

PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOLOGÍA DE LA SALUD: EN DEFENSA DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Julio Alfonso Piña López¹

Secretaría de Salud del Estado de Sonora,
México

ABSTRACT

Given the models and orientations underlying both clinical and health psychology, it is argued that it does not make any sense to mix them under a single label, usually called health psychology. It is recovered a line of arguments exposed by Israel Goldiamond in which he asserted that it is possible to talk about a traditional medical model and its clinical pathological orientation as opposed to the epidemiological and rehabilitative models and their constructive approach. It is asserted that health psychology must center its attention in disease prevention and in health promotion supported in a psychological model and in a special kind of research as necessary and sufficient conditions for generating potential applied knowledge.

Key Words: Health psychology, Clinical Psychology, Disease Prevention, Health Promotion, Psychological model.

¹ Correspondencia: Guillermo Prieto 18, Col. Constitución, 83150 Hermosillo, Son. (México). Correo electrónico: jpina@ssa.gob.mx.

RESUMEN

En razón de los modelos y orientaciones que subyacen tanto a la psicología clínica como a la psicología de la salud, se argumenta por qué carece de sentido conjuntar ambas especialidades en una sola, la que se da en llamar psicología clínica y de la salud. Se retoma una línea de argumentos desarrollada por Israel Goldiamond, en la que se establece que es posible hablar de un modelo médico tradicional y su orientación clínico-patológica, en contraposición con los modelos epidemiológico y de rehabilitación y su orientación constructiva. Se sostiene que la psicología de la salud debe centrar su atención, fundamentalmente, en la prevención de las enfermedades y en la promoción de la salud, apoyándose para tal efecto en un modelo psicológico y en un tipo especial de investigación como condiciones necesarias y suficientes para la generación de conocimientos potencialmente aplicables.

Palabras clave: Psicología Clínica, Psicología de la Salud, Prevención de las enfermedades, Promoción de la salud, Modelo psicológico.

INTRODUCCIÓN

Desde hace poco más de una década, G.C. Stone, sin duda uno de los más conspicuos representantes de la psicología de la salud en los Estados Unidos de Norteamérica, se preguntaba si con el paso del tiempo se convertiría ésta en una de las principales especialidades de la psicología, o bien, tal como había ocurrido con otros fenómenos que ocasionalmente aparecían, pronto sería

absorbida dentro de otras categorías ya existentes (Stone, 1991).

A juzgar por los hechos, todo parece indicar que la psicología de la salud se encuentra en esta última coyuntura. Al menos eso es lo que se puede interpretar de la creciente tendencia a unir la psicología clínica y la psicología de la salud en una sola especialidad, a la que se ha dado en llamar *psicología clínica y de la salud* (cfr. Arnett, 2001; Belar,

1997; Colegio Oficial de Psicólogos, 1998), considerada inclusive por la segunda como la nueva especialidad del siglo XXI.

Ya sea que se trate de un simple juego de palabras o de una tendencia que está adquiriendo verdadera carta de naturalidad, parece que se está cometiendo un serio error, con profundas implicaciones que inadvertidamente comprometen el futuro mismo de la psicología de la salud.

Este trabajo se propone examinar por qué carece de sentido plantear siquiera la posibilidad de conjuntar ambas especialidades en una sola. Para tales propósitos, es necesario aclarar que no hay la pretensión de buscar apoyos en argumentos de sobra conocidos respecto de las diferencias que separan a ambas especialidades, concretamente en lo tocante a sus marcos teóricos, objetivos que persiguen o estrategias de investigación e intervención, entre otros, tópicos sobre los cuales ya se ha escrito suficiente (p.e. Buela-Casal y Carrolles, 1996; Echeburúa, 1996; Jiménez y Piña, 1996; Morales, 1997, 2002; Saforcada, 2001; Santacreu, 1991). Interesa, por el contrario, centrar la discusión en una línea de argumentos que

puede encontrarse en un trabajo original publicado a mediados de la década de los setenta por Israel Goldiamond (1974), que desafortunadamente ha sido pasado por alto por el grueso de psicólogos que se insertan profesionalmente en los campos de los problemas clínicos y de la salud.

En síntesis, Goldiamond señala que se puede hablar de un modelo médico tradicional que se vincula con una orientación, la *clínico-patológica*, que descansa en el supuesto de que para restaurar el estado de salud que previamente tenía un individuo invariablemente hay algo que "eliminar" en su organismo, en contraposición con los modelos epidemiológico y de rehabilitación, que subrayan lo que el autor denominó como una orientación *constructiva*, que descansa en el supuesto de que no hay nada que eliminar, sino que es mejor "dotar" al individuo de los recursos necesarios para que mantenga su estado de salud el mayor tiempo posible.

Tal y como ya se ha mencionado en otros lugares (Jiménez y Piña, 1996; Morales y Piña, 1995; Piña, 2001a), esos modelos y sus respectivas orientaciones guardan una importante

correspondencia tanto con la psicología clínica como con la psicología de la salud. Si el análisis que aquí se presenta resulta convincente para el lector, se podrá liberarse de una vez por todas de esas disquisiciones internas a las que hacía referencia Vallejo (1998) y que, desde el punto de vista del presente autor, muy poco han contribuido a eliminar la hojarasca que durante tanto tiempo ha ensombrecido la discusión en torno de si la psicología clínica y la psicología de la salud constituyen dos especialidades diferentes; si ambas se encuentran emparentadas con la medicina conductual o la psicología comunitaria; si a la psicología de la salud debiera definírsele por su naturaleza inter y/o multidisciplinaria y demás.

PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOLOGÍA DE LA SALUD: MODELOS Y ORIENTACIONES

Como es bien sabido, el nacimiento formal de lo que conocemos como psicología clínica tuvo lugar a finales de la década de los noventa del siglo XIX, época en la que su fundador, Lightner

Witmer (cfr. Korchin, 1976) tenía a su cargo el laboratorio de psicología en la Universidad de Pennsylvania en los Estados Unidos de Norteamérica. Citaré en extenso:

Durante los últimos diez años, el laboratorio de psicología de la Universidad de Pennsylvania ha conducido, bajo mi dirección, lo que he dado en llamar la "clínica psicológica". Niños provenientes de diferentes escuelas públicas son traídos por sus padres o maestros; son niños especiales por el hecho de evidenciar la falta de habilidades para progresar en el trabajo escolar al parejo de otros niños, o debido a determinados defectos morales que hace difícil su manejo de acuerdo con la disciplina ordinaria (Witmer, 1907, p. 1).

Vinculada en sus orígenes a la psicología médica, a la psiquiatría y a la tradición psicométrica de los siglos XVIII y XIX (Sundberg, Tyler y Taplin, 1976), de un tiempo a la fecha se ha venido insistiendo en que la psicología clínica abandonó los patrones rígidos que históricamente la configuraron como una especialidad consagrada a las actividades diagnósticas y de evaluación

(Ibáñez y Belloch, 1989), dando así paso a la incorporación de otras funciones y actividades profesionales, como por ejemplo las de intervención, planeación, prevención e investigación, por mencionar algunas (crf. Bernstein y Nietzel, 1982; Carrobes, 1989; Garfield, 1979; Kendall y Norton-Ford, 1988).

Empero, aun no está del todo claro si con la inclusión de nuevas funciones y actividades se han generado los cambios que confirma el abandono de esos patrones rígidos o sí, por el contrario, no han pasado de ser esfuerzos infructuosos por darle una personalidad propia a la psicología clínica frente al cada vez menos dominante modelo médico tradicional.

En buena medida, parece que lo anterior no ha ocurrido debido fundamentalmente a la influencia tácita que el modelo médico tradicional sigue ejerciendo sobre la psicología clínica, pues, de acuerdo con Morales (1997), no obstante el tiempo transcurrido y la serie de cambios que se han propuesto, la psicología clínica todavía conserva algunas de las características cuyo origen se sitúa precisamente en dicho modelo: constituye tanto

una especialidad como un campo de actuación profesional centrado en la enfermedad y no en la salud, y subraya como sus funciones sustantivas las de diagnóstico, evaluación e intervención de y sobre lo ya dañado.

Hay que tener presente —como agudamente apuntaba Woodworth (1937)— que la adopción del término “clínica” y su incorporación a la psicología resultaron poco afortunadas no sólo porque se tomó prestado un término ajeno a la propia psicología como disciplina, sino que, por añadidura, se aceptó también una forma de proceder profesionalmente que no era distinta a la que históricamente se venía ejerciendo en el contexto de la práctica de la medicina, misma que se justificaba en y por el empleo del método clínico en tanto sistema de recolección de información, por un lado, o bien como procedimiento de intervención, por el otro.

Esta es precisamente la orientación que define a la medicina clínica, la denominada por Goldiamond como “clínico-patológica”. En el terreno de la psicología clínica, hablar del modelo médico y su orientación clínico-patológica es equivalente a

procurar un tipo de intervención que tiene por objeto "eliminar" del repertorio de un individuo aquello que se define como la sintomatología, o los comportamientos propiamente dichos que lo llevan a manifestar una determinada sintomatología (Ribes, 1982).

Así, mientras que en la práctica de la medicina la intervención acontece mediante, por ejemplo, la cirugía y el empleo de medicamentos, en la psicología clínica la intervención ocurre a través del empleo de una considerable cantidad de técnicas o procedimientos orientados a eliminar la sintomatología o los comportamientos que antes se habían definido como problemáticos, anormales, desadaptados y otros términos similares.

En cualquier caso, tanto la medicina como la psicología clínicas comparten, en razón del método y del modelo en los cuales sustentan sus modos de actuación profesional, una misma orientación: la clínico-patológica. El énfasis que ambas ponen es respecto de lo que hay que eliminar —ya se trate de sintomatología, comportamientos o agentes causales de distinto tipo—, si se quiere restaurar el estado de salud que previamente tenía una persona.

En un sentido opuesto, la psicología de la salud nació y se ha desarrollado como una especialidad centrada —y esto es preciso subrayarlo— en la prevención de las enfermedades y en la promoción de la salud (cfr. Holtzman, Evans, Kennedy e Iscoe, 1987; Stone, 1979, 1987; Taylor, 1987).

Si nos ceñimos a lo que los términos *prevención* y *promoción* significan en el contexto del lenguaje ordinario (Piña y Obregón, en prensa), en psicología de la salud hay, o al menos debiera haber, un abierto rechazo a la orientación clínico-patológica, pues el énfasis se coloca no sobre lo que hay que eliminar sino sobre lo que el individuo puede hacer a partir de su propia historia interactiva y las opciones de que dispone del ambiente para lograrlo (Goldiamond, 1974; Ribes, 1982).

Consecuente con lo anterior, en la psicología de la salud lo que interesa es procurar un tipo de intervención mediante la cual se busca "dotar" al individuo de los recursos que le permitan alcanzar un determinado nivel de suficiencia en lo biológico y, por tanto, de que mantenga su estado de salud el mayor tiempo posible.

Es decir, si el énfasis de la psicología de la salud se coloca en la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud —lo que de ninguna manera cancela otras posibles modalidades de intervención—, lo que precisamente debe procurarse en la misma es trascender las limitaciones impuestas por el modelo médico y su orientación clínico-patológica, lo cual, desde nuestra perspectiva, únicamente se puede lograr en la medida en que se incorpore la orientación constructiva planteada por Goldiamond (1974). No obstante, sobre esto último hay que hacer algunas aclaraciones.

En principio, la orientación constructiva propuesta por Goldiamond (1974) constituye, en el sentido estricto de la palabra, justamente eso: una orientación o guía de qué es lo que el psicólogo puede hacer profesionalmente en el campo de los problemas de salud, independientemente de si su quehacer cotidiano se circunscribe al ámbito individual, al grupal, al comunitario o al institucional.

Siendo una orientación o guía, ciertamente con profundas implicaciones sobre qué hacer y por qué, es indispensable que a la vez el psicólogo disponga de

otras herramientas que le hagan posible realizar con éxito el conjunto de actividades consideradas tanto en la prevención de las enfermedades como en la promoción de la salud. Estas herramientas serían, fundamentalmente, un modelo psicológico de salud biológica, tal y como originalmente fue planteado por Ribes (1990), así como un conjunto de métodos y procedimientos de naturaleza observacional y experimental que le permitan generar un cuerpo de conocimientos potencialmente aplicable.

Las ventajas de este modelo psicológico de salud biológica radican en que, a diferencia de otras aproximaciones psicológicas al campo de los problemas de salud, se especifica un marco teórico-conceptual en el cual no sólo se define con precisión cuál es la dimensión psicológica pertinente a la salud, sino que también se precisa el espectro de su aplicabilidad en el citado campo (Piña y Bullé-Goyri, 1994; Piña, Guzmán y Obregón, 1993; Rodríguez, Moreno, Robles y Díaz-González, 2001).

La dimensión psicológica de la salud, de acuerdo con Ribes (1990), se puede desagregar en

tres factores, que serían: 1) la forma en que el comportamiento participa en la modulación de los estados biológicos; esto es, cómo es que a partir de una amplia gama de interacciones conductuales se ejerce determinada influencia sobre los diferentes sistemas reactivos biológicos y los estados resultantes del organismo, ya sea que se hable de los sistemas inmunitario, cardiovascular, endocrino y demás; 2) el ejercicio de diversas competencias funcionales que definen la efectividad de un individuo para interactuar con múltiples situaciones que directa y/o indirectamente comprometen su estado de salud, y 3) las maneras consistentes en las que un individuo interactúa con una situación que potencialmente puede afectar su condición biológica.

Señala Ribes (1990):

Estos tres factores generales involucran una diversidad de funciones psicológicas distintas, y su proceso, como interrelación recíproca, es determinante, en mayor o menor grado, de los resultados observables biológicamente en términos de salud o enfermedad. El hacer o no hacer, el hacer de cierta manera las

cosas, y hacerlo frente a ciertas condiciones, constituyen los elementos que definen psicológicamente un proceso cuya resultante es la presencia o ausencia de enfermedad biológica (p. 20).

Tales factores son, pues, susceptibles de analizarse mediante un conjunto de categorías que aluden a diversos procesos que permiten vincular las condiciones o estados del organismo con las acciones del individuo. El meollo, sin embargo, radica en establecer con la precisión y el rigor requeridos los criterios a partir de los cuales será posible evaluar dichos factores o procesos psicológicos, y en qué términos los productos que de ahí se deriven podrán ser "traducidos" como conocimientos potencialmente aplicables en y para la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud.

Esto último es un asunto de capital importancia, pues si se parte del supuesto de que la investigación que se realiza en la psicología de la salud tiene como su objetivo primordial generar un cuerpo de conocimientos aplicable a los problemas de salud, hasta aquí parece obvio que no puede ser cualquier tipo de

investigación. Permítaseme aclarar este punto.

A pesar de que buena parte de la tradición teórica y metodológica en el contexto de la relación entre la psicología y el campo de los problemas de salud proviene de psicólogos que se inscriben en el movimiento denominado genéricamente como análisis de la conducta², pareciera que cuando se habla y se hace investigación en el terreno de la psicología de la salud la preocupación se revierte hacia el empleo de métodos y procedimientos que poco tienen que ver con el análisis de la conducta; es decir, finalmente se termina haciendo investigación recurriendo a métodos o procedimientos que no procuran un análisis observacional y experimental de los fenómenos psicológicos y su relación con las propiedades del ambiente (Piña, 2001a, 2002; Piña y Corral, 2001). En efecto, baste revisar la literatura sobre este tema para percatarse de que una importante cantidad de investigaciones se conducen teniendo como sustento métodos y procedimientos propios de la psicometría y de la

estadística, cuyos productos, independientemente de si se alcanzan los criterios de confiabilidad y validez exigidos en el nombre de la ciencia, poco o nada dicen acerca de qué es lo que hace que un individuo se comporte de una manera y no de otra en una o más situaciones interactivas, perdiéndose así la riqueza de un análisis funcional de los distintos factores o procesos psicológicos implicados en la salud o la enfermedad (Sánchez-Sosa, 1998). Dicho de otra manera y a guisa de ejemplo, se puede saber a través de la práctica de la investigación que 85 por ciento de los jóvenes cuyas edades fluctúan entre los 15 y 20 años no utilizan el preservativo cuando tienen relaciones sexuales con penetración; luego, es posible relacionar este dato con los datos de otras variables que han demostrado tener significancia estadística, como la falta de conocimientos o tal o cual tipo de creencias o actitudes.

Empero, ¿qué indican esos datos en conjunto? ¿Se puede a partir de ellos diseñar programas para prevenir el problema del

² Algunas posibles excepciones a la regla incluyen a los psicólogos que basan sus trabajos en los modelos de creencias de salud y de la acción razonada, o bien aquellos otros que optan por el movimiento denominado *medicina psicosomática*.

VIH/sida o promover la salud en ese grupo de jóvenes? Sin lugar a dudas: se puede porque se hace (cfr. Díaz-Loving, 2002), aunque faltaría por discutir la pertinencia de los datos para representar y dar cuenta de los procesos psicológicos que facilitan o impiden que los jóvenes finalmente tengan relaciones sexuales con penetración sin utilizar el preservativo, y en un segundo momento traducir dichos datos en conocimientos que asumen la forma de técnicas y estrategias dirigidas al cambio de comportamientos, sin que previamente haya existido un proceso de reordenamiento del conocimiento obtenido en un nivel y el de su aplicabilidad en otro (Piña, 2001b; Ribes y López, 1985).

Prevenir enfermedades y promover la salud supone el desarrollo de una amplia gama de actividades que formalmente se definen como acciones en el nivel primario de atención a la salud, esto es, como acciones preventivas primarias (Kickbusch, 1996; Morales y Piña, 1995; Ribes, 1990). Para concretar y definir la pertinencia de dichas acciones es preciso realizar investigaciones que se apoyen en el empleo de métodos y procedimientos de

naturaleza observacional y experimental, si con ello se pretende dar cuenta de los factores psicológicos y la relación funcional que se establece entre estos y una diversidad de objetos, sucesos u otros organismos en cualesquiera situaciones interactivas.

Se trata de un tipo de investigación tendiente a identificar y evaluar, en términos paramétricos y funcionales, la relación entre algunas de las propiedades de la conducta y del ambiente en situaciones interactivas en las que se presume, dadas ciertas relaciones, que se puede afectar en el corto, mediano o largo plazo la condición de salud de una persona. Ejemplos de ese tipo de investigación se pueden encontrar en el área de las diferencias individuales y la asunción de riesgo (Santacreu, Santé y López-Vergara, 1999), SIDA (González-Puente, 2001) y conducta tipo A y enfermedad cardiovascular (Reynoso, Álvarez, Tron, De la Torre y Seligson, 2002).

Son, en ese sentido, investigaciones susceptibles de someterse a múltiples repeticiones sistemáticas para evidenciar su generalidad y confiabilidad, así como útiles para traducir sus hallazgos en propuestas tecnoló-

gicas fácilmente operacionales en virtud de que se dispone de información precisa respecto de las dimensiones físicas y temporales de las variables manipuladas, ya sea que se hable de investigaciones conducidas en el contexto del laboratorio o en los escenarios naturales (cfr. Sánchez y Hernández, 1996).

A fin de cuentas, estamos convencidos de que en la medida en que los psicólogos de la salud reconozcan la importancia de la orientación constructiva de Goldiamond y la necesidad de contar con un modelo psicológico de salud como el desarrollado por Ribes, estaremos asegurando un paso adelante de lo que tradicionalmente se ha venido haciendo en la multicitada especialidad.

Asimismo, parece oportuno añadir que si apoyamos nuestra oferta de trabajo tanto en la orientación constructiva como en el modelo psicológico ya señalados, seremos capaces de superar los resabios de una práctica de la investigación restringida al empleo de toda clase de instrumentos de medida, y contribuyendo con ello a dar cuenta de las relaciones funcionales que

subyacen en las interacciones entre el organismo y el ambiente y sus múltiples efectos en la salud.

Por todo lo anterior, como correctamente sostiene Sánchez-Sosa (1998), es necesario acortar la brecha entre el conocimiento de los principios del funcionamiento psicológico, logrado a través de la investigación básica, y la forma en que esos principios se convierten en intervenciones preventivas o terapéuticas. Se trata, por tanto, de incrementar el impacto de la investigación sobre la práctica de los profesionales de la salud, de tal suerte que los conocimientos y los productos tecnológicos incidan efectivamente en la salud de la población (Rodríguez y Rojas, 1998).

REFERENCIAS

- Arnett, J.L. (2001). "Clinical and health psychology: Future directions". *Canadian Psychology*, 42: 38-48.
- Belar, C.D. (1997). "Clinical health psychology: A speciality for the 21st Century". *Health Psychology*, 16: 411-416.
- Bernstein, D.A. y Nietzel, M.T. (1982). *Introducción a la psicología clínica*. México: Mc Graw-Hill.

- Buela-Casal, G. y Carrobles, J.A. (1996). "Concepto de psicología clínica, medicina conductual y psicología de la salud". En G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (Dir.): *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI: 3-11.
- Carrobles, J.A. (1989). "Psicología clínica y modificación de conducta: desarrollo histórico". En J.A. Carrobles (Ed.): *Análisis y modificación de conducta II-1*. Madrid: UNED: 27-39.
- Colegio Oficial de Psicólogos (1998, junio). "El perfil del psicólogo clínico y de la salud". *Papeles del Colegio*, 69: 4-23.
- Díaz-Loving, R. (2002). "Concepción psico-socio-cultural ante el VIH/SIDA". En L. Reynoso e I. Seligson (Coords.): *Psicología y salud*. México: UNAM-CONACYT: 173-190.
- Echeburúa, E. (1996). "La psicología de la salud en España: un camino errado". *Análisis y Modificación de Conducta*, 22: 82-93.
- Garfield, S.L. (1979). *Psicología clínica: el estudio de la personalidad y la conducta*. México: El Manual Moderno.
- Goldiamond, I. (1974). "Toward a constructional approach to social problems". *Behaviorism*, 2: 1-84.
- González P., J.A. (2001). *Evaluación y mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes seropositivos al VIH/SIDA*. Tesis inédita de Doctorado en Psicología. México: UNAM-Facultad de Psicología.
- Holtzman, W.H., Evans, R.I., Kennedy, S. e Iscoe, Y. (1987). "Psychology and health: Contributions of psychology to the improvement of health and health care". *International Journal of Psychology*, 22: 221-267.
- Ibáñez, E. y Belloch, A. (1989). "Psicología académica y psicología profesional en el campo de la clínica". *Anuario de Psicología*, 41: 33-48.
- Jiménez, J.L. y Piña, J.A. (1996). "De la psicología clínica a la psicología y salud: ¿transición necesaria u obligada?" En G.R. Ortiz (Coord.): *Psicología y salud: la experiencia mexicana*. Xalapa (México): Universidad Veracruzana: 71-83.
- Kendall, P.C. y Norton-Ford, J.D. (1988). *Psicología clínica: perspectivas científicas y profesionales*. México: Limusa.
- Kickbusch, I. (1996). "Promoción de la salud: una perspectiva mundial". En Organización Panamericana de la Salud (Ed.): *Promoción de la salud: una antología*. Washington, D. C.: Autor: 15-24.
- Korchin, S. (1976). *Modern clinical psychology*. New York: Norton.
- Morales C., F. (1997). *Introducción a la psicología de la salud*. Hermosillo (México): UNISON.
- Morales C., F. (2002). "¿Tenemos una psicología de la salud para América Latina?" En L. Reynoso e I. Seligson (Coords.): *Psicología de la salud*. México: UNAM-CONACYT: 33-42.
- Morales C., F. y Piña, J.A. (1995). "Psicología y salud en el siglo XX: aproximación desde la psicología como disciplina y profesión". *Psicología y Salud*, 6: 143-156.
- Piña, J.A. (2001a, octubre). "Psicología clínica y medicina conductual: no es lo mismo hablar de psicología de la salud". *Memorias del VI Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud*. Buenos Aires, Argentina.
- Piña, J.A. (2001b, mayo). *Perspectivas de la investigación psicológica sobre*

- SIDA. Conferencia inédita dictada en el I Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud. Veracruz, México.
- Piña, J.A. (2002, mayo). *La psicología de la salud en Sonora*. Conferencia magistral dictada en el I Congreso Estatal y VI Reunión Regional de Psicología de la Salud. Culiacán, México.
- Piña, J.A. y Bullé-Goyri, R. (1994). "La psicología en el ámbito de la salud pública: perspectivas de un modelo psicológico para la investigación y la prevención". *Psicología y Salud*, 4: 177-185.
- Piña, J.A. y Corral, V. (2001). "Conocimientos y motivos asociados a comportamientos de riesgo y prevención relacionados con el SIDA". *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 19: 7-24.
- Piña, J., Guzmán, A.C. y Obregón, F. (1993). "Las nociones de salud, interdisciplina y multidisciplinaria desde la óptica de la psicología conductual". *Revista Sonorense de Psicología*, 7: 80-87.
- Piña, J.A. y Obregón, F. (1992). "La prevención en el campo de la salud: de la inmunización al análisis del comportamiento". En J.A. Piña (Comp.): *Psicología y salud: aportes del análisis de la conducta*. Hermosillo (México): UNISON: 74-89.
- Piña, J.A. y Obregón, F.J. (en prensa). "Algunas reflexiones sobre el concepto de prevención en el contexto de la relación psicología y salud". En J.A. Piña, J.A. Vera y F.J. Obregón (Eds.): *Psicología y salud en Iberoamérica*. Hermosillo (México): SSA-CIAD-UNISON.
- Reynoso, L., Álvarez, A., Tron, R., De la Torre, I. y Seligson, I. (2002). "Conducta tipo A y enfermedad cardiovascular". En L. Reynoso e I. Seligson (Coords.): *Psicología y salud*. México: UNAM-CONACYT: 43-70.
- Ribes, E. (1982). "Reflexiones sobre una caracterización profesional de las aplicaciones clínicas del análisis conductual". *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 8: 87-96.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Rodríguez, M.L., Moreno, D., Robles, S. y Díaz G., E. (2001). "El Sida desde el modelo psicológico de salud biológica". *Psicología y Salud*, 10: 161-175.
- Rodríguez, G. y Rojas, M.E. (1998). "La psicología de la salud en América Latina". En G. Rodríguez y M.E. Rojas (Coords.): *La psicología de la salud en América Latina*. México: UNAM-Miguel Ángel Porrúa: 15-32.
- Saforcada, E. (2001). "A manera de exordio". En E. Saforcada (Comp.): *El factor humano en la salud pública: una mirada psicológica hacia la salud colectiva*. Buenos Aires: Proa XXI: 15-25.
- Sánchez-Sosa, J.J. (1998). "Desde la prevención primaria hasta ayudar al bien morir: la interfaz intervención-investigación en psicología de la salud". En G. Rodríguez y M.E. Rojas (Coords.): *La psicología de la salud en América Latina*. México: UNAM-Miguel Ángel Porrúa: 35-44.
- Sánchez-Sosa, J.J. y Hernández G., L. (1996). "Investigación básica y derivación tecnológica en el análisis de la conducta: el difícil pero esencial tránsito del laboratorio a la práctica profesional". *Psicología Iberoamericana*, 4: 61-67.

- Santacreu, J. (1991). "Psicología clínica y psicología de la salud: marcos teóricos y modelos". *Revista de Psicología de la Salud*, 3: 3-20.
- Santacreu, J., Santé, L. y López V., R. (1999). "Asunción de riesgo: una evaluación conductual". *Psicología y Salud*, 13: 5-18.
- Stone, G.C. (1979). "Psychology and health system". En G.C. Stone, F. Cohen y N.E. Adler (Eds.): *Health psychology*. San Francisco: Jossey-Bass: 47-75.
- Stone, G.C. (1987). "The scope of health psychology". En G.C. Stone, S.M. Weiss, J.D. Matarazzo, N.E. Miller, J.D. Rodin, C.D. Belar, M.J. Follick y J.E. Singer (Eds.): *Health psychology: A discipline and a profession*. Chicago: University of Chicago Press: 27-40.
- Stone, G.C. (1991). "An international review of the emergence and development of health psychology". En M. Jansen y J. Weinman (Eds.): *The international development of health psychology*. Churchill: Harwood Academic Publishers: 3-18.
- Sundberg, N.D., Tyler, L.E. y Taplin, J.R. (1976). *Clinical psychology: Expanding horizons*. New York: Appleton Century Crofts.
- Taylor, S.E. (1987). "The progress and prospects of health psychology: The Task of a maturing discipline". *Health Psychology*, 6: 73-87.
- Vallejo, M.A. (1998, julio). *Psicología clínica vs. psicología de la salud*. Conferencia plenaria dictada en el II Congreso Iberoamericano de Psicología. Madrid, España.
- Witmer, L. (1907). "Clinical psychology". *Psychological Clinic*, 1: 1-19.
- Woodworth, R.S. (1937). "The future of clinical psychology". *Journal of Consulting Psychology*, 1: 4-5.

Recibido en febrero 2003, aceptado en abril 2003