

Terapia de Conducta e Intervención Comunitaria

Anabel Narbón Diente

Alfredo Pacheco Torralva

Psicólogos . - Correspondencia: Avda. Ausias March, 28 - 4ª - 46100 Burjassot (Valencia)

RESUMEN

El trabajo del psicólogo clínico, de carácter privado, puede ser ampliado dirigiendo su ámbito de aplicación desde el individuo hacia colectivos sociales que demandan intervención y asistencia psicológica en la búsqueda de la salud y el bienestar personal.

PALABRAS CLAVE

Terapia de Conducta, Intervención Comunitaria, Salud.

INTRODUCCION

La constante evolución social conlleva que las distintas actividades profesionales tiendan a ajustarse de modo que intenten dar respuesta a las demandas que, paulatinamente, se van planteando. La búsqueda de una mayor calidad de vida hace que la población incremente la solicitud de servicios de salud, los cuales no resultan accesibles en muchas ocasiones. De esta forma, la creciente importancia que se le otorga al bienestar psicológico en nuestra sociedad no ha de quedar sin respuesta desde la Terapia de Conducta, habitual en el ámbito privado. En este sentido, resultaría relevante un acercamiento de la psicología clínica hacia la comunidad, acción que implicaría el beneficio mutuo para ambas partes.

En un primer momento se expone la concepción de salud pública y de la Influencia de los estilos de vida sobre la misma. La Modificación de Conducta se erige como el sistema más adecuado para la promoción de la salud, tanto a nivel individual

como colectivo. La tecnología conductual, desde modelos claramente dirigidos a la interacción del individuo con su ambiente, se adapta a los objetivos propuestos en la educación para la salud. Posteriormente, se realiza una propuesta a fin de dirigir el trabajo del terapeuta de conducta hacia poblaciones y colectividades sociales que requieren de atención psicológica especializada.

Salud y comportamiento

Hablar del verdadero inicio de la salud pública supone remontarnos a finales del S. XVIII y principios del S. XIX. Su desarrollo y contenido está ligado a los cambios en los gobiernos y al significado que éstos le dan a la salud colectiva. En concreto, en España, con la Ley de Bases de Sanidad de 1944, el Estado apostó por una salud pública ligada a la sanidad e higiene ambiental, con actividades de prevención básica, como vacunas y programas específicos en patología infecciosa. Hoy día carecemos de vacunas para las enfermedades que más nos afectan ya que no se trata de enfermedades infecciosas como ocurría en el pasado, éstas han sido sustituidas por patologías crónicas y degenerativas.

Además del cambio real en la salud de la población (aumento de la tasa de

vida y disminución de la mortalidad) y del progreso social que las poblaciones han ido experimentando, existe junto a ello, un importante cambio en la percepción de la propia salud. La sociedad del bienestar ha llegado a tal grado de ofertas de servicios que hace que la población demande servicios de salud que antes no solicitaba. La población no ha permanecido indiferente y con una actitud de espectadora pasiva durante los últimos años, ya no es un elemento estático. Desde un punto de vista sociológico (Naisbett, 1984) podemos observar algunas características de esta nueva actitud surgida como resultado de la nueva sociedad en la que prima la información, el cliente y un consumo sofisticado de elección. La población tiene más información sobre las enfermedades, se preocupa más por su salud, es más exigente, activa y con iniciativas; genera sus propias expectativas en relación con la información que maneja y demanda más información para poder tomar sus propias decisiones.

Una de las principales tareas de la Salud Pública es desarrollar estrategias para aliviar o reducir los problemas de salud de la población, lo que requiere conocer no sólo los patrones de salud sino también sus mecanismos de producción. A nivel general, podemos hablar de cuatro grandes tipos de elementos que juegan papel en la salud: la propia biología humana, el medio ambiente, los servicios sanitarios y los estilos de vida, entendidos estos últimos como el conjunto de decisiones que toman los individuos y que les afectan directamente. De este conjunto de elementos, el estilo de vida ha sido, desde el primer momento, considerado como el que produce un mayor impacto sobre el estado de salud. Este incluye una serie de comportamientos que pueden actuar negativamente sobre el bienestar del organismo, a los que el ser humano se expone deliberadamente y sobre los que podría ejercer un mecanismo de autocontrol. Podemos clasificar los componentes de los estilos de

vida insanos en hábitos dietéticos, con consumo excesivo de azúcares y grasas de origen animal; sedentarismo y falta de ejercicio físico; consumo de drogas -como alcohol y tabaco-; abuso de (psico) fármacos; y mala utilización de los servicios médicos; la modificación de estos hábitos permitiría evitar, sólo en EE.UU., más de medio millón de muertes anuales (McGinnis y Foege, 1993). En la actualidad se considera más apropiado hablar de patrones de conducta, ya que es el conjunto de conductas de un individuo lo que determina su modo de vida, resultado de las complejas interacciones entre él y su ambiente. Mientras algunas enfermedades pueden ser tratadas mediante cirugía, terapia médica u otro tipo de intervenciones, la mayoría de las enfermedades más prevalentes en la sociedad actual están asociadas, en mayor o menor grado, a determinadas conductas y, consecuentemente, su prevención y tratamiento debe basarse en la modificación de las mismas.

El estilo de vida ha sido, desde el primer momento, considerado como el que produce un mayor impacto sobre el estado de salud.

Efectivamente, las medidas de promoción de la salud pretenden actuar sobre el patrón de conductas que los individuos adoptan. No obstante, el cambio conductual no es tarea fácil e incluso una mayor dificultad supone el mantenimiento en el tiempo de las conductas que ya se han modificado, mucho más si consideramos al individuo como una parte integrante de la sociedad. Es precisamente el ambiente social el que modula de manera importante la adquisición de hábitos determinados de conducta. En esta línea se han plantea-

do desde Psicología modelos que dan cuenta de la realidad que intentan explicar. A partir del modelo clínico de actuación psicoterapéutica, se establece un nuevo modelo teórico que representa un avance al articular las relaciones que se establecen entre ecosistema, organismo, comportamiento y salud, llamado Modelo Biopsicosocial (Santacreu, 1991). Los componentes de este modelo (ver Figura 1) se expresan como: el ecosistema hace referencia al conjunto de situaciones estimulantes en las que el sujeto está presente y ante las que reacciona tratando de adaptarse; en él podemos distinguir el medio ambiente -características físicas del entorno- y el grupo social en el que se relaciona -familia, escuela, ciudad, etc.-. El organismo engloba los determinantes biológicos y psicológicos del individuo de forma integrada y como un todo. De este modo, el comportamiento de la persona es la interacción entre el organismo y el ecosistema en el que se encuentra y al que trata de adaptarse. La salud resulta del grado de adaptación a corto, medio y largo plazo del comportamiento de dicho individuo a su ecosistema. Desde este modelo se tiene en cuenta la modificación del ecosistema, y más concretamente del grupo social, en la búsqueda de la salud, por cuanto que en muchas ocasiones es aquí donde se encuentra el origen de determinados trastornos y enfermedades. A modo de ejemplo, en la conducta de fumar, aún tratándose de un comportamiento individual, existe una gran variedad de factores sociales que intervienen en su adquisición y mantenimiento -presión del grupo de iguales, identificación social, modelado familiar, etc.-, y son precisamente estos factores los que transforman lo que en principio era una decisión individual en un comportamiento «social», es decir, determinado en gran medida ambientalmente.

Por su parte, el modelo clínico conductual, dirige su abordaje hacia el sujeto buscando su readaptación al ambiente, de este modo intenta explicar

y modificar el comportamiento del individuo desde la terapia sin variación del medio social en el que se desenvuelve. Pero, como adelantábamos antes, el cambio de conductas no resulta fácil y mucho menos mantenerlas en el tiempo, debido precisamente a la influencia del medio social. Sin embargo, resulta más fácil cambiar comportamientos aislados que intentar modificar el medio. Por ello, el objetivo de la Modificación de Conducta se centra en «restaurar» al cliente, dejarle en las condiciones necesarias para que él, por sí mismo, pueda adaptarse, autocontrolarse, en un ecosistema que quizá sea facilitador de conductas desadaptadas. Como bien sabemos, modificar deliberadamente la conducta de un individuo con su consentimiento es enseñar nuevas habilidades. Este sería el objetivo principal de la Educación para la Salud, la búsqueda de la «modificación de los conocimientos, actitudes y comportamientos de los individuos». La educación para la salud imparte conocimientos con el objetivo de llegar a adquirir nuevos hábitos para conservar el estado de salud. Esta, vas más allá de la simple información, siendo un proceso educativo, sistemático y programado (Cuesta, 1981). Es precisamente la Modificación de Conducta la que puede aportar a las estrategias tradicionales en Educación para la Salud una metodología y unas técnicas de cambio que hagan posible el objetivo de que las personas actúen en pro de su salud. La tecnología conductual, por sus virtudes didácticas, representa un recurso de primer orden para el fomento de comportamientos y estilos de vida adaptativos. Como afirman Dwore y Matarazzo (1981) la unión de la ciencia conductual con la educación para la salud resulta una perspectiva muy prometedora para hacer realidad la modificación de los estilos de vida, al permitir disponer de técnicas que se han comprobado adecuadas para el cambio de conducta. Surge así la posibilidad de integrar la Psicología Comunitaria y la Modificación de Conducta,

buscando su complementariedad, dado que ambos enfoques plantean concepciones teóricas que se vinculan entre sí (ver Cuadro 1). Una de las dimensiones básicas de la psicología comunitaria es la educación para la salud, es decir, como lograr que la gente, los grupos y comunidades adopten realmente comportamientos de salud, objetivo para el cual la Modificación de Conducta aporta de manera significativa su bagaje técnico de modo que sea posible alcanzar la enseñanza de conocimientos adecuados para la salud y propiciar conductas o comportamientos facilitadores de la misma.

Para ello la psicología comunitaria debería incorporar el equipamiento teórico y aplicado que le ofrece la orientación conductual, convergencia que algunos autores han decidido denominar como Tecnología Conductual Comunitaria (Costa y López, 1986).

La Terapia de Conducta orientada hacia la comunidad

No es nuestro propósito centrarnos en el debate entre la Psicología de Salud y la Psicología Clínica, de dónde empieza una y dónde acaba la otra, puesto que se escapa a la pretensión de este trabajo. Esto nos llevaría inevitablemente a tener que tratar discusiones clásicas en este área específica de la psicología aplicada, algunas de las cuales todavía quedan por resolver suficientemente: la clarificación del conti-

nua salud-enfermedad y el papel de cada profesional debe jugar en ella, la irreal distinción entre salud mental y salud física, ¿mantienen ambas disciplinas estatus verdaderamente independientes y diferenciados? o ¿una es extensión de la otra?, ¿se basan en modelos teóricos distintos?, ¿hasta que punto objetivos, funciones, estrategias y estilos de trabajo son comunes o compatibles?, etc. (Pérez Alvarez, 1991; Barriga, 1992; Sánchez Vidal, 1991). Por otra parte creemos que resulta bastante complicado tratar de delimitar la relación que pueda mantener la Psicología de la Salud con otras disciplinas y especialidades afines, como las que se han propuesto: Medicina Psicosomática, Psicología Médica, Medicina Conductual, Salud Conductual, Educación para la Salud, Psicología Comunitaria, etc. Esto a nivel académico puede tener su interés, pero a nivel práctico es más una fuente de confusiones que algo realmente útil.

Así, no nos centraremos en la consideración de cuál es el ámbito de la Psicología de la Salud, por otra parte suficientemente expuesto en numerosos escritos en la actualidad. Nuestro interés se dirige, no a los profesionales de este área, sino más bien a los psicólogos clínicos que están desempeñando su trabajo en el campo de la Terapia de Conducta. Efectivamente, una intervención dirigida a la prevención de conductas insalubres que intente llegar al máximo número de personas en una población, tiene su marco de referencia en el área de la Salud Comunitaria y la Psicología de la Salud tal como son entendidas. Sin embargo, no creemos que el campo de la salud que intenta abarcar a grupos sociales más o menos numerosos, se agote necesariamente en el trabajo desde estos enfoques. Por varias razones: en primer lugar, el sistema sanitario es quien, efectivamente, debe velar por la salud comunitaria y es el ámbito más indicado para realizar intervenciones de psicología de la salud, pero no logra dar cabida a todos los posibles elementos de salud, entre

Cuadro I. Posibilidad de integración y complementariedad de enfoques (Maciá, Méndez y Olivares, 1991).

APORTACION DE LA MODIFICACION DE CONDUCTA

- 1.- Diseño de técnicas que pueden utilizarse con facilidad en el ambiente natural, facilitándose la generalización de los cambios obtenidos.
- 2.- Fácil adiestramiento de paraprofesionales.
- 3.- Desmedicalización de los problemas.
- 4.- Especificación inambigua de los objetivos terapéuticos o preventivos, lo que permite la valoración de los resultados y la comparación de la eficacia relativa de diferentes estrategias.
- 5.- Especificación, tanto de los objetivos intermedios como de los programas, en términos de comportamientos observables, lo que permite la verificación o replicación.
- 6.- Utilización de técnicas sistemáticas de observación y de registro de comportamiento, lo que permite un continuo conocimiento de los progresos que se van obteniendo.

APORTACION DE LA PSICOLOGIA COMUNITARIA

- 1.- Énfasis en distintos factores sociales y ambientales en el desarrollo de anomalías de conducta.
- 2.- Énfasis en el ambiente para modificar la conducta, con la ampliación de los niveles de intervención a niveles ecológicos supra-individuales.
- 3.- Incorporación de la temática de la marginación social.
- 4.- Necesidad y conveniencia de incluir paraprofesionales.
- 5.- Énfasis en las actuaciones preventivas.
- 6.- Un estilo en la presentación de los servicios que podemos resumir en el concepto de «actitud de búsqueda».
- 7.- Una mayor sensibilidad ante las necesidades reales de la comunidad, es decir, una mayor relevancia de sus intervenciones.

SINTESIS DE AMBAS APORTACIONES

- 1.- Énfasis en que la conducta es aprendida a través de la experiencia con el ambiente.
- 2.- Superación de los modelos centrados en la persona, así, tanto sus conceptualizaciones como las líneas de intervención vinculan las acciones dirigidas a los contextos y ambientes comunitarios con las dirigidas a los individuos y grupos de personas.
- 3.- Definición en términos conductuales, por tanto observables y mensurables, de los objetivos de salud.
- 4.- Promoción de una tecnología conductual comunitaria eficiente e idónea.
- 5.- Un estilo de intervención basado en la «actitud o modelo de búsqueda».
- 6.- Énfasis en las intervenciones centradas en el sistema más que en las personas, incluyendo el diseño y modificación ambiental, la acción social, etc.
- 7.- Asunción de los principios del Modelo de Competencia (Costa y López, 1986).

otros motivos, por la falta de un número suficientemente amplio de profesionales de la psicología en la sanidad pública y, obviamente, por motivos de alcance económico (Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, 1991) que impiden un perfecto desarrollo de los servicios de salud pública. Estas posibles deficiencias en cuanto a la plena cobertura que se puede ofertar, ha llevado a la organización cada vez más extendida, de numerosas asociaciones de enfermos que se arman con la intención de unir intereses e intentar dar solución a proble-

mas comunes, muchas veces no escuchados por los sistemas públicos. El desarrollo de estas asociaciones va formando una conciencia acerca de la importancia que tiene para sí mismos, tanto enfermos como familiares de los mismos, de algún tipo de apoyo o cobertura de carácter psicológico. Así, desde dentro de estas asociaciones cada vez más se va demandando la colaboración de psicólogos, entre otros profesionales, que puedan aportar su trabajo en la línea solicitada.

En referencia directa con lo anterior, el sentimiento de que la calidad de vida

ha de ser un objetivo importante a desarrollar, está siendo cada vez más defendido por amplios grupos de la sociedad. Son en ocasiones las propias asociaciones de lucha contra la enfermedad las que plantearán la iniciativa de querer mejorar el nivel de estatus de vida de sus miembros y de aquellos con los que social y familiarmente se vinculan. No sólo se tratará de obtener un servicio que palie las carencias de salud, dirigido al tratamiento de la enfermedad, sino además mejorar las condiciones de vida más allá de la propia patología, aspecto que en ciertos

casos cae fuera de la cobertura sanitaria y que engloba a distintos ámbitos de bienestar social, lugar en el que la intervención psicológica tiene mucho que decir:

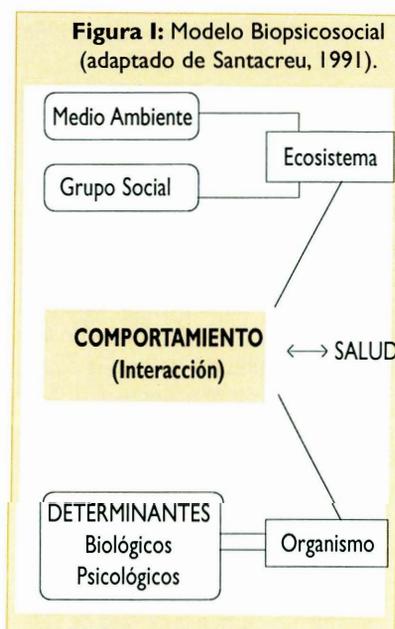
Por otra parte, la expansión del trabajo en la Modificación de Conducta hacia campos cada vez más diferentes ha derivado en el interés por otro tipo de intervenciones, donde por ejemplo, podemos citar los cuidados paliativos, el afrontamiento de enfermedades, la intervención geriátrica o la intervención en trastornos crónicos, entre otros muchos. El tipo de trabajo que se desarrolla en la clínica privada, de carácter cognitivo-conductual, se centra en una serie de trastornos psicológicos que paulatinamente van ampliándose y modificándose, tal y como nos podemos fijar en las sucesivas modificaciones de las clasificaciones psiquiátricas (DSM, ICD, etc.). Sin embargo, y a pesar de las limitaciones como se verá más adelante, el trabajo del terapeuta puede y creemos debe ampliarse si, primero, intentamos dar cuenta de los cada vez más numerosos problemas de salud mental que se dan socialmente y, segundo, si deseamos un mayor desarrollo profesional. No sólo hay que esperar el caso único, el caso individual que acude a consulta en busca de ayuda terapéutica por un trastorno emocional, sino también dirigirse a aquellos trastornos derivados de problemas físicos y enfermedades que están afectando a grupos sociales concretos. Es habitual, por ejemplo, el tratamiento de la depresión en la clínica privada por cuanto que es un trastorno emocional bastante frecuente en nuestra sociedad, bien de manera principal o secundaria a otro problema, y en donde su origen varía de una persona a otra (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983). Lo que hace el terapeuta es trabajar con ese caso que le llega a sus manos. Bien, sin embargo, también es posible trabajar dicho trastorno, ampliando miras y dirigiéndose hacia grupos en donde la depresión aparece marcadamente como resultado de ambientes claramente faltos de reforzadores y donde la intervención

clínica se hace patente. Se puede hacer un trabajo de intervención, y lo que es muy interesante, de prevención con numerosas poblaciones clínicas, como en el caso de mujeres que padecen cáncer de mama y que deben pasar por una intervención quirúrgica, igualmente con intervención en cirugías invasivas, portadores de VIH, enfermos crónicos, de insuficiencia renal, fibrosis quística, asma bronquial, etc., incluso en elementos ya no tan patológicos, pero igualmente generadores de trastornos emocionales como la anticipación de la jubilación. Se trata pues, no tanto de **esperar** como de **proponer** y **ofrecer**.

Como se verá, no estamos afirmando que el papel del psicólogo de la salud tenga que ser adaptado por el terapeuta de conducta, o que éste deba restarle importancia, esto no tiene ningún sentido. Aquel, debe seguir desarrollando su trabajo y ampliando su nivel de intervención desde el sistema sanitario, y este es un papel que debe jugar por sí mismo, desde su marco conceptual de la Psicología de la Salud. Ni tampoco el terapeuta clínico ha de renunciar al trabajo que desarrolla. Lo que aquí se afirma es que éste puede ampliar su ámbito de intervención, añadir nuevos elementos a su práctica cotidiana para los cuales está convenientemente pre-

parado. La imagen tradicional del psicólogo en su gabinete privado, tal vez necesite hoy de una evolución que beneficie a todos. Podemos seguir trabajando con trastornos de ansiedad, evidentemente, pero es posible trabajar con trastornos de ansiedad que se generan en ambientes y por problemas o enfermedades concretas. Así, el terapeuta puede acercarse a esos grupos sociales que están demandando ayuda y ofrecer un tipo de trabajo que conoce. Este tipo de intervención, llevará emparejada una evolución o ampliación en algunas formas de trabajo. En ocasiones será posible y/o necesario realizar acciones preventivas, enseñando las habilidades psicológicas necesarias para poder afrontar futuros problemas anticipándolos o paliando sus posibles consecuencias (por ejemplo, afrontar la muerte de un ser querido afectado de una enfermedad mortal, afrontar las consecuencias de una intervención quirúrgica importante como en el caso de la mastectomía, superar el estrés derivado de la convivencia con una enfermedad crónica, instaurar hábitos de vida necesarios para afrontar ciertos trastornos y adherirse a tratamientos como la hemodiálisis, etc.). En otras ocasiones el trabajo no se centrará en una intervención clínica con un único sujeto, habrá que trabajar en grupos, mas o menos reducidos. Tal vez esto sea lo que más se opone al concepto clásico de terapia de conducta, por su indudable orientación hacia el caso único, pero no es en absoluto un criterio insalvable. La intervención con terapias de grupo, se han venido desarrollando con éxito en ambientes puramente conductuales desde hace mucho tiempo (Liberman, 1993), ciertas intervenciones como el entrenamiento en HHSS se ven favorecidas con el trabajo de grupo, y actualmente hay una creciente sensibilidad a considerar que incluso los trastornos considerados más clásicos en la consulta, como el trastorno de pánico-agorafobia, pueden abordarse con éxito mediante intervenciones de carácter grupal, con los consiguientes beneficios en el ahorro tem-

Figura I: Modelo Biopsicosocial (adaptado de Santacreu, 1991).



poral, de esfuerzo y económico (Telch y Lucas, 1993). No siempre ésto será posible, evidentemente, pero sí que en ocasiones será recomendable hacerlo. Otro hecho destacado, demasiado olvidado con frecuencia, es que la población objeto de la intervención no sólo es el propio enfermo sino también los familiares del mismo. La atención a la familia, sobre todo en momentos de crisis de claudicación familiar en enfermedades terminales, la incomunicación entre sus miembros, o el aprendizaje de técnicas de afrontamiento y apoyo social, son algunos ejemplos del tipo de intervenciones que se pueden llevar a cabo.

Evidentemente, esto lleva emparejado la necesidad de ampliar ciertos conocimientos que permitan abordar dicha labor, por lo cual será necesario, cuanto menos, tener nociones de Psicología Social, Psicología Comunitaria, y según el caso, de Medicina. Además, resultará relevante conocer ciertos modelos, que por otra parte guardan estrecha relación con el planteamiento cognitivo-conductual, como el Modelo de Salud de Ribes (1990) o el anteriormente citado Modelo Biopsicosocial. De este modo, también se estará en condiciones de poder trabajar, aunque esto más alejado de la función clínica, con otros grupos sociales cuya existencia no viene generada por la difuncionalidad física: amas de casa, escuelas de padres, comunidades escolares, atención al anciano, etc.

Así pues, lo que aquí se plantea es que el terapeuta de conducta, el profesional clínico, puede ampliar su trabajo hacia comunidades, tan diferentes como puedan existir socialmente, en las cuales podrá desarrollar su trabajo. Creemos que el carácter pasivo de esperar al cliente/paciente en la consulta puede ser cambiado por la iniciativa y la creación de programas de intervención que resulten interesantes para organismos públicos y/o privados, asociaciones, instituciones, ayuntamientos, etc. De esta forma, no sólo se verá beneficiado dicho profesional puesto que su campo de trabajo se verá ampliado, sino

que socialmente se podrá dar cabida a la mejora de ciertos problemas a los que la sanidad pública no logra dar una solución perfecta. Esas lagunas en la salud social, pueden verse en cierta manera paliadas por el trabajo de psicólogos clínicos que se especialicen en diferentes trastornos y enfermedades que afecten a grupos sociales más o menos amplios.

Llegado hasta aquí, es inevitable tratar la relación entre la intervención clínica privada y el sistema público sanitario, debate complejo indudablemente. Las características de nuestro tipo de terapia difícilmente se pueden compaginar con las situaciones que se plantean en las consultas de los ambulatorios y servicios de especialidad en donde el psicólogo clínico se ve rápidamente colapsado ante la creciente demanda de intervención psicoterapéutica y el deseo institucional, más allá de lo aceptable, de eficacia-rapidez (López Mondéjar, 1992). A parte de optimizar los recursos y sistemas terapéuticos, también sería posible vincular ambas partes, clínica y sanidad, como posible solución, igual que ocurre en el ámbito hospitalario, en donde dadas las congestiones en el sistema sanitario se han empezado a realizar convenios con hospitales privados para acciones concretas, también sería posible contratar servicios psicoterapéuticos privados, tal vez subvencionando parte del coste total de la terapia, de modo que el precio por sesión se redujese considerablemente y fuese más accesible a un mayor número de personas. Por otra parte, podría emplearse un sistema de bonos que se otorguen a los pacientes de modo que puedan ser empleados en las consultas privadas que lo deseen para tratar elementos de salud que no tienen cobertura pública, tal y como se vienen utilizando en otros países europeos, por ejemplo, con las consultas odontológicas. Evidentemente, todos somos conscientes de las dificultades que ésto plantea, se trata de planteamientos de alcance de política sanitaria, pero que duda cabe que el debate existe y puede plantearse, sobre todo

por que interesa especialmente al profesional de la psicoterapia y por que, en último extremo, se trata de la mejora de la calidad de vida en nuestra sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARRIGA, S. (1992). La salud, ¿para qué?: elementos de Psicología Social en la promoción de la salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 4 (1), 3-19.
- BECK, A.T., RUSH, A.J., SHAW, B.F. Y EMERY, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional (1991). *Informe y recomendaciones*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- COSTA, M.Y. LÓPEZ, E. (1986). *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.
- CUESTA, C. (ed.) (1981). *Salud pública*. Madrid: UN.E.D.
- DWORE, R.B. Y MATARAZZO, J. (1981). The behavioral sciences and health education: disciplines with a compatible interest?. *Health Education*, 12, 4-7.
- LIBERMAN, M.A. (1993). Métodos de grupo. En F.H. Kanfer y A.P. Goldstein, *Como ayudar al cambio en psicoterapia*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- LÓPEZ MONDÉJAR, L. (1992). El psicólogo clínico en Salud Mental Comunitaria, un lugar cuestionado. *Papeles del Psicólogo*, 53, 39-40.
- MACIÁ, D., MÉNDEZ, F.X. Y OLIVARES, J. (1991). Intervención comportamental-educativa para la salud en atención primaria. *Revista de Psicología de la Salud*, 3 (1), 119-145.
- MCGINNIS, J.M. Y FOEGE, W.H. (1993). Actual causes of death in the United States. *JAMA*, 270, 2207-2212.
- NAISBETT, J.M. (1984). *Ten directions transforming our lives*. London: Future MacDonal. (En J. Ashton y H. Seymour (1990). *La nueva Salud Pública* Barcelona: Masson).
- PÉREZ ALVAREZ, M. (1991). Medicina, Psicología de la Salud y Psicología Clínica *Revista de Psicología de la salud*, 3 (1), 21-44. Roca.
- RIBES, E. (1990). *Psicología y Salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- SÁNCHEZ VIDAL, A. (1991). Psicología Comunitaria: Origen, concepto y características. *Papeles del Psicólogo*, 50, 45-49.
- SANTACREU, J. (1991). Psicología Clínica y Psicología de la Salud: Marcos teóricos y modelos. *Revista de Psicología de la Salud*, 3 (1), 3-20.
- SIMÓN, M.A. (1993). *Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- TELCH, M.J. Y LUCAS, J.A. (1993). Group cognitive behavioural treatment of Panic Disorder. *Behavior Research and Therapy*, 31, 279-287.
- VARGAS, A. Y PALACIOS, V. (1993). *Educación para la salud*. México: McGraw-Hill.