobles, J. Cáceres, V. Pelechano, F. Silva, y J. Vila, los cuales, trabajando en departamentos, institutos u hospitales del Reino Unido, Alemania o los EE.UU, empiezan, a su regreso, a sentar unas bases sólidas, a nivel académido, clínico, y de investigación, para el establecimiento de una psicología comportamental en nuestro país. Con cierto retraso respecto a otros países, y poco a poco, van apareciendo en la Universidad española grupos de psicólogos que se van dando cuenta de que el área de la salud, y de la salud "física" en particular, representa un marco de investigación y de actividad profesional enormemente rico, variado, gratificante y perfectamente idóneo para aplicar el conocimiento y tecnología psicológicos, así comocos, así como un marco potencialmente enriquecedor de la misma psicología, como ciencia y como profesión. La administración española democrática, por su parte, va incorporando muy lentamente a algunos psicólogos en servicios sociales, en centros para el tratamiento de drogodependencias, en centros de planificación familiar y en algunos pocos más. Aunque sin título, el psicólogo de la salud en la actualidad demanda su presencia como un profesional de la salud más,- especialista en comportamientos de salud o de riesgo para la misma y en la promoción de habilidades necesarias para hacer elecciones de vida sana, a nivel individual y comunitario -, en cada uno de los niveles del Sistema de Salud que señala la Ley de Sanidad.

A este respecto, y hasta que la psicología de la salud se acepte e integre en el sistema de la salud, el modo de entrada más directo quizás sea a través de nuestros servicios como psicólogos clínicos tal como sugiere el Colegio Oficial de Psicólogos. Sin embargo, como expondremos a continuación, no podemos ni debemos caer en el error histórico de encorsetar los programas de formación en psicología clínica a exclusivamente la salud "mental".

## 4. La formación del psicólogo como especialista en el área de la salud en el Estado Español

A nivel del Estado Español no tenemos todavía un programa oficializado de especialidad en el área de la salud para psicólogos. Otros profesionales de la salud (médicos, farmacéuticos, químicos, etc.) vienen formándose como especialistas desde comienzos de 1970 mediante un sistema estatal homologado: el Sistema de Internos Residentes. Durante el gobierno de la UCD se planteó y se aceptó un programa a nivel estatal para psicólogos internos residentes (P.I.R.), realizándose esta primera y única convocatoria en 1977 (B.O.E. nº 299, de 15/12/1977). Posteriormente, en noviembre de 1981, se presentó un proyecto de ley de regulación de la formación de psicólogos por el grupo político socialista, por entonces en la oposición, pero sin que se concretara en ley (BOCG nº 2079, II; 1/11/81). Han sido, no obstante, las Comunidades Autonomas las que posteriormente han intentado suplir la sequía de programas de especialización de psicólogos en el área de la salud. Concretamente en Asturias, la Consejería de Sanidad ha realizado dos convocatorias para cubrir el Programa de Formación en Salud Mental para postgraduados en psicología (primera convocatoria con carácter piloto sin publicar en el B.O. del Principado de Asturias , difundida a través de los medios de comunicación, 22/06/1983; segunda convocatoria publicada en el B.O.P.A. el 14/08/1985); y en Andalucia, la Consejería de Salud y Consumo aprobó la creación del programa de Formación Postgraduada para psicólogos para la salud mental (B.O.J.A. orden de 10/06/1986; primera convocatoria: orden de 21/06/1986). La duración de estos programas suele ser en ambos casos de dos años, expidiéndose un diploma de capacitación, aunque no reconocido como titulación de especialista por el Ministerio de Educación y Ciencia. En la actualidad, además de los programas mencionados dependientes del Instituto Andaluz de Salud Mental y de la Dirección Regional de Salud Mental del Principado de Asturias, se están llevando a cabo programas similares en el País Vasco y Cantabria, a través del Departamento de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, y del Servicio de Psiquiatría y Psicología Médica del Hospital Nacional "Marqués de Valdecilla", repectivamente. En Castilla y León, la Consejería de Bienestar Social ha convocado asimismo, subvenciones a instituciones y centros asistenciales de Castilla y León para la creación de plazas para la formación clínica postgraduada de psicólogos (B.O.C. y L. nº27, 1985). En Cataluña existe desde 1966 una Escuela Profesional de Psicología Clínica, con sede en Barcelona, creada por orden ministerial (B.O.E. 19/12/1966), en la que se imparte una enseñanza teórico-práctica de tres años de duración.

Los contenidos teorico-prácticos de todos los programas de formación de psicólogos en período de postgrado aquí mencionados tienen como objetivo prioritario la formación de psicólogos clínicos en la red de salud mental pública. En alguna comunidad autónoma, como en el caso de Andalucia, se señala que aunque el programa de formación postgraduada se realizará en el campo específico de la salud mental, se establecerán con posterioridad otros programas de formación que aborden otras facetas de intervención en psicología de la salud. Incluso en alguna solicitud de admisión a las plazas de formación postgraduada aparece la denominación de "pruebas selectivas de psicólogos de la salud" (B.O.J.A., 1986).

El Colegio Oficial de Psicólogos, a través de la Junta de Gobierno Estatal, está elaborando en la actualidad un proyecto de formación postgraduada de especialistas en psicología clínica y sistema P.I.R. (Psicólogos Internos Residentes) que pretende diseñar las bases de la formación de especialistas en psicología clínica a través de un sistema P.I.R. Hasta ahora, el comité de expertos nombrado al efecto ha desarrollado un documento base en el que se abordan aspectos relativos a las líneas generales para la organización del sistema P.I.R., al programa de formación y definición de especialidad, así como cuestiones relativas a la Comisión Nacional de la Especialidad, y a las vías alternativas de acceso al título de especialista en psicología clínica (Estevez *et al.* 1987). Es, pues, a través de la especialidad en psicología clínica, y no de psicología de la salud, la vía de especialización que apoya la Junta de Gobierno Estatal del C.O.P. En este documento la psicología clínica queda definida incorporando aspectos importantes de las definiciones usuales de la psicología de la salud: "La psicología clínica es una especialidad de la Psicología que se ocupa de la conducta humana y los fenómenos psicológicos y relacionales de la vertiente Salud- Enfermedad en los diversos aspectos de estudio, explicación, promoción, prevención, psicodiagnóstico, tratamiento psicológico y rehabilitación, entendiendo la salud en su acepción integral (Biopsicosocial), todo ello fruto de la observación clínica y de la investigación científica, cubriendo los distintos niveles de estudio e intervención: individual, de pareja, familiar, grupal, comunitaria" (Estevez *et al.* 1987, pág.5).

Así pues, y en la actualidad, la formación postgraduada del psicólogo en el área de la salud se plantea como un período de formación en aquellas instituciones sanitarias acreditadas para ello y con el objetivo de alcanzar el reconocimiento oficial de psicólogo clínico. No obstante, el término psicólogo clínico también presenta cierta ambigüedad. Así, Duro (1987) utiliza el término psicólogo clínico, en el sistema P.I.R., "ampliando su tradicional acepción de psicólogo reducido a labores de psicodiagnóstico y algunos tratamientos psicológicos para referirnos al psicólogo que ha de intervenir en todos y cada uno de los distintos niveles de atención a la salud (prevención, promoción, asistencia, rehabilitación) según el dispositivo sanitario en el que se ubique (nivel primario, secundario, terciario) y entendiendo la salud en su acepción integral

(biopsicosocial)" (Duro , 1987; pág.1). En la misma línea la descripción de psicología clínica propuesta por el COP, y citada anteriormente representa una definición más amplia y más en la línea de la psicología de la salud, frente a otras definiciones como la mantenida, por ejemplo, por el Dpto. de Sanidad y Bienestar Social del Gobierno de Navarra en su Programa de Formación de Psicólogos Postgraduados: "la psicología clínica comprende un conjunto de conocimientos y habilidades destinados, por una parte, a ayudar a las personas con perturbaciones conductuales o enfermedades mentales a conseguir un ajuste y expresión personal más satisfactoria y, por otra, a conseguir un mayor nivel de bienestar en la Comunidad" (Programa de Formación de Psicólogos Postgraduados, Servicio Regional de salud, Departamento de Sanidad y Bienestar Social, Gobierno de Navarra).

Con todo, sin embargo, el Comité de Expertos del C.O.P. propone que el programa P.I.R. cuente con un temario general, común para todo el Estado Español, a desarrollar y articular por la Comisión de Docencia de la que dependan los servicios asistenciales de cada Comunidad Autonoma. Los contenidos teóricos generales propuestos por el Comité de Expertos se engloban en los siguientes temas: 1) Psicología clínica: conceptos generales, concepciones teóricas y modelos de atención en salud mental. 2) Psicodiagnóstico y Evaluación psicológica en salud mental. Epidemiología. 3) Psicoterapias y técnicas de intervención psicológica (individual, grupal, pareja y familia). 4) Técnicas de intervención psicosocial, institucional y comunitaria. 5) Psicopatología infanto-juvenil de adultos y tercera edad. 6) Evaluación de programas y servicios de salud mental. Planificación de servicios de salud mental. 7)Psicología clínica legal y aspectos jurídico-normativos en salud mental. El programa práctico propuesto se apoya en las rotaciones por los dispositivos asistenciales de la red sanitaria pública, básicamente en los Centros de Salud Mental, unidades de corta estancia en Hospital General, y en el Hospital Psiquiátrico.

A la vista de lo anterior queda bastante claro que se intenta repetir, a mi modo de ver, el mismo patrón de formación tradicional, anacrónico, limitado al marco psicopatológico o de salud "mental", incapáz de abordar válidamente los objetivos de la Ley de Sanidad de 1986. Frente a ello, se necesita un tipo de programa de entrenamiento y formación más acorde con dicha ley y con unos conocimientos y destrezas profesionales realmente "biopsicosociales" en la línea descrita por diversos autores (Matarazzo, 1983, 1987; Stone *et al.*, 1987; Rodriguez, 1987a, 1987b). Hay que decir finalmente que se está intentando reformar el Estatuto del Personal Sanitario del Instituto Nacional de la Salud. En esta reforma se prevé que el psicólogo sea considerado, junto a otros profesionales, *personal facultativo sanitario*. Este mismo estatus del psicólogo podrá ser regulado a través del Anteproyecto del estatuto Marco del Personal de Instituciones Sanitarias. No obstante, parece

que existen una serie de inconvenientes por parte del del Colegio Oficial de Médicos para que este proyecto no se apruebe por el momento.

## 5. Algunas propuestas y deseos para la promoción de la "salud" de la Psicología de la Salud

A lo largo de este trabajo hemos intentado aproximarnos a la evolución y desarrollo de la psicología de la salud en el Estado Español, resaltando aspectos del sistema y de la política de salud que pueden ser de interés para la consolidación y progreso de esta disciplina.

Sin embargo, la psicología de la salud todavía no es un campo genérico con un cuerpo teórico y de conocimiento propio y diferenciado de otros campos de la psicología como se ha señalado (Conference Consensus Regarding the Status of Health Psychology,1983). Parece más apropiado apuntar, como escribe Matarazzo (1987), que la psicología de la salud actual no es ni más ni menos que la aplicación del conocimiento acumulado de la psicología , como ciencia y profesión, en el área de la salud. Hoy por hoy, la psicología es el "nombre", y el término salud (al igual que clínica, industrial, escolar, etc.) es el "adjetivo" que describe el tipo de cliente, marco de trabajo, o área objeto de intervención en el que se aplica la psicología (Matarazzo, 1987).

Al objeto de enriquecer y hacer progresar éste área quizás deberíamos potenciar mucho más la medicina comportamental, entendida ésta como el campo interdisciplinario concerniente al desarrollo e integración del conocimiento y técnicas de las ciencias biomédicas y del comportamiento relevante para la salud y enfermedad, y la aplicación de este conocimiento y técnicas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, y para la promoción de la salud. En la figura 3 presento un esquema que pretende mostrar la relación entre la psicología de la salud y la medicina comportamental.

Mientras algunos autores utilizan indistintamente ambos términos como sinónimos (Carrobles & Godoy, 1987), otros consideran a la medicina comportamental como un área más amplia que la psicología de la salud (Feuerstein, Labbé & Kuczmierczyk, 1986), e incluso algunos conciben la psicología de la salud como un área más amplia y menos restrictiva que la medicina comportamental (Pomerleau & Rodin, 1986). Este desorden conceptual obedece probablemente a varios factores. Uno de ellos quizás se deba al etiquetamiento definicional de trabajos y líneas de intervención. Así, Donovan (1987) señala que, en la práctica, la psicología de la salud se dirige más hacia la prevención primaria y a la reducción de riesgos para la salud, mientras que la medicina comportamental se dedica más a la prevención terciaria. Otro de los

posibles factores de este "entuerto conceptual" parece residir en la concepción de disciplina, excesivamente restrictiva que los autores tienen de términos tales como psicología, medicina, o comportamiento. El autor de estas líneas suscribe la posición defendida desde hace tiempo por Gary E. Schwartz acerca de la posibilidad de organizar diversos sistemas en términos de su nivel de complejidad. Como todos los sistemas "se comportan", los científicos, ya sean, físicos, médicos, psicólogos, sociólogos, etc, lo que estudian en el fondo es el comportamiento de los sistemas a un nivel determinado, y estos comportamientos únicos que emergen a un nivel dado justifican la formación de disciplinas (Schwartz, 1981, 1982). Por lo tanto, existen diversas definiciones de medicina comportamental que se explican por la utilización distinta más o menos restrictiva del término comportamiento. Lo mismo se aplicaría a los conceptos de medicina o psicología, disciplinas científicas que abarcan mucho más de lo que sus profesionales saben o hacen. En otras palabras, en medicina comportamental, los términos medicina y comportamiento han de ser considerados como conceptos *interdisciplinares*.

En definitiva lo que queremos mostrar a través de la figura 3 es que hay que entender el término medicina comportamental como área de trabajo integradora e interdisciplinar, como alambique integrador que destila las aportaciones de diversas disciplinas de interés para la salud y entre las que se encuentra la psicología de la salud, y a la que proporciona un conocimiento biopsicosocial innovador que puede servir para su enriquecimiento como cuerpo de conocimiento. El término medicina no sólo hay que interpretarlo como una concesión a la tradición, sino que aquí se entiende no como una disciplina sino como una *interdisciplina* que funciona principalmente como una profesión tradicionalmente encargada del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

En este sentido la psicología de la salud se nutre del conocimiento proporcionado por las diversas áreas de la psicología pero también se convierte en el elemento catalizador que recoge el conocimiento y progreso derivado de su incorporación en el área de la medicina comportamental, incorporación que supone un reto que hay que afrontar con una serie de conocimientos y destrezas imprescindibles para trabajar y enriquecerse en áreas pluri-disciplinarias.

En cualquier caso, la "salud" de la psicología de la salud en nuestro país dependerá de varios factores, entre los que, y ya para finalizar, me gustaría mencionar algunos directamente relacionados con el comportamiento de los psicólogos. El desafío, en primer lugar, que nos impone el contexto pluridisciplinar del área de la salud, nos obliga a llevar a cabo con el mayor rigor y con la más alta calidad posible, *programas de formación y entrenamiento* en psicología de la salud que

Figura 3

RELACIONES ENTRE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD Y LA MEDICINA COMPORTAMENTAL.

sean realizables , útiles, eficaces, y válidos, para el sistema de salud y sus usuarios. Estos programas, que perfectamente podrían realizarse a través del sistema P.I.R., necesariamente tienen que llevarse a cabo siguiendo un modelo biopsicosocial del proceso de salud y enfermedad, con un conocimiento pormenorizado de la estructura y función del sistema sanitario, y en donde además del entrenamiento en técnicas de análisis y terapia cognitivo-comportamental, grupal, familiar, y de crisis, se aprenda y demuestre habilidades personales y profesionales para entrevistar y comunicarse con los usuarios del sistema y otros profesionales de la salud a través del aprendizaje de vocabulario, conceptos, roles y valores nuevos.

En segundo lugar, la *aceptación e incorporación formal e institucional* de la psicología y del psicólogo de la salud dependerá en gran medida de nuestra madurez profesional y de nuestro grado de autocompromiso en un reciclaje profesional contínuo como profesores, cientfficos y profesionales de la salud en el área de la medicina comportamental. Para ello el psicólogo de la salud debe, y se compromete a, fomentar unas políticas de salud y de reducción de desigualdades estructurales que apoye, en la línea de la O.M.S (W.H.O. 1981, 1984, 1986) y a través de sus conocimientos científicos y destrezas profesionales, la creación de ambientes saludables (programas de ciudades sanas, control de riesgos ambientales, mejora de la higiene de alimentos, y en definitiva de la concienciación de que nuestra salud depende de cómo tratemos el medio ambiente y a la naturaleza), a una política de salud para todos (igualdad en, y en su acceso a, la salud, añadir calidad de vida a los años, reducir los accidentes, mejorar las oportunidades para incapacitados, mejorar los indicadores de salud,...), y a una política que apoye estilos de vida más saludables mediante la difusión de información, educación para la salud, desarrollo de sistemas de apoyo social, mejora de los conocimientos y motivaciones para el comportamiento saludable, y el desarrollo de habilidades personales y comunitarias, más allá del sistema sanitario, en el hogar, en la escuela, en el centro laboral, y en la comunidad, para realizar libremente, elecciones de vida sanas. Medidas fructíferas y pragmáticas para el progreso de la psicología de la salud serían, sin lugar a dudas, .buscar fuentes de financiación de nuestros proyectos no sólo en la administración sino también en instituciones o empresas privadas, comprometerse tanto en tareas de *formación* de otros profesionales (escuelas universitarias de enfermería, facultades de medicina,...), leyendo sus revistas, como en tareas de *información*, participando en congresos y seminarios, y comunicando, cada vez, más nuestros resultados y propuestas en aquellas revistas que leen otros profesionales (por ejemplo Pérez y Marti-

nez, 1984; Godoy & Riquelme, 1985; Reig y Rodriguez, 1985) y divulgando nuestras posiciones a través de los medios de comuniación de masas (Fernandez-Ballesteros, 1987, por ejemplo).

Y,*at last but not least*, no estaría de más para muchos de nosotros conseguir un buen dominio, oral y escrito, del inglés, a fin de poder presentar en otros foros e intercambiar con otros científicos nuestros resultados y sugerencias.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


Almansa, JM., Barriga, S. y Martinez, MF. (1987): *La Sanidad en Andalucía,* Fondo de Investigaciones Sanitarias, Ministerio de Sanidad y Consumo.

Alonso Hinojal, I. (1977): *Sociología de la medicina. Aspectos teóricos y empíricos* Tecnos.

Anónimo (1987): *Porposals. Final Statement of our meeting.* International Workshop on Health Psychology Perspectives in Europe. Analysis on the situation and proposals. Rome, 5-7 giugno, 1987.

Anónimo (1988): Toxic oil in court. *The Lancet,* may 21, 1158-1159.

Antó, JM. *et al* (1984): *Enquesta de salut de Barcelona 1983.* Ajuntament de Barcelona.

Bartolomé, P, Carrobles, J.A., Costa, M. y Del Ser, T. (1977): *La práctica de la terapia de conducta.* Pablo del Rio, editor.

Bayés, R.(1979): *Psicología y Medicina.* Fontanella.

Bayés, R. (1983): Enseñanza y ejercicio profesional del análisis de la conducta en España. *Revista de Psicología General y Aplicada,* 38(2), 233-245.

Berger, M. & Rothman,M. (1987): Health status measures: An overview and guide for selection. *Ann. Rev. Public Health , 8,* 191-210.

B.O.E. (1986): *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad,* n° 102, 15207-15224.

B.O.E. (1988): *Real decreto 192/1988, de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso de tabaco para protección de la salud de la población,* 9 de marzo, n°59, 7499-7501.

Boletín Oficial de Castilla y León (1985): *Orden de 26 de marzo de 1985, de la Consejería de Bienestar Social por la que se convoca la concesión de subvenciones a instituciones y centros asistenciales de Castilla y León que creen plazas para la formación clínica postgraduada de psicólogos,* n° 27, 9 de abril 1985, p. 53-534.

Boletin Oficial de la Junta de Andalucía (1986): *Resolución de 4 de junio de 1986, dell Instituto Andaluz de Salud mental, sobre convocatoria de plazas de formación postgraduada para psicólogos para la atención en salud mental,* n°60, 21/06/1986, pág. 2182-2183.

Brengelmann,J.C. (1986): Prevención sanitaria: teoría, marketing y realización. *Texto mecanografiado* de la conferencia leida el 21 de noviembre de 1986 en la Universidad de Valencia.

Brody, H. (1973): The system view of man: Implications of medicine, science and ethics. *Perspectives in Biology and Medicine, 17 (1),* 71-91.

Buceta, J.Mª (1987): *Psicología clínica y y salud. Aplicación de estrategias de intervención.*Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid.

Cañada, L., Yuste, F.J. y Zapatero, E. (1978): El nivel de salud como punto de referencia de la reforma sanitaria.En J. de Miguel (Comp.): *Planificación y Reforma Sanitaria,* Centro de Investigaciones Sociológicas.

Campos, J. (1978): Hacia un modelo de ruptura educativa para una reforma sanitaria. En J. de Miguel (Comp.): *Planificación y Reforma Sanitaria,* Centro de Investigaciones Sociológicas.

Carpintero, H. (1980): La psicología española: pasado, presente, futuro. *Revista de Historia de la Psicología, 1* (1), 33-58.

Carpintero, H.(1984):The impact of the spanish civil war on spanish scientific psychology. *Revista de Historia de la Psicología,5* (1-2), 91-97.

Carrobles, J.A.(Dir.) (1981): *El biofeedback en la rehabilitación de accidentes de mano y pie: estudio experimental de casos clínicos.* Fundación MAPFRE. Madrid.

Carrobles, J.A. (1985): *Análisis y modificación de conducta II.* UNED. Madrid.

Cembrero, I. (1988):España registra el mayor número de casos de SIDA de todos los países de la CE, despues de Francia. *El País,* 1 de junio, pág. 31.

Conde, V. (1987): Epidemiología de los accidentes de tráfico. En *Jornadas sobre Alcohol, drogas y Accidentes de Tráfico.* Ministerio de Sanidad y Consumo.

Conference Consensus Regarding the Status of Health Psychology (1983): *Health Psychology, vol.2,* n°5, supplement, p.9.

Cruz, J (1984): Breve historia de la modificación y terapia de conducta en España. *Anuario de Psicología,* 30-31, 7-28.

De Miguel, J, (1986): Health sector structures: the case of Spain.*Social Science and Medicine, 22(2),* 233-246.

De Miguel, J. y Guillén, M. (1987): *The Spanish health system.* Trabajo policopiado

De Miguel, J. Porta, M. & Rodriguez, J.A. (1987): Socialistic health policies and politics in Spain. *Trabajo policopiado*

Del LLano, J. (1987): Desempleo, vulnerabilidad social y salud en España *II Congreso Nacional de Salud Pública y Administración Sanitaria,*(501-512) Madrid 11-14 Nov.

Dever, G.E. (1976): An epidemiological Model for Health Analysis. *Soc. Ind. Research, 2,* 465.

Dominguez-Alcón, C., Rodriguez, JS. & De Miguel, J. (1983): *Sociología y Enfermería.* Pirámide.

Donovan, D. (1987): Psicología de la Salud vs Medicina Conductual. *C.Med. Psicosom. Sex., 1,* 46-48.

Durán, Mª. (1983): *Desigualdad social y enfermedad.* Tecnos .

Duro Martinez, J.C. (1987): *Sobre el Programa P.I.R. C.O.P.,* Madrid 8 Sept.1987.

Engel, G. (1982): The biopsychosocial model and medical education. *New England Journal of Medicine, 306,* 802- 805

Estevez, F., Díez, M.E., Marcos, T. et al. (1987): Documento base para la formación posgraduada de psicólogos especialistas en psicología clínica a través de un sistema P.I.R.. *Trabajo policopiado,* C.O.P. Madrid.

Fernandez- Ballesteros, R. & Carrobles, J.A.I. (1981): *Evaluación conductual. Metodología y Aplicaciones.* Pirámide.

Fernandez- Ballesteros, R. & Carrobles, J.A.I. (1987): Psicología y Salud. *Texto mecanografiado* presentado al "International Workshop on : Health Psychology Perspectives in Europe. Analysis of the situation and Proposals, en Roma, 5-7 junio 1987.

Fernandez- Ballesteros, (1987): Salud y comportamiento. *El País,* 12 septiembre, pág. 22.

Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief y la Sociedad Española de Geriatría (1986): *El médico y la tercera edad.* Gráficas Nilo. Madrid.

Generalitat de Catalunya (1987): *Anàlisis de la Mortalitat a Catalunya.*

Germain,J. (1980a): José Germain: autobiografía (I). *Rev. Historia de la Psicología, 1*(1), 7-32.

Germain,J. (1980b): José Germain: autobiografía (II). *Rev. Historia de la Psicología, 1*(2), 139-170.

Godoy, J. y Riquelme, M. (1985): Biofeedback y espasmo postparalítico de la cara: estudio experimental de un caso.*Rehabilitación, 19,* 4577-463.

Gonzalez, B. (1978): Una evaluación crítica del sistema psiquiátrico. En J. de Miguel (comp.) *op.cit.*

Gonzalez,J., Coll,P., Blanco,A. & Regidor, E. (1987): La Encuesta Nacional de Salud en el Contexto de la Información Sanitaria: Aspectos metodológicos de la Encuesta Española . *II Congreso Nacional de la Salud Pública y Administración Sanitaria,* Madrid 11-14 Nov. págs. 87-121.

Greene, R. (1987): Personnal autonomy and public health. An ethical imperative for preventing disease. *The Humanist,* July/August, 6-32.

Heggenhougen,H. & Shore, L. (1986): Cultural components of behavioural epidemiology: implications for primary health care. *Soc. Sci. Med., 22(11),* 1235-1245.

Hunt, S., McEwen, J., & McKenna, S. (1986): *Measuring health status.* Croom Helm.

Instituto Nacional de Estadística (1983): *Movimiento Natural de la población española: Año 1979. Tomo III: Defunciones según la causa de muerte.* INE.

Instituto Nacional de Estadística (1986): *Encuesta de morbilidad hospitalaria: Año 1984.* INE.

Jarvis, L. (ed.) (1985): *Community Health Nursing: Keeping the Public Healthy* (Edition 2) F.A. Davis Company.

Katz, S. (ed.) (1987): The Portugal Conference: Measuring quality of life and functional status in clinical and epidemiological research. *Journal of Chronic Diseases, 40 (6),* 459-650 (special issue).

Küchler, Th. (1985): Health psychology in Germany: applications in prevention. En J.J. Sanchez-Sosa (editor).*Health and Clinical Psychology,* Elsevier Science Publishers B.V.

Lafora, G. (1917): *Los niños mentalmente anormales.* Espasa-Calpe SA.(2ª edición, 1933).

Lalonde, M. (1974): *Nouvelles perspectives de la santé des canadiens.* Ministère de la Santé Nationale et du Bien-etre Social. Otawa.

Laporte, J.R., Porta, M. Capellá, D. & Arnau, J.JM. (1984): Drugs in the spanish health system.*International Journal of Health Services 14 (4),* 635-648.

Last, (1987): *Public Health and Human Ecology,* Appelton & Lange.

Lohr, K. & Ware, J. (eds.) (1987): Proceedings of the advances in health assesment conference. *Journal of Chronic Diseases, 40,* Suppl. 1, 1S-191S.

Masana, J. (1967): La teoría del aprendizaje en el tratamiento de la homosexualidad. *Rev. de Psiquiatría y Psicología Médica,8*(4), 206-218.

Masana, J. (1969): Enfoque actual de las desviaciones sexuales. *Anuario de Psicología,1,* 127-136.

Matarazzo, J.D. (1982): Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology.*American Psychologist, 37,* 1-14.

Matarazzo, J.D. (1983): Education and training in health psychology: Boulder or bolder? *Health Psychology,2,* 73-113.

Matarazzo, J.D. (1987): Relationships of health psychology to other segments of psychology. En G.C. Stone et al. (eds.): *Health Psychology. A discipline and a profession.* The University of Chicago Press.

Matarazzo, J.D. (1987): Postdoctoral education and training of service providers in health psychology. En G. Stone et al (eds.): *Health Psychology. A discipline and a profession.* The University of Chicago Press.

Mayor, J. & Labrador, F. (1984): *Manual de modificación de conducta.* Alhambra.

McKeown, T (1980): *The role of medicine: Dream, Mirage or Nemesis?,* Blackwell.

Ministerio de Sanidad y Consumo (1985): *Informe de la comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.* Secretaría General Técnica. Servicio de Publicaciones del M.S.C.

Mira, E. (1970): *Problemas psicológicos actuales.* El Ateneo editorial. Séptima edición.

Miralles, J.L. (1980): Antecedentes de la obra de E.Mira y López en la fisiología catalana del siglo XIX. *Revista de Historia de la psicología, 1*(1), 89-120.

Montoya, JL. (1978): Las instituciones psiquiátricas españolas en crisis: apuntes para

una reforma.En J. de Miguel (Comp.): *Planificación y Reforma Sanitaria*, Centro de Investigaciones Sociológicas.
O.C.D.E. (1985): *Measuring Health Care 1960-1983. Expenditure, Costs, and Performance.* O.C.D.E., Paris.
Páez,D. (1986): Desfase entre las necesidades estimadas y la demanda real del tratamiento de salud mental. En Darío Páez y cols.: *Salud Mental y factores psicosociales.* Editorial fundamentos.
Peiró, J.M. y Carpintero, H. (1981): Historia de la Psicología en España a través de sus revistas especializadas. *Revista de Historia de la Psicología,2 (2),* 143-181.
Pelechano,V. (1975):*Psicología estimular y modulación.* Marova.
Pelechano,V. (1984):Modificación de conducta: entre la práxis y la ciencia ficción. En J. Mayor & F. Labrador. *Manual de Modificación de Conducta.* Alhambra.
Pelechano,V. (1986): Diez años de terapia de conducta en España. *Análisis y Modificación de Conducta, 12 (31- 32),* 5-12.
Pelechano,V. (1988): *Del psicodiagnóstico clásico al análisis ecopsicológico,* vol. 1 :*Conceptos básicos. Alfaplús.*
Pérez, M. y Martínez, J. (1984): Medicina conductual: La comunicación médico-paciente. *Medicina clínica (Barc.), 83,* 167-172.
Pinillos, J.L. & Avia, M.D. (1980): Respuesta al artículo de Rostow "La Psicología Española vista desde dentro". *Revista de Psicología General y Aplicada,35*(4), 696-699.
Plan Nacional sobre Drogas (1985): *Plan Nacional Sobre Drogas.* Ministerio de Sanidad y Consumo.
Polaino,A. (1983): *Psicología Patológica* vol. 1 y 2. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid.
Portis, M.T., Tió, J. y Baselga, M (1988): Consumo de tabaco en la población Asepeyo España.*II Reunión de la Sección de Cardiología Preventiva y Rehabilitación.* Barcelona, 16-18 marzo.
Reig, A. (1981): Medicina comportamental. Desarrollo y líneas de intervención. *Análisis y Modificación de Conducta,14,* 99-160.
Reig, A. (1985):La psicología en el sistema sanitario. *Papeles del Colegio de Psicólogos, 20,* 7-12.
Reig, A. & Rodríguez, J. (1985): Aspectos psicológicos del incumplimiento de las prescripciones terapéuticas y estrategias de modificación. *Enfermería Científica, 39,* 20-27.
Reig, A. & Rodríguez, J. y Mira, J. (1987):Psicología de la salud: algunas cuestiones básicas. *Informació Psicológica, 30,* 5-10.
Rodin,J. & G. Stone (1987): Historical highlights in the emergence of the field. En G.C. Stone y otros (eds.): *Health Psychology. A Discipline and a profession.* The University of Chicago Press.
Rodríguez,J.(1987a): La psicología de la salud: una alternativa para uno de los futuros posibles de la psicología. *Mimeo.* Dpto. de Psicología de la salud. Universidad de Alicante.
Rodríguez, J. (1987b): Proyecto P.I.R.. *Mimeo.* C.O.P.
Rovira Forns, J (1986): El coste social del alcoholismo y del tabaquismo. En otras publicaciones: *Planificación y Economía de la Salud en las autonomías.* Comunidad de Madrid. Instituto Regional de Estudios.
Salleras,L. (1988): Los médicos y el tabaco. *Medicina Clínica (Barc.),90,* 412-415.
Sánchez Agudo, L., Calatrava, J.M., Escudero,C. García, A., Marco,V. y Esteras, A. (1988): Prevalencia del tabaquismo en la profesión médica.*Medicina Clínica (Barc.), 90,* 404-407.
Schwartz, G.C. (1981): A systems analysis of psychobiology and behavior therapy: implications for behavioral medicine. *Psychotherapy and Psychosomatics, 36,*159-184.

Schwartz, G.C. (1982): Testing the biopsychosocial model: The ultimate challenge facing behavioral medicine? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50(6),* 1040-1953.

Stone, G. (1979): Health and the Health System: A Historical Overview and Conceptual Framework. En G. Stone, F. Cohen, N. Adler & Associates: *Health Psychology. A handbook.* Jossey-Bass Publishers.

Stone, G. (ed.) (1983): Proceedings of tha National Working Conference on Education and Training in Health Psychology. *Health Psychology, 2*(5), 1-153.

Stone, G., Weiss, S., Matarazzo,J., Miller, N. Rodin, J., Belar, C., Follick, M. & Singer, J.(eds.) (1987): *Health Psychology. A discipline and a profession.* The University of Chicago press.

Suter, S. (1986): *Health psychophysiology: mind-body interactions in wellness and illness,* LEA

Uroz,J. Trías, I., Bernat, R. y Fernandez-Nogués, F. (1988):Iatrogenia en una serie de 288 autopsias clínicas. *Medicina Clínica (Barc.), 91,* 50-53.

Villalbí, J. y Maldonado, R. (1988): La alimentación de la población en España desde la posguerra hastal los años ochenta: una revisión crítica de las encuestas de nutrición.*Medicina Clínica (Barc.), 90,* 127-130.

Weiss, S.M.(1985): *Conferencia* pronunciada en el 15th Annual Meeting European Association for Behavior Therapy. Munich, 29 agosto - 1 septiembre.

World Health Organization (1981): *Global Strategy for Health for All by the year 2000.* WHO Geneva.

World Health Organization (1984): *Health Promotion. A discussion document on the concept and principles,* WHO Copenhagen.

World Health Organization (1986): *Ottawa Charter for Health promotion* WHO Copenhagen.

World Health Organization (1987): *World Health Statistics Annual/Annuarie Statistiques Sanitaries Mondiales.* WHO, Genève.

Yela, M. (1976): La psicología española: ayer, hoy y mañana. *Revista de Psicología General y Aplicada,* 31, 141-142, 585-590.