

## **LA MEDICINA CONDUCTUAL: Origen, desarrollo y perspectivas**

Julio Varela  
Universidad de Guadalajara

### **ORIGEN**

Mesmer, Charcot y Freud desde una perspectiva biológica, emprendieron la incursión que acercase específicamente a la medicina con la psicología. Es probable que ellos y otros más, nunca hayan imaginado que un acercamiento más fructífero pudiera darse a partir de la psicología hacia la medicina. Tal es el caso de la medicina conductual cuyos antecedentes inmediatos pueden ser vistos en los esfuerzos desarrollados por la medicina psicosomática, con fuertes raíces psicoanalíticas y los propios de la psicofisiología.

Los trabajos pioneros del análisis de la conducta en la década de los 60, coincidieron causalmente con el descrédito e insatisfacción de los tratamientos llevados a cabo por la medicina psicosomática. En la década de los setenta, el análisis conductual aplicado se expandía a múltiples escenarios y fenómenos comportamentales. La conducta anormal no fue la excepción teniendo algunos trabajos pioneros como los de Lindsley (1964), Quarti y Renaud (1964) y Goldiamond (1965) aparecidos todos ellos en la obra de Ulrich, Stachnick y Mabry en 1966. Probablemente la obra más prometedora de esa época fue la de Ayllon y Azrin (1968), quienes precisamente en un hospital psiquiátrico se desarrollaron no como paramédicos, sino como profesionales de la psicología.

En general, los trabajos en el área de la psicología clínica se empezaron a desarrollar teniendo como base teórica los experimentos y conceptos de Pavlov y Skinner principalmente. Los estudiosos de la medicina conductual no son ajenos a esto y en 1977, durante la Conferencia sobre Medicina Conductual en Yale y en 1978 en la Academia sobre Investigación en Medicina Conductual, Schwartz y Weiss la definen como un “campo concerniente...al desarrollo e integración de la ciencia conductual y biomédica, al conocimiento y técnicas relevantes para la salud y la enfermedad...(relativas a)...la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación...que es un campo interdisciplinario...”(citado en McNamara, 1979).

No obstante lo exitoso de las técnicas de modificación de conducta, el ingreso en los centros hospitalarios no fue una acción fácil como puede derivarse del trabajo de Epstein y Ossip (1979) pues implicaba, entre otras cosas, el contraste de al menos dos modelos: el de la medicina y el de la psicología conductual. El primero de éstos, basado en una concepción del “germen” (McNamara, 1979), delinea no solo el qué y el cómo investigar y hacer, sino también influye en la estructura de los espacios y en el proporcionamiento de los servicios, aspecto este último, mayormente analizado por los autores citados.

¿Cuál es la diferencia de la medicina conductual con el resto del campo de la psicología clínica? ¿Es justificable su existencia y consideración como una subárea? Creemos que sí por una sencilla razón. En los restantes departamentos de la psicología clínica se estudian fenómenos como los desajustes de la personalidad, las fobias, manías, psicosis, neurosis, relaciones conyugales, conducta sexual, etc. en sujetos que si bien son denominados como “pacientes”,

pueden o no tener una enfermedad que requiera de atención médica. En el caso de la medicina conductual, el paciente es considerado médicamente como enfermo ya que su organismo padece algún tipo de enfermedad que, desde el diagnóstico médico, requiere de tratamiento intra o extramuros. La actividad del psicólogo en estos casos no se desarrolla en forma directa para que el enfermo recupere la salud biológica, sino en ayudar al paciente para que su conducta sea *apropiada* al tratamiento recibe. Lo mismo se puede señalar para los aspectos de prevención, diagnóstico y rehabilitación.

Por lo anterior, fue muy importante que se estudiase la conducta del paciente: formas de entrenamiento, colaboración, adherencia, racionalidad, grado de control, etc. desde un punto de vista conductual (Mastria y Drabman, 1979).

Acorde a la tradición operante, la metodología empleada consistió en la aplicación de diseños tipo AB, ABAB, Línea Base Múltiple, principalmente auxiliados por “técnicas” de manejo de contingencias, RDO, costo de respuesta, saciedad, tiempo fuera, extinción, etc. En relación a los métodos de evaluación se recurrió a la entrevista estructurada diferencialmente para poder captar información relativa a la historia de reforzamiento, especificación del problema, identificación de condiciones actuales, fuentes de reforzamiento social (Keefe, 1979) o mediante registros, autoregistros, o bien haciendo uso de pruebas tradicionales como son el WAIS, WISC, MMPI, entre las más conocidas.

Al finalizar la década de los setenta ya existe una constelación de problemas abordados como son el dolor por contracción muscular, dolor músculo-facial, la reeducación neuromuscular, migrañas, arritmias cardíacas, hipertensión

arterial epilepsia, asma, incontinencia fecal y un conocimiento más profundo sobre los efectos de algunas de las drogas para el tratamiento de diversos problemas.

La bioretroalimentación (Birk, 1973) es investigada como técnica de tratamiento de diversos desórdenes fisiológicos. El stress y el afrontamiento empiezan a surgir como dos grandes factores relacionados a la etiología y tratamiento de los pacientes así como también la conceptualización etiológica de la enfermedad pero, desde una perspectiva del aprendizaje social (Kimball, 1970; Syme, 1984).

Los anteriores problemas pueden ocurrir en pacientes de diversa edad pero el área pediátrica, ya desde entonces, llamaba la atención en relación a los problemas de las fobias, rechazo escolar, abuso infantil, enuresis, encopresis, problemas en el comer, anorexia nerviosa, obesidad, problemas sexuales, depresión, suicidio, delincuencia, enfermedades crónicas y muerte entre otros (Walker, 1979) aunque puede observarse que no en todos estos casos existe una enfermedad biológica específica.

Los ambientes laborales también son abordados refiriéndose al stress ocupacional, daños industriales, enfermedades cardiovasculares, conducta de fumar, stress por manejo directivo y control del dolor (Chesney y Feuerstein, 1979).

Para diversos autores, las perspectivas de desarrollo y problemas a resolver en los años venideros son primordialmente, los siguientes: posibilidades de que el especialista de la medicina conductual actúe como un consultor y educador del personal médico usando, además la solución de problemas y las

estrategias cognitivas en el entrenamiento y tratamiento del paciente (McNamara, 1979); desarrollo de estudios tendientes a profundizar en el conocimiento de los aspectos preventivos para las enfermedades cardiovasculares y cancerígenas (Fox, 1978; Fox y Goldsmith, 1977); expandirse al área de la psicología ecoconductual (Rogers, Warren y Warren, 1977) y finalmente; lograr una educación y entrenamiento más efectivo mediante cambios curriculares en el postgrado o, probablemente, con la creación de un nuevo programa interdisciplinario (McNamara, 1979).

Aunque es arbitrario hablar de los orígenes de la medicina conductual a partir de lo ocurrido en las dos décadas pasadas, cuatro hechos pueden avalar tal segmentación: 1) la Conferencia sobre Medicina Conductual en Yale en 1977; 2) la aparición del *Journal of Behavioral Medicine* en 1978; 3) la multicitada obra de McNamara en 1979 y; 4) el auge de la llamada modificación cognitivo-conductual que, aunque en las obras de Wolpe (1958) y Ellis (1962) ya era evidente, al finalizar los setenta surgen obras como las de Meichenbaum (1977), Pomerlau y Brady (1979) y diversas publicaciones de Mahoney teniendo este enfoque y que, según nuestra opinión, no sólo daría un giro teórico sino que ocasionaría el detenimiento, la confusión y el retroceso en la investigación y conocimiento respecto a la conducta humana.

## DESARROLLO

Aunque Birk (1973) había definido a la medicina conductual como sinónimo de bioretroalimentación, posteriormente surgieron otras definiciones como la de

Schwartz y Weiss en Yale, 1977, la de Blanchard en ese mismo año y la de Pomerlau y Brady en 1979 que son, en términos generales, muy semejantes aunque dan mayor o menor énfasis a: la relación con la psicología conductual; su carácter interdisciplinario y; a los momentos de intervención. Sin embargo, en todas ellas, el elemento central es el de generar el conocimiento respecto a la salud y enfermedad, no sólo en términos de bioretroalimentación. En la presente década, tampoco ha surgido una definición que tenga aceptación general o unánime por parte de los estudiosos.

Así, Gentry (1984) señala que “independientemente de cómo uno escoja una definición de medicina conductual...es fácil considerar que el ingrediente esencial, *sine qua non*, de la medicina conductual es una integración del conocimiento empírico que surge de los esfuerzos de la investigación interdisciplinaria.” Más adelante señala que un segundo, aunque menospreciado elemento es “su reconocimiento de la naturaleza *recíproca* de las relaciones entre la biología, la psicología humana y la sociología”.

El enfrentamiento entre modelos, definiciones y disciplinas diferentes, es solucionado según Gentry (op. cit.) por medio de una sumación, o sea un modelo bio-psico-social en el que se enfatiza que las contribuciones de las diferentes disciplinas contribuyen en igual forma al conocimiento integral. De esta forma, afirma, el modelo no demanda la colaboración en la investigación sino que ofrece un marco “para integrar la información generada por los investigadores de cada una de las disciplinas”. Según nuestra opinión, esta respuesta tiene su pro y su contra.

El modelo es benéfico pues permitirá la definición y claridad al interno de cada una de las disciplinas, aunque desafortunadamente parece no ser la intención del autor. Su desventaja es que contando con información tan dispar, probablemente esa integración sumativa sea no sólo una tarea ardua, sino imposible de realizar. La confusión teórica en la psicología puede servirnos de ejemplo de tal dificultad, como observamos enseguida.

Como anotábamos antes, el surgimiento de la terapia cognitivo-conductual, ha contribuido al enrarecimiento conceptual y dada la influencia que ha tenido en la medicina conductual actual, consideramos conveniente revisar someramente tal enfoque por medio del escrito de Schwartz (1982). Este autor, después de una breve definición de los conceptos y definiciones de cognición, modificación de conducta y conductismo, analiza algunas controversias relativas a la consideración de la cognición como proceso, como conducta, como mediadora de la conducta o bien como estructuras de alto nivel que organizan y jerarquizan a la conducta. Ante la pregunta ¿las cogniciones son conducta? Schwartz expone cinco opciones posibles: a) exclusivismo cognitivo; b) primacía conductual; c) primacía cognitiva; d) separatismo y; e) interaccionismo: tanto de la conducta como la cognición, que son críticas para el cambio psicoterapéutico. Schwartz opta por la última opción, agregando al *afecto*, como un tercer elemento del modelo que denomina unificado-interactivo (*unified-interactive*). La opción, obviamente, implica que las cogniciones y los afectos *no* son conducta. ¿Entonces qué son? El mismo autor se pregunta ¿exactamente cómo definimos a una cognición? Responde que tales preguntas “no pueden responderse en el presente contexto” y todavía agrega que

“baste decir que el modelo propuesto tiene la ventaja de generar tales preguntas y exponerlas a la luz de la investigación venidera”.

Dado que realizar una crítica minuciosa a la modificación de la conducta-cognición-afecto no es el objeto central del presente trabajo, simplemente considérese que esta posición parece ser un remedo de un *cartesianismo afectivo* o de un *freudianismo intelectual*. Las desventajas derivadas de enfoques semejantes, para el avance del conocimiento de la ciencia del comportamiento, ya han sido analizadas por muchos autores en diversas épocas. Los efectos en el campo de la psicología clínica saltan a la vista.

Los problemas estudiados en la medicina conductual incluyen consideraciones de orden conductual, cognitivo y afectivo en relación al aprendizaje social y la experiencia de dolor (Craig, 1983), control del dolor (Weisenberg, 1983), tratamiento de la anorexia nerviosa (Leon, 1983), manejo del stress (Hamberger y Lohr, 1983), tratamiento de enfermedades crónicas y afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984) y, puesto que el área está encargada de estudiar la conducta de los pacientes, en todos los reportes se encuentra un cuarto elemento: el fisiológico y/o anatómico. Así, parecería ser que si la medicina conductual definiera el objeto de estudio de la psicología, éste sería ¡estudiar la relación biológica con la conducta, la cognición y el afecto!

Metodológicamente, Lazarus y Folkman (1984) hacen en primer término una diferencia en el nivel de análisis dado el concurso de diversas disciplinas y múltiples niveles de abstracción. En orden decreciente en términos molares, se puede entonces observar un fenómeno en relación a la sociología, psicología,



antropología, fisiología y la bioquímica. Así por ejemplo, “stress y el afrontamiento pueden no tener el mismo significado en un nivel mientras que sí lo pueden tener en otro nivel” (Lazarus y Folkman, op. cit.), pero esto puede ser confuso pues “tampoco el stress en un nivel de análisis puede ser reducido a otro nivel (Lazarus y Folkman, op. cit.). Por tanto, sugieren que antes de intentar unir los niveles, se le reconozca como parcialmente independientes. Lo contrario se hace evidente cuando las mediciones en un nivel se usan como indicadores en otro y viceversa lo cual recuerda el antiguo dilema de correr por que se tiene miedo o tener miedo porque se corre. Esta consideración, según los autores, debiera hacerse por las implicaciones metodológicas que tiene.

Actualmente, los modelos de investigación antecedente-consecuente o estímulo-respuesta, aun cuando son complejizados como estímulo-organismo-respuesta, siguen sirviendo como base para la investigación en el área, aunque son objeto de crítica por considerárseles lineales. En su lugar, son notables las influencias que los metodólogos han ejercido sobre la investigación clínica y, aunque en ocasiones no se reporta directamente, se usan diseños y recomendaciones metodológicas de autores tales como Kazdin (1980), Coa y Campbell (1979) y Bellack y Hersen (1984) ya que incluso, su referencia en ocasiones es criterio para dictaminar un escrito como publicable. A pesar de la crítica a los modelos lineales y el refinamiento metodológico alcanzado, consideramos que tal linealidad no ha sido superada sino que simplemente se le ha sustituido por una *multilinealidad*. Veremos por tanto que existe una

consideración de la linealidad más como elemento metodológico que como una categoría filosófica.

Como técnicas particulares para el tratamiento conductual de los desórdenes somáticos, Agras (1984) nos ofrece una relación de las mismas: a) definición de las metas del tratamiento; b) medición conductual, fisiológica, química y cognitiva; c) placebo; d) hipnosis; e) entrenamiento en relajación; f) modelamiento; g) desvanecimiento; h) retroalimentación informativa; i) reforzamiento; j) castigo; k) desensibilización sistemática y; l) paquetes terapéuticos. Obviamente, dado que la clasificación obedece al tipo de criterio de Agras, puede o no ser compatible con la de algún otro autor, pero proporciona un panorama general.

En relación a los tópicos abordados actualmente por la medicina conductual, además de los ya enumerados en la primera parte, podemos encontrar los siguientes: toma de decisiones (Janis, 1984), aplicaciones a la comunidad (Forguhar, Maccoby y Solomon, 1984), geriatría, tratamientos odontológicos, preparación para la hospitalización (Melamed y Siegel, 1980), arteriosclerosis, hipertensión arterial, muerte cardiaca súbita (Gordon y Diller, 1983), mecanismos de control neuroendocrino, el papel de las variables como la asertividad, autocontrol, cognición, auto-observación, planeación ambiental y programación conductual, personal hospitalario (Rogers, 1983), familiares (Masters, Cerretto y Mendlowitz, 1983) y sistema inmunológico (Adler y Cohen, 1984). Toda esta información clasificada, se encuentra en las tablas anexas.

Para un mejor entendimiento de las tablas, es necesario tener en cuenta las siguientes consideraciones:

1) Las primeras tablas son referentes a los diversos *tipos* de enfermedades que han sido abordadas desde esta perspectiva. En ellas se especifica el autor, temática, existencia de consideraciones etiológicas, si se trata de estudios de prevención o tratamiento, variables estudiadas (dependientes o independientes), modelo, estructuras anatomofisiológicas implicadas, formas de medición y problemas reportados.

En una segunda parte, se analizan los *aspectos* del afrontamiento, aprendizaje social, bioretroalimentación y stress que, sin constituir una enfermedad *per se*, son elementos centrales para la especificación tanto de planteamientos teóricos como de la explicación o tratamiento relativo a la prevención o intervención de casos. Aquí se describen: trabajos pioneros; conceptos centrales de la definición; casos o enfermedades tratadas; estructuras, procesos, niveles y mecanismos relacionados; modelos; parámetros y; problemas.

En general, la bibliografía publicada abarca cinco rubros diferentes que organizan el material contenido: 1) Fundamentos teóricos y metodológicos; 2) Tipos de padecimientos considerados; 3) Conceptos y Técnicas a partir del aprendizaje social, afrontamiento, bioretroalimentación o stress; 4) Escenarios en los que se interviene (hospitales, centros pediátricos, centros laborales) o bien; 5) Personal médico, paramédico, profesional y familiares que rodean al paciente. A este respecto, el primer punto es analizado a lo largo del presente escrito, los

aspectos 2 y 3 se describen en las tablas y, los incisos 4 y 5, son obviados dada su relación implícita en los tres elementos anteriores.

2) La selección de los trabajos-autores citados, se hizo con base en tres criterios: a) estudios clásicos del área; b) análisis de uno o más elementos novedosos y; c) revisión general de los estudios realizados en cada caso.

3) La bibliografía que se reporta al final del trabajo -contenida en su mayor parte en los cuadros-, está dividida en dos secciones. La primera constituye la bibliografía revisada directamente. La segunda está formada por las referencias citadas en los trabajos consultados directamente. Tanto su inclusión como la forma de citar, puede justificarse por el hecho de que el lector interesado, podrá así remitirse directamente a la obra original respectiva. (Ver tablas 1-4 en la parte final).

La información contenida en las tablas pudo haberse ordenado de acuerdo a algún criterio, sin embargo, ante la ausencia de ello en el campo, simplemente se ofrece la panorámica general. Ciertamente, pudo haberse ordenado alfabéticamente pero ¿un criterio gramatical puede ordenar nuestra concepción? Lo más que eso podría ofrecer sería una búsqueda-hallazgo rápida, pero esto no brinda ningún elemento teórico o metodológico importante. ¿Ordenarlo cronológicamente? Tampoco podría servirnos de guía ya que los problemas se confunden probablemente desde su inicio. Dada esta situación que consideramos característica en el área, simplemente se presentan sin ninguna jerarquía o forma

de clasificación o forma de clasificación puesto que sería artificioso y probablemente condujese a interpretaciones erróneas. Obviaremos su descripción dado que consideramos que, con las aclaraciones hechas antes, la información contenida puede ser clara.

## PERSPECTIVAS

Problemas Teóricos. Este es un aspecto conspicuo: falta de consenso en definiciones básicas; modelos multilineales; confusión entre criterios teóricos y metodológicos; falta de o poca propiedad en la definición de los niveles conceptuales; gran desconocimiento del papel de la historia del sujeto y de la etiología de la enfermedad; concepciones de proceso vs. resultados; conceptualización poco clara de la ciencia básica vs. ciencia aplicada.

En relación a las definiciones, parece no ser necesario abundar excepto para señalar que es un trabajo pocas veces atendido ya que parece ser que generalmente interesa más el hacer algo y reportarlo, sin necesidad de que se tenga una concepción teórica clara del problema que se aborda. Obsérvese, por ejemplo, la cantidad de trabajos reportados que no incluyen definición alguna o, en algunos casos, sólo se incluye la definición fisiológica de la enfermedad respectiva. ¿Entonces es un trabajo interdisciplinario? ¿Es suficiente dar la definición biológica de la enfermedad para que sepamos de qué se está hablando? ¿De qué se está haciendo y reportando? Creemos que no, aunque es necesario enfatizar que tampoco consideramos que debe existir una definición específica de la medicina conductual para cada uno de los casos-enfermedad que

se intervienen. Consideramos que a partir de una concepción general de la teoría de la conducta, se eliminarían muchos de los problemas. Actividad ardua, pero que no por ello debe ser relegada.

Los modelos causales multilineales pueden tener el mérito del multiesfuerzo pero esto, en lugar de mejorar la teoría, la “multiconfunden”. De esta manera, el concepto de multicausalidad puede tener impactos impredecibles en la teorización y esto, no es un problema que hay que resolver sólo desde el trabajo empírico (Seligson y Varela, 1988).

La última afirmación nos refiere al problema de creer que los “conceptos” teóricos y metodológicos son igualables, isomórficos o susceptibles de una sinonimia que lo mismo nos puede llevar tanto a la teorización como a la experimentación de ellos. Ryle (1949) ha advertido de los riesgos que ello conlleva y señalar que es un error grave el confundir a la teoría con la metodología misma.

El trabajo de Bromet (1980) aunque referente a la epidemiología, podría ser representativo de área de la medicina conductual, al igual que el de Robins (1969). Critican la diversidad y confusión metodológica; instrumentos de medición variables y sin relación; necesidad de diferenciar a los simples dolores de cabeza, preocupaciones y miedos. Por su parte, la medicina conductual en su afán por abarcar todo daño psicofisiológico, creemos que ha confundido al paciente biológico con el paciente “puramente” psicológico. Esta afirmación está fundamentada en algunos de los estudios realizados con niños y simultáneamente surge la duda ¿un niño afronta, se estresa, es sujeto de bioalimentación o susceptible de los análisis del aprendizaje social en forma semejante a un adulto o

a un anciano? La respuesta: NO, no lo creemos aunque requerimos también del apoyo empírico, no solo teórico.

Problemas Metodológicos. Ya se han implicado algunos de los problemas en este aspecto. Ahora los puntualizaremos.

Keefe (1984) hace una revisión metodológica de los casos de enfermedades que han sido estudiadas desde la medicina conductual. Sin embargo, después de su lectura resaltan dos preguntas: ¿Cómo podremos asignar al azar a los pacientes para hacer una “verdadera investigación experimental”? ¿Cómo podremos aumentar el tamaño de la muestra en relación a los enfermos crónicos? La insuficiencia numérica de los pacientes ha auspiciado la “religión metodológica” de los estudio-de-caso y la de un-solo-sujeto, impregnada de las mismas categorías causalistas, lineales y reduccionistas de los diseños grupales donde los estadógrafos siguen teniendo “la palabra”.

Las preguntas antes formuladas son probablemente resolubles en Estados Unidos. En nuestro país haríamos antes otra pregunta. ¿Cómo podremos ingresar los psicólogos a los centros de salud con un adecuado status profesional ante los médicos? Esto no es ni remotamente un problema metodológico ¿Será que la ciencia no puede ser desarrollada en un país como el nuestro? ¿Será que la metodología se ha revestido de un aura tal que no es *reproducible* en ningún otro país que tenga características distintas a las del país de origen? Más preguntas a la teoría y a la metodología empleada y argumentada en la medicina conductual, aspecto que no es privativo del área.

Por otro lado, supongamos que deseamos investigar un tratamiento conductual para la patología intestinal. Según Weiss (1984), debemos considerar las “variables” de movilización, privación prolongada, de alimento, papel de los shocks, afrontamiento, conflicto, agresión y medio social entre otras. ¿Son todas variables psicológicas? En caso de respondernos que sí lo son: ¿Son todas del mismo orden conceptual? ¿Pueden entenderse paramétricamente y operacionalmente de forma igual o semejante, en cualquier contexto social y en sujetos de todas las edades?

Otros problemas que han sido relacionados a la metodología son los relativos a la acción, intensidad y periodicidad de los eventos estímulo; la eficacia o ineficacia de los tratamientos y procedimientos; posibilidades de realizar estudios longitudinales; involucramiento y cooperación del paciente en los tratamientos; niveles e instrumentos de medición; transferencia de los laboratorios, salas hospitalarias a situaciones “naturales”; datos de seguimiento -aspecto muy complicado en el caso de las enfermedades crónicas-; poco empleo de diseños experimentales; difícil realización de investigación comparada; evaluación de cogniciones, afectos y disposiciones, estilos y personalidad; definición operacional de eventos conductuales internos e incluso externos; etc. Como se señaló antes, aquí lo notorio es que en ocasiones lo que es considerado como variable dependiente en ciertos estudios, es la variable independiente de algunos otros. Esto puede desprenderse fácilmente de obras tales como las de Bradley y Burish (1983), Nerenz y Leventhal (1983), O’Leary y Wilson (1975), Rosenbaum, Franks



y Jaffe (1983) y Watson y Kendall (1983). Este error ha sido propiciado parcialmente por la concepción funcionalista-causal que impera en el campo.

Así, tales imbricaciones conceptuales auspician planteamientos de terapias como las de Stampfl y Levis (1967) amparada conceptualmente en la de A. Lazarus y Abramovitz (1962) y que desembocan en planteamiento tales como los de Bandura (1977), Mahoney (1977) y Meichenbaum (1977). La influencia de Richard Lazarus y su modelo, como lo afirman Burish y Bradley (1983), es evidente en la literatura de nuestros días. Estos autores concluyen en que es necesario determinar los niveles y mecanismos para vincular los procesos fisiológicos, conductuales, cognitivos y afectivos con bases empíricas. Aspectos que ya hemos criticado antes.

La variedad de tratamientos y escenarios (Kazdin, 1977) aparece regularmente como una preocupación pero que no trasciende a la simple consideración metodológica, dejando de resolver los problemas de la especificidad de los eventos vs. la generalidad de los mismos.

Otro vicio notable que se ha convertido en práctica usual es el empleo de las muestras “universitarias” (Chapman, Sola y Bonica, 1979), aspecto factible en el área, dados los centros clínicos de entrenamiento y supervisión en las universidades del país vecino. En nuestro caso, podríamos aspirar a la realización de cuestionarios puntuales o a la aplicación de “procedimientos semestrales” que no resuelven centralmente el problema pero que sí reproducen los estereotipos de la “investigación controlada”. El mito de la investigación “metodológicamente correcta” está dictaminada -y enseñada- por medio de autores que descuidan o

hacen a un lado los criterios y la preocupación teórica al interno de la psicología. De hecho, han formado una “teoría propia de la metodología” como un paliativo pero que no constituye en sí mismo un recurso tecnológico. Concebir a la psicología como una ciencia *aplicable* en lugar de *aplicada* (Ribes y López, 1985) implica grandes abismos no sólo conceptuales sino metodológicos.

Los reclamos de la realidad que se presenta en las clínicas, hospitales, centros de atención e incluso en los hogares mismos, hacen que se persigan muchas veces fines sólo de índole pragmática. La reflexión teórica, en estos casos, puede ser concebida como un “lujo intelectual”. Sin embargo, sin éste, es imposible aspirar a generar tanto una concepción teórica como una metodología científica y por ende, más efectiva. ¿Seremos capaces los círculos universitarios, donde sí disponemos de posibilidades para tal “lujo”?

Hace tiempo, Brady (1973) señaló que “existían pocos recintos médicos y escolares en los que se aprendieran los principios conductuales”. Afortunadamente, gracias a la acción de algunos cuantos, en México ha cambiado la situación para la medicina conductual después de estos 20 años.

Las preguntas formuladas a la manera de Schwartz (1982) pueden abundar pero hacen falta respuestas que sustenten sólidamente la construcción de la teoría del comportamiento. ¿Porqué no hacerlo?

## REFERENCIAS (1a. Parte)

- Agras W.S. (1984). The behavioral treatment of somatic disorders. En W.D. Gentry, Ed. *Handbook of Behavioral Medicine*. New York: Guilford Press.
- Ayllon T. y Azrin N. (1968). *The Token Economy. A motivational system for therapy and rehabilitation*. New York: Appleton Century Crofts.
- Bandura A. y Walters R.H. (1963). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Trad. al cast. Madrid (1974): Alianza Universitaria.
- Bellack A. S. y Hersen M. Eds. (1984) *Research Methods in Clinical Psychology*. New York; Pergamon Press.
- Birk L. Ed (1973). *Biofeedback: Behavioral Medicine*. New York; Grune & Stratton.
- Blanchard E. B. (1979) Biofeedback: A selective review of clinical applications in behavioral medicine. En J. R. McNamara (Ed.). *Behavioral Approaches to Medicine. Application and Analysis*. New York; Plenum Press.
- Bradley L. A. y Burish T. G. (1983). Coping with chronic disease: Current status and future directions. En T. G. Burish y L. A. Bradley (Eds.). *Coping with chronic disease: Research and Applications*. New York; Academic Press.
- Bromet E. J. (1980). Epidemiology. En A. S. Bellack y M. Hersen. Eds. (1984) *Research Methods in Clinical Psychology*. New York; Pergamon Press.
- Budzinsky T. H., Stoyva J. M., Adler C. S. & Mullaney D. J. (1973). EHG Biofeedback and Tension Headache: A controlled outcome study. En L. Birk (Ed). *Biofeedback: Behavioral Medicine*. New York; Grune & Stratton.
- Burish T. G. y Bradley L. A. Eds.. (1983). *Coping with chronic disease: Research and Applications*. New York; Academic Press.
- Chesney M. A. y Feuerstein M. (1979). Behavioral Medicine in occupational setting. En J. R. McNamara (Ed.). *Behavioral Approaches to Medicine. Application and Analysis*. New York; Plenum Press.
- Cook T. D. y Campbell D.T. (1979). Quasiexperimentation: Design and analysis for field settings. New York; Rand McNally.
- Creer L. T. (1983). Respiratory disorders. En T. G. Burish y L. A. Bradley (Eds.). *Coping with chronic disease: Research and Applications*. New York; Academic Press.
- Epstein L. H. y Ossip J. O. (1979). Health care delivery: A behavioral perspective. En J. R. McNamara (Ed.). *Behavioral Approaches to Medicine. Application and Analysis*. New York; Plenum Press.
- Farguhar J. W., Maccoby N. y Solomon D. S. (1984). Community applications for behavioral medicine. En W. D. Gentry (Ed). *Handbook of Behavioral Medicine*. New York; Guilford Press.
- Gentry W. D. (1984). *Handbook of Behavioral Medicine*. New York; Guilford Press.
- Gentry W. D. y Kobasa S. C. (1984). Social and Psychological Resources Mediating Stress-Illness Relationships in Humans. En W. D. Gentry (Ed). *Handbook of Behavioral Medicine*. New York; Guilford Press.
- Hamberger L. K. y Lohr J. M. (1984). Stress and Stress Management. New York; Springer Publishing Company.
- Herd J. A. (1984). Cardiovascular disease and hypertension. En W. D. Gentry (Ed). *Handbook of Behavioral Medicine*. New York; Guilford Press.
- Holroyd K. A. (1979). Stress, Coping and Treatment of Stress-Related Illness. En J. R. McNamara (Ed.). *Behavioral Approaches to Medicine. Application and Analysis*. New York; Plenum Press.
- Janis Y. L. (1984). The patient as decision maker. En W. D. Gentry (Ed). *Handbook of Behavioral Medicine*. New York; Guilford Press.
- Kazdin A. E. (1980). *Research Design in Clinical Psychology*. New York; Harper & Row Publishers.
- Keefe F. J. (1979). assessment Strategies in Behavioral Medicine. En J. R. McNamara (Ed.). *Behavioral Approaches to Medicine. Application and Analysis*. New York; Plenum Press.
- Keefe F. J. (1984). Research Methods in Behavioral Medicine. En A. S. Bellack y M. Hersen. (Eds.). *Research Methods in Clinical Psychology*. New York; Pergamon Press.

- Krantz D. S. y Glass D. C. (1984). Personality, Behavior Patterns and Physical Illness: Conceptual and methodological issues. En W. D. Gentry (Ed). Handbook of Behavioral Medicine. New York; Guilford Press.
- Lazarus R. y Folkman S. (1984). Stress, Appraisal and Coping. New York; Springer Publishing Company.
- Leon G. R. (1983). Anorexia Nervosa: The question and treatment emphasis. En M. Rosenbaum, C. M. Franks y K. Jaffe (Eds.). Perspectives of Behavior Therapy in the Eighties. New York; Springer Publishing Company.
- Lindsley O. R. (1964). El uso de prótesis conductuales en geriatría. En R. Ulrich, Mabry y Stachnik. Eds.. (1964). El Control de la Conducta Humana. Vol. Y. Trad. al Cast., México; Trillas.
- Mastria M. A. y Drabman R. S. (1979). The Development of Behavioral Competence in Medical Settings. En J. R. McNamara (Ed.). Behavioral Approaches to Medicine. Application and Analysis. New York; Plenum Press.
- McNamara J. R. De. (1979). Behavioral Approaches to Medicine. Application and Analysis. New York; Plenum Press.
- Melamed B. G. (1983). The Effects of Preparatory Information on Adjustment of Children to Medical Procedures. En M. Rosenbaum C. M. Franks y K. Jaffe (Eds.). Perspectives of Behavior Therapy in the Eighties. New York; Springer Publishing Company.
- Meyerowitz B. E., Heinrich R. L. y Coscarelli Shag C. (1983). A Competence-Based Approach to Coping With Cancer. En T. G. Burish y L. A. Bradley (Eds.). Coping with chronic disease: Research and Applications. New York; Academic Press.
- Nerenz D. R. y Leventhal H. (1983). Self-Regulation Theory in Chronic Illness. En T. G. Burish y L. A. Bradley (Eds.). Coping with chronic disease: Research and Applications. New York; Academic Press.
- Quarti C. y Renaud J. (1964). Un Nuevo Tratamiento del Estreñimiento Aplicando los Métodos de la Conducta: Reporte preliminar. En Ulrich, Mabry y Stachnik. Eds.. (1964). El Control de la Conducta Humana. Vol. Y. Trad. al Cast., México; Trillas.
- Ribes E. y López F. (1985). Teoría de la Conducta. Análisis de campo y paramétrico. México; Trillas.
- Rosenbaum M., Franks C. M. y Jaffe K. Eds.. (1983). Perspectives of Behavior Therapy in the Eighties. New York; Springer Publishing Company.
- Ryle G. (1949). The Concept of Mind. New York; Barnes & Noble.
- Sargent J. D., Walters E. D. y Green E. E. (1973). Psychosomatic Self-Regulation of Migraine Headaches. En L. Birk (Ed). Biofeedback: Behavioral Medicine. New York; Grune & Stratton.
- Schwartz R. M. (1982). Cognitive-Behavior Modification: A conceptual Review. Clinical Psychology Review, 2, 267-293.
- Seligson I. y Varela J. (1988). Afrontamiento: aspectos críticos y alternativa. Presentado en el V Congreso Mexicano de Psicología. México, Octubre.
- Stroebel C. F. y Glueck B. C. (1973). Biofeedback Treatment in Medicine and Psychiatry: An ultimate placebo? En Birk L. Ed (1973). Biofeedback: Behavioral Medicine. New York; Grune & Stratton.
- Syme S. L. (1984). Sociocultural Factors and Disease Etiology. En W. D. Gentry (Ed). Handbook of Behavioral Medicine. New York; Guilford Press.
- Walker C. E. (1979). Behavioral Intervention in a Pediatric Setting. En J. R. McNamara (Ed.). Behavioral Approaches to Medicine. Application and Analysis. New York; Plenum Press.
- Watson D. y Kendall P. C. (1983). Methodological Issues in Research on Coping and Chronic Disease. En T. G. Burish y L. A. Bradley (Eds.). Coping with chronic disease: Research and Applications. New York; Academic Press.
- Weiss J. M. (1984). Behavioral and Psychological Influences on Gastrointestinal Pathology: Experimental Techniques and Findings. En W. D. Gentry (Ed). Handbook of Behavioral Medicine. New York; Guilford Press.
- Weiss T. y Engel B. T. (1973). Operant Conditioning of Heart Rate in Patients With Premature Ventricular Contractions. En L. Birk (Ed). Biofeedback: Behavioral Medicine. New York; Grune & Stratton.
- Whitehead W. E., Fedoravicius A. S., Blackwell B. y Wooley S. (1979). A Behavioral Conceptualization of Somatic Illness: Psychosomatic symptoms as learned responses. En J. R. McNamara (Ed.). Behavioral Approaches to Medicine. Application and Analysis. New York; Plenum Press.

## REFERENCIAS (2a. Parte)

- Alexander F. (1939). Psychoanalytic Study of a Case of Essential Hypertension. Psychosomatic Medicine, 139-152.
- Bachrach A. J., Erwin W. J. y Mohr J. P. (1965). The Control of Eating Behavior in an Anorexic by Operant Conditioning Techniques. En L. P. Ullman y L. Krasner (Eds). Case Studies in Behavior Modification. New York; Holt Rinehart & Winston.
- Bandura A. (1977). Self Efficacy. Toward a Unifying Theory of Behavior Change. Psychological Review, 84, 191-195.
- Bandura A. y Rosenthal T. L. (1966). Vicarious Classical Conditioning as Function of Arousal Level. Journal of Personality and Social Psychology, 3, 54-62.
- Blanchard E. B. y Young L. D. (1974) Clinical Application of Biofeedback Training: A review of evidence. Archives of General Psychology, 30, 573-589.
- Bowers K. S. (1968). Pain, Anxiety and Precede Control. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 32, 596-602.
- Brady J. P. (1973). The Place of Behavior Therapy in Medical Setting and Psychiatry Resident Training. Journal of Nervous and Mental Disease, 157, 21-26.
- Fray G. (1973). Obesity in perspective. DHEW Publ. No. (NIH), 75-78.
- Brucker B. S. (1980). Biofeedback and Rehabilitation. En L. P. Ince (Ed). Behavior Psychology in Rehabilitation Medicine: Clinical Applications. Baltimore; Williams and Wilkins.
- Burish T. G. y Lyles J. N. (1979). Effectiveness of Relaxation Training in Reducing The Aversiveness of Chemotherapy in The Treatment of Cancer. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 10, 357-361.
- Cannon W. B. (1932). The Wisdom of The Body. New York; Norton.
- Cerulli M. A., Nikoomanesh P. y Schuster M M. (1979). Progress in Biofeedback Conditioning for Fecal Incontinence. Gastroenterology, 76, 742-749.
- Chapman C. R., Sola A. E. y Bonika J. J. (1979). Illness Behavior and Depression Compared in Pain Center and Private Practice Patients. Pain, 6, 1-7.
- Cole T. M., Chilgren R. y Rosenberg P. (1973). A New Programme of Sex Education and Counseling for Spinal Injured Adults and Health Care Professionals. Paraplegia, 11, 111-124.
- Cook D. W. (1979). Psychological Adjustment to Spinal Cord Injury: Incidence of denial, depression and anxiety. Behavioral Psychology, 26, 97-104.
- Craig K. D. (1983). A Social Learning Perspective on Pain Experience. En M. Rosenbaum C. M. Franks y K. Jaffe (Eds.). Perspectives of Behavior Therapy in The Eighties. New York; Springer Publishing Company.
- Craig K. D. y Prkachin K. M. (1978). Social Modeling Influences on Sensory Decision Theory and Psychophysiological Index of Pain. Journal of Personality and Social Psychology, 36, 805-815.
- Craig K. D. y Lowery H. J. (1969). Heart Rate Components of Conditioned Vicarious Autonomic Responses. Journal of Personality and Social Psychology, 11, 381-387.
- Craig T. J., Comstok G. W. y Geiser P. V. (1974). Psychiatric Symptomatology Among Hospitalized Cancer Patients. American Journal of Psychiatry, 131, 1323-1327.
- Creer T. L. (1979). Asthma Therapy: A Behavioral Care System for Respiratory Disorders. New York; Springer Publishing Company.
- Creer T. L., Renne C. M. y Christian W. P (1976). Behavioral Contributions to Rehabilitation and Childhood Asthma. Rehabilitation Literature, 37, 226-232.
- Derogatis L. R. y Kourlesis S. M. (1981). An Approach to Evaluation of Sexual Problems in The Cancer Patients CA-A Cancer. Journal for Clinicians, 31, 46-50.
- Durkheim (1897). The Rules of Sociological Method. Trad. inglesa. New York; Free Press.
- Eisenberg H. S. y Goldenberg Y. S. (1966). A Measurement of Quality of Survival of Breast Cancer Patients. En J. L. Hayward y R. D. Bulbrook (Eds). Clinical Evaluation of Breast Cancer. London; Academic Press.

- Eisenberg M. G. y Rustad L. C. (1976). Sex Education and Counseling Program on a Spinal Cord Injury Service. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 57, 135-140.
- Ellis A. (1962). Reason and Emotion in Psychotherapy. New York; Lyle Stuart.
- Fodor Y. E. (1983). Behavior Therapy for the Overweight Woman: A time for reappraisal. En M. Rosenbaum C. M. Franks y K. Jaffe (Eds.). Perspectives of Behavior Therapy in The Eighties. New York; Springer Publishing Company.
- Fordyce W. E., Fowler R. S., Lehman J. R., DeLateur B. J., Sand P. L. y Trieschmann R. B. (1973). Operant Conditioning in The Treatment of Chronic Pain. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 54, 399-408.
- Fordyce W. E., Sand P. L., Trieschmann R. B. y Fowler R. S. (1971). Behavior Systems Analyzed. Journal of Rehabilitation, 37, 29-34.
- Fowler J. E., Budzinsky T. H. y VandeBerg R. L. (1976). Effects of an EMG Biofeedback Relaxation Training Program on The Control of Diabetes. Biofeedback and Self-Regulation, 1, 105-112.
- Fowler R. S., Fordyce W. E. y Berni R. (1969). Operant Conditioning in Chronic Illness. American Journal of Nursing, 69, 1226-1228.
- Fox B. H. (1978). Premorbid Psychological Factors as Related to Cancer Evidence. Journal of Behavioral Medicine, 1, 45-133.
- Fox B. H. y Goldsmith J. R. (1976). Behavioral Issues in the Prevention of Cancer. Preventive Medicine, 5, 106-121.
- Foxx R. M. y Azrin N. H. (1973). Toilet Training in the Retarded. Champaign Ill; Research Press.
- Friedman M. y Rosenman R. H. (1974). Type A Behavior and Your Heart. Greenwich, CT.; Fawcett.
- Ghory J. E. (1975). Exercise and Asthma: Overview and Clinical Impact. Pediatrics, 56, 844-860.
- Glass D. C. (1977). Behavior Patterns Stress and Coronary Disease. New York; Lawrence Erlbaum.
- Goldberg, S. C., Halmi K. A., Eckert E. y Davis J. M. (1977). Pretreatment Predictors of Weight Change in Anorexia Nervosa. En R. A. Vigersky (De). Anorexia Nervosa. New York; Raven Press.
- Goldblatt P. B., More N. E. y Stunkard A. J. (1965). Social Factors in Obesity. Journal of American Medical Association, 192, 1039.
- Goldfried M. R. y D'Zurilla T. J. (1969). A Behavior-Analytic Model for Assessing Competence. En C. D. Spielberg (De). Current Topics in Clinical and Community Psychology. Vol Y. New York; Academic Press.
- Goldiamond Y. (1965). Los Procesos de Autocontrol Aplicados a la Solución de Problemas Personales de Conducta. En R. Ulrich, Mabry y Stachnik (Eds). Control de la Conducta Humana. Vol. Y. Trad. al Cast. México; Trillas.
- Goldstein Y. B., Shapiro D., Thananopavarn C. y Shambhi M. P. (1982). Comparison of Drug and Behavior Treatment of Essential Hypertension. Health Psychology, 1, 7-26.
- Gordon W. A. y Diller L. (1983). Stroke: Coping With A Cognitive Deficit. En T. G. Burish y L. A. Bradley (Eds.). Coping with chronic disease: Research and Applications. New York; Academic Press.
- Graham G. R. y Wolf H. G. (1983). The Mechanism of The Migraine Headache and the Action of the Ergotamina Tartrate. Archives of Neurological Psychiatry, 39, 737.
- Haan N. (1977). Coping and Defending. New York; Academic Press.
- Halmi K. A., Goldberg S. C., Eckert E., Casper R. y Davis J. M. (1977). Pretreatment Evaluation in Anorexia Nervosa. En R. A. Vigersky (De). Anorexia Nervosa. New York; Raven Press.
- Halstead L. S., Halstead M. D., Salhoot J. T., Stock D. D. y Sparks R. W. (1978). Sexual Attitudes, Behavior Satisfaction for Able-Bodied and Disabled Participants Attending Workshops for Human Sexuality. Archives for Physical Medicine and Rehabilitation, 59, 497-501.
- Hamburg D. A., Hamburg D. y DeGoza S. (1953). Adaptive Problems and Mechanisms in Severely Burned Patients. Psychiatry, 16, 1-20.
- Hinckle L. E. y Wolf S. (1952a). Importance of Life Stress in the Course and Management of Diabetes Mellitus. Journal of American Medical Association, 148, 513-520.
- Hinckle L. E. (1952b). A Summary of Experimental Evidence Relating Life Stress to Diabetes Mellitus. Journal of Mt. Sinai Hospital, 19, 537-570.
- Ince L. P., Brucker B. S. y Alba A. (1976). Behavior Techniques Applied to the Care of the Patients With Spinal Cord Injuries With an Annotated Reference List. Behavior Engineering, 3, 87-95.

- Jamison K., Wellisch D. K. y Pasnau R. (1978). Psychological Aspects of Mastectomy: The Woman's Perspective. American Journal of Psychiatry, 135, 432-436.
- Katz J. L., Weiner H., Gallagher T. F. y Hellman L. (1974). Stress, Distress and Ego Defenses: Psychoendocrine Response to Impending Breast Tumor Biopsy. Archives of General Psychiatry, 23, 131-142.
- Kazdin A. E. (1977). The Token Economy. A Review and Evaluation. New York; Plenum Press.
- Keefe F. J., Block A. R., William's R. B. y Surwit R. S. (1981). Behavior Treatment of Chronic Pain: Clinical outcome and individual differences in pain relief. Pain, 11, 221-231.
- Keefe F. J., Surwit R. S. y Pilon R.N. (1979). A One Year Follow-Up of Raynaud's Patients Treated with Behavior Therapy Techniques. Journal of Behavioral Medicine, 2, 385-391.
- Khan A. V. Staerk M. y Bonk C. (1973). Role of Counterconditioning in the Treatment of Asthma. Journal of Psychosomatic Research, 17, 389-392.
- Kimball C. P. (1973). Conceptual Developments in Psychosomatic Medicine: 1939-1969. Annals of Internal Medicine, 73, 307-316.
- Lazarus A. y Abramovitz A. (1962). The Use of "Emotive Imagery" in the Treatment of Children Phobias. Journal of Mental Science, 108, 191-195.
- Lazarus R. S. (1966). Psychological Stress and the Coping Process. New York; McGraw Hill.
- Lazarus R. S. y Launier R. (1978). Stress-Related Transactions Between Person and Environment. En L. A. Pervin y M. Lewis (Eds.). Perspectives in Interaction Psychology. New York; Plenum Press.
- Leon G. R., Bemis K. M. y Lucas A. R. (1980). A Family Interactions, Control and Other Interpersonal Factors as Issues in Treatment of Anorexia Nervosa. Paper presented at the World Congress on Behavior Therapy. Jerusalem, Israel.
- Lubar F. y Deering W. M. (1981). Behavior Approaches to Neurology. New York; Academic Press.
- Maddox G. L. y Liederman V. (1969). Overweight as a Social Disability With Medical Implications. Journal of Medical Education, 44, 214-220.
- Malament I. B., Dunn M. E. y Davis R. (1975). Pressure Scores: An Operant conditioning approach to prevention. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 56, 161-165.
- Masters J. C., Cerreto M. C. y Mendlowitz D. R. (1983). The Role of the Family in Coping With Childhood Chronic Illness. En T. G. Burish y L. A. Bradley (Eds.). Coping with chronic disease: Research and Applications. New York; Academic Press.
- Mastrovito R. C. (1974). Cancer: Awareness and Denial. Clinical Bulletin, 4, 142-146.
- McAleer C. A. y Kluge C. A. (1978). Counseling ad Approaches for Working With a Cancer Patient. Rehabilitation Counseling Bulletin, 21, 238-245.
- McFadden E. R. Jr. (1980). Asthma: Airway Reactivity and Pathogenesis. Seminars on Respiratory Medicine, 1, 287-296.
- Meinchenbaum D. (1977). Cognitive Behavior Modification. New Jersey; General Learning Press.
- Melamed B. G. y Siegel L. J. (1975). Reduction of Anxiety in Children Facing Hospitalization and Surgery by Use of Film Modeling. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 511-521.
- Melzack R. y Denis S. G. (1978). Neurophysiological Foundations of Pain. En R. Sternbach (De). The Psychology of Pain. New York; Raven Press.
- Menninger K. (1963). The Vital Balance. The Life Process in Mental Health and Illness. New York; Viking.
- Merskey H. (1974). Assessment of Pain. Physiotherapy, 60, 96-98.
- Miller N. E. (1978). Biofeedback and Visceral Learning. En Annual Review of Psychology, Vol. 56, 130-135.
- Miller K. D., Wolfe M. y Spiegel M. (1975). Therapeutic Groups for Patients With Spinal Cord Injuries. Archives of Physical and Medicine Rehabilitation, 56, 130-135.
- Nacht M B, Wolf S. L. y Coogler C. E. (1982). Use of the Electromyographic Biofeedback During The cute Phase of Spinal Cord Injury. Physical Training, 62, 290-294.
- Nagler B. (1950). Psychiatric Aspects of Cord Injury. American Journal of Psychiatry, 107, 49-56.
- Nerenz D. R., Leventhal H., Love R. R. y Ringler K. (1980). Factors Contributing To Emotional Distress During Cancer Chemotherapy. Paper presented at The Meeting of The American Psychological Association. Montreal, September.
- O'Leary K. D. y Wilson G. T. (1975<). Behavior Therapy: Application and Outcome. New York; Prentice Hall.

- Ounsted C., Lee D. y Hott S. J. (1966). Electroencephalographic and Clinical Changes in an Epileptic Child During Repeated Photic Stimulation. Electroencephalographic and Clinical Neurophysiology, 21, 388-391.
- Parijs J., Joosens J. V., Vander L., Vertreken G. y Amery A. K. (1973). Moderate Sodium Restriction and Diuretics in the Treatment of Hypertension. American Heart Journal, 85, 22.
- Polivy J. (1977). Physiological Effects of Mastectomy on a Woman's Feminine Self-Concept. Journal of Nervous and Mental Disease, 164, 77-87.
- Porter R. y Birch J. Eds (1971). Identification of Asthma. London; Churchill Livingstone.
- Powers P. (1980). The Regulation Of Weight. Baltimore M. D.; William's & Wilkins.
- Quint J. C. (1963). The Impact of Mastectomy. American Journal Of Nursing, 63, 88-92.
- Reed C. E. y Townley R. J. (1978). Asthma: Classification and Pathogenesis. En E. Middleton Jr., C. E. Reed y E. F. Ellis (Eds), Allergy: Principles and Practice. St. Louis Mo.; C. V. Mosby.
- Pomerlau D. y Brady
- Renne C. M., Nan E., Dietiker K E. y Lyon R. (1976). Latency in Seeking Asthma Treatment a Function of Achieving Successively Higher Flow Rate Criteria. Paper presented at The Meeting of the Association for The Advancement of Behavior Therapy. New York; December.
- Robins L. (1969). Social Correlates of Psychiatry Disorders: Can we tell causes from the consequences? Journal of Health and Social Behavior, 10, 95-104.
- Roessler M., Milligan T. y Ohlson A. (1976). Personal Adjustment Training for the Spinal Cord Injured. Rehabilitation Counseling Bulletin, 19, 544-550.
- Rogers A. G. (1983). The Role of The Nurse in Coping With Chronic Disease. EN T. G. Bruit y L. A. Bradley (Eds.). Coping with chronic disease: Research and Applications. New York; Academic Press.
- Rogers W. A. y Warren S. F. Eds. (1977). Ecological Perspectives in Behavioral Analysis. Baltimore; University Park Press.
- Rollman G. B. (1976). Signal Detection Theory Assessment of Pain Modulation: A critique. En J. J. Bionica y D. Albe Fressard (Eds). Advances in Pain Research and Therapy, Vol Y. New York; Raven Press.
- Rollman G. B. (1977). Signal Detection Theory Measurement of Pain: A review and critique. Pain, 3, 187-211.
- Rollman G. B. (1979). Signal Detection Theory Pain Measures: Empirical validation studies and adaptation-level effects. Pain, 6, 9-21.
- Rosenman R. H., Brand R. J., Jenkins D., Friedman M., Strauss R. y Wurm M. (1975). Coronary Heart disease in the Western Collaborative Group Study: Final Follow-Up Experience of 8 1\2 Years. Journal of American Medical Association, 233, 872-877.
- Rybshtein-Blinchich E. (1979). Effects of Different Cognitive Strategies in the Pain Experience. Journal of Behavioral Medicine, 2, 93-102.
- Selye H. (1974). Stress Without Stress. Philadelphia; Lippincott.
- Shapiro D., Tursky B., Gershon E. y Stern M. (1969). Effects of Feedback and Reinforcement on the Control of Human Systolic Blood Pressure. Science, 163, 588-590.
- Shiplely R. H., Butt J. H. y Horwitz E. A. (1979). Preparation to Experience A Stressful Medical Examination: Effect of repetitious videotape exposure and coping style. Journal of Clinical and Consulting Clinical Psychology, 47, 485-492.
- Spear F. G. (1967). Pain in Psychiatry Patients. Journal of Psychosomatic Research, 11, 187-193.
- Stampfl T. G. y Levis D. J. (1967). Essential of Implosive Therapy: A learning theory-based Psychodynamic behavior therapy. Journal of Abnormal Psychology, 72, 496-503.
- Serman M. D., McDonal L. R. y Stone R. K. (1974). Biofeedback Training of the Sensory Motor Electroencephalographic Rythm in Man. Effects of epilepsy. Epilepsya, 15, 395-416.
- Sternbach
- Sternbach R. A. (1974). Pain Patients: traits and treatment. New York; Academic Press.
- Sternbach (1978). Pain: A Psychological Analysis. New York; Academic Press.
- Stuart R. y Jacobson B. (1979). Sex Differences in Obesity. En E. Gomberg y V. Franks (Eds). Gender and Disorder Behavior: Sex Differences In Psychopathology. Brunner\ Mazel.
- Stunkard A. J. y Mendelson M. (1967). Obesity and the Body Image: Characteristics of disturbances in the body image of some obese persons. American Journal of Psychiatry, 36, 801-806.



- Suinn R. (1977). Manual: Anxiety Management Training. Fort Collins CO; Rocky Mountain Behavior Science Institute.
- Surwit R. S., Allan L. M. III, Gilgor R. S., Kuhn, Shanberg S. y Duvic M. (1982). The Combined Effect of Prazosin and Autogenic Training on Cold Reactivity in Raynaud's Phenomenon. Biofeedback and Self-Regulation, 7, 537-544.
- Surwit R. S., Pilon R. N. y Fenton C. H. (1978). Behavioral Treatment of Raynaud Disease. Journal of Behavioral Medicine, 1, 323-335.
- Surwit R. S., Shapiro D. y Fled J. L. (1976). Digital Temperature Autoregulation And Associated Cardiovascular Changes. Psychophysiology, 13, 242-248.
- Sutherland A. M., Orbach C. E., Dyck R. B. y Bard M. (1952). The Psychological Impact of Cancer and Cancer Surgery: Adaptation to the dry colostomy. Report and Summary of Findings. Cancer, 5, 857-872.
- Taplin P. S. Creer T. L. (1978). A Procedure For Using Peak Procedure Expiratory Flow Rate Data To Increase The Predictability Of Asthma Episodes. The Journal Of Asthma Research, 16, 15-19.
- Tarnow J. D. y Silverman S. W. (1981-1982). The Psychophysiological Aspects Of Stress In Juvenile Diabetes Mellitus. International Journal Of Psychiatry In Medicine, 11, 25-44.
- Taub A. (1975). Factors In The Diagnosis and Treatment Of Chronic Pain. Journal Of Autism And Childhood Schizophrenia, 5, 1-12.
- Taylor G. P. y Persons R. W. (1970). Behavior Modification Techniques in a Physical Medicine And Rehabilitation Center, 30, 290-296.
- Trieschmann R. B. (1980). Spinal Cord Injuries. New York; Pergamon Press.
- Turk D. C. y Speers M. A. (1983). Diabetes Mellitus: A cognitive-functional analysis of stress. En T. G. Burish y L. A. Bradley (Eds.). Coping with chronic disease: Research and Applications. New York; Academic Press.
- Vaillant G. E. (1977). Adaptation to Life. Boston; Little Brown.
- Watkins J. D., Williams T. F., Martin D. A., Hogan M. D. y Coyle Y. V. (1967). Observations Of Medication Errors Made By Diabetics Patients In The Home. Diabetes, 16, 882-885.
- Weisenberg M. Ed. (1975). Pain: Clinical And Experimental Perspectives. St. Louis, MO; CV, Mosby.
- Weisenberg M. (1983). Behavioral Strategies In Pain And Its Control. En M. Rosenbaum, C. M. Franks y K. Jaffe (Eds.). Perspectives of Behavior Therapy in the Eighties. New York; Springer Publishing Company.
- Williams R. B., Haney T. L., Lee K. L., Kong Y., Blumenthal J. A. y Whalen R. E. (1980). Type A Behavior Hostility and Coronary Atherosclerosis. Psychosomatic Medicine, 42, 539-549.
- Williams R. B., Lane J. D., Kuhn C. M., Melosh W., White A. D. y Shonberg S. M. (1982). Type A Behavior And Elevated Physiological And Neuroendocrine Responses To Cognitive Tasks. Science, 218, 483-485.
- Wittkower E. D., Gingras G., Mergler L., Widgor B. y Lepine A. (1954). A Combined Psychosocial Study Of Spinal Cord Lesions. Canadian Medical Association Journal, 71, 109-115.
- Wolf
- Wolf S. L., Nacht M. y Kelly J. L. (1982). EMG Feedback Training During Dynamic Movement for Low Back Pain Patients. Behavior Therapy, 13, 395-406.
- Wolff B. B. (1978). Behavioral Measurement of Human Pain. En R. A. Sternbach (1974). Pain Patients: traits and treatment. New York; Academic Press.
- Wolff S., Cardon P. V., Shepard E. M. y Wolff H. (1950). Life Stress And Essential Hypertension. Baltimore; Williams & Wilkins.
- Wolpe J. (1958). Psychotherapy By Reciprocal Inhibition. Stanford Cal.; University Press.
- Wooly S. C. Wooly O. W. (1979). Obesity And Woman: A closer look at the facts. Women's Studies International Quarterly, 2, 67-79.
- Wright L. (1976). Psychology As Health Profession. Clinical Psychologist, 13, 395-406.
- Young G. C. (1973). The Treatment Of Childhood Encopresis By GASTRO-Ileal Reflex Training. Behavior Research And Therapy, 11, 499-503.
- Zborowsky M. (1969). People In Pain. San Francisco; Jossey Bass.

Zlutnick S. Y., Mayville W. J. y Moffat S. (1975). Behavior Control Of Seizure Disorders: The interruption of chained behavior. En R. C. Katz y S. L. Slutnick (Eds). Behavior Therapy And Health Care: Principles and Applications. Elmsford, New York; Pergamon Press.

AUTOR	TEMA CENTRAL	ELEMENTO DEFINICION	E L E V L.	P R E V L.	T R A T L.	VARIABLES (D - Y)	SUJETOS	MODELOS
Fodor I.E.	Obesidad	Tamaño corporal por arriba del promedio Multifacético			X	Aculturación, sexo, raza (Stuart y Jacobson, 1979) /Nivel socioeconómico (Goldblatt et al., 1979)/ Riesgo d enfermedad cardiovascular (Bray, 1973)/ Longevidad/ Autocontrol y creencias religiosas (Maddox y Liederman, 1969) /Métodos de conentización por medio de revistas, libros y lectura asignada (Wooley y Wooley, 1979)	Eminentemente Mujeres	Aprendizaje Social
	Epilepsia	SNC/ fisiología/Sistema Sensorial/Actividad motora/conciencia			X	Fenobarbital/Cirugía (raramente usada)/manejo de contingencia /EEC/bioretroalimentación (Lubar y Dufin, 1981), choques suaves (Wright, 1976)/castigo (Zlutnok et al., 1975)/evitación: estimulación fónica desagradable (Ounsted et al., 1966)/Retroalimentación EEG (Sterman et al., 1974)/Entrenamiento en relajación e hipnosis (Lubar y Dufin, 1981)/Conducta hiperactiva.	Niños, Adolescentes	
	Conducta Tipo A	Drive, urgencia y hostilidad (Friedman y Rosenmann, 1974; Glass, 1977)	X	X	X	Factores de riesgo (fumar, obesidad, dieta y ejercicio)/Relación de patrón "A" y CE (*) (Ronsenmann et al., 1975) Patrón "A" y ECA(**) (Williams et al., 1980)/Tiempo de reacción (Williams et al., 1982) /Anxiety Management Training (Suinn, 1977)		
	Síndrome de Raynaud	Fisiología			X	Stress emocional/Medicación (reserpina, metildopa, etc.) que son riesgosos por efectos colaterales/Cirugía (simpatectomía) en casos severos/Procesos corticales centrales/Temperaturas frías /Retroalimentación	Casos Individuales	
	Incontinencia Fecal	Fisiología	X		X	Condicionamiento clásico (Young, 1973)/Instigación y reforzamiento (Fox y Azrin, 1973)/Retroalimentación visceral/Cirugía rectal (Cerrilli et al., 1979)	Niños con retardo	

TABLA 1

(\*) EEC = Enfermedad Coronaria-Cardíaca  
 (\*\*) ECA = Enfermedad Coronaria-Arterial

ESTRUCTURAS RELACIONADAS	FISIOLOGICAS	PROBLEMAS Y PERSPECTIVAS	MEDICIONES (Niveles e Instrumentos)
		Los conductistas ignoran mucho de los factores constitucionales (Powres, 1980). Ambiente infantil Anormalidades hormonales y metabólicas Estilos de comer: aún está en estado exploratorio	Formas en que se evalúa la imagen corporal (Stunkard et al., 1967) Metropolitan Life Insurances Table Número de calorías y cantidad de alimentos
S.N.C.		Tipos de diseño y confiabilidad intrasujeto Identificación de pacientes que responden positivamente al tratamiento conductual y farmacológico	Frecuencia de ataques, duración e intensidad Actividad asociada a los ataques Alteración del EEG Medicación
Mecanismos neurofisiológicos y neuroendocrinos		Entendimiento de los mecanismos fisiopatológicos Normas precisas para medir el patrón de conducta Tipo "A"	Jenkins Activity Survey Hipersensibilidad al stress/ Nivel de catecolaminas/ Tasa de corriente sanguínea/ Peso/ Nivel de epinefrina, norepinefrina y colesterol Spieeldberg's Stactic-Trait Anxiety Inventory
Sistema vascular periférico (dedos, pie, y manos) S.N: Simpático		Métodos para involucrar al paciente en las instrucciones del tratamiento Examinar los efectos y diferentes tipos de generalización del tratamiento	Cantidad de sangre periférica/ Pequeños cambios de temperatura/ Biofeedback/ Autoreportes (Surwit et al., 1976, 1978, 1982)/ Frecuencia del vasospasmo (Keefe et al., 1979) y Nivel de cortisona en el plasma/ Alienation Scale of Laynon' s/ Respuestas neuroendocrinas/ Psychological Screening Inventory
Columna bifida Procesos metabólicos y neurológicos		Investigación del papel del stress	Espaciamiento/ Frecuencia/ Repuestas rectoesfintéricas mediante el uso de globos

TABLA 1 (continúa)

AUTOR	TEMA CENTRAL	ELEM. DEFINICIÓN	E I O	P R E V	T R A T	VARIABLES (D - Y)	SUJETOS	MODELOS
	Hipertensión	Fisiología	X	X	X	Biobehavioral/ Relajación, régimen de drogas y automotores (Goldstein et al., 1982)/ Dieta y ejercicio (París, 1973)/ Meditación	Adultos	
Meyerowitz B.E. Heinrich R.L. Coscarelli S.C. (1983)	Cáncer	Interacciones con el medio ambiente/ Actividad física/ Hábitos de alto riesgo	X	X	X	Mecanismos de defensa (Mastrovito, 1974) negación/ Impacto del diagnóstico en inhabilidad física (Craig et al., 1974)/ Familia y relación marital (Jamison et al., 1978)/ Dificultades sexuales (Derogatis et al., 1981)/ Autoestima (Quint, 1963)/ Vida social y recreación (McAleer et al., 1978), trabajo/ Derivado de mastectomía (Eisenberg et al., 1966)/ Colostomía y pérdida de voz (Sutherland et al., 1952)/ Distress gástrico de la quimioterapia (Nerenz et al., 1980)/ Náusea anticipatoria y vomito (Burnsh et al., 1979)/ Valoración de las situaciones problemáticas/ Minimización del distress emocional	Niños Jóvenes Adultos Ancianos	Basado en competencias (Goldfried y D'Zurilla, 1969)
Turk D.C. y Speers M.A. (1983)	Diabetes	Automanejo y exposición a situaciones stressantes	X		X	Adherencia (Walkins et al., 1967)/ Administración de insulina, dosis erróneas, cuidado de los pies, conductas de autocuidado/ Exposición a situaciones stressantes (Hinkle y Wolf, 1952)/ Hipnosis/ Biofeedback/ Alimentación (Fowler et al., 1976; Hinkle y Wolf, 1952a; 1952b)/ Entrenamiento de hábitos sociales	Niños Jóvenes Adultos	Causación Lineal Psicofisiológico (Tarrow y Silverman, 1981-1982) Transaccional (Lazarus y Launier, 1978) Cognición en 3 pasos
Stroebe Glueck (1973)	Placebo	Fisiología Medicación/ Alivio de síntomas por expectativas del paciente			X	Técnicas de relajación		PATT (*)

TABLA 2

ESTRUCTURAS RELACIONADAS	FISIOLOGICAS	PROBLEMAS Y PERSPECTIVAS	MEDICIONES (Niveles e Instrumentos)
Riñones y Sistema Cardiovascular		La importancia de los métodos aun requiere más investigación/ Transferencia del laboratorio a situaciones naturales	Presión sanguínea/ Medición "Bofetada Constante" (constant cuff) Shapiro et al., 1969
Pecho/ Pulmón/ Melanoma/ Ostomía		Determinar una relación sistemática de cada respuesta en términos de su eficacia. Los hallazgos deben tender a tener gran aplicabilidad/ La Línea Base Múltiple puede ser útil	Actividad adrenocórtica/ Nivel de desagrado/ Perturbación del estilo de vida (Katz et al., 1974)/ Imagen corporal/ Autoimagen ( Polivy, 1977)/ Cáncer Inventory of Problem Situation/ Efectividad de la respuesta de afrontamiento
Páncreas/ Hígado		El afrontamiento específico a la diabetes no ha sido identificado ni se le ha puesto atención al proceso/ Clarificar las relaciones entre el stress y la diabetes/ Programa para incrementar la adherencia	Nivel de insulina/ Control metabólico/ Ketona en el Free-Fat-Acids/ Secreción de catecolaminas/ Glucosa en la sangre y orina/ Holmes & Rahe Scale
			EEG / EMG / PATT Scores (Placebo Active Therapeutic Index)

TABLA 2 (continúa)

AUTOR	TEMA CENTRAL	ELEMENTOS DEFINICION	E I O	P R E V	T R A T	VARIABLES (D - Y)	SUJETOS	MODELOS
Creer T. (1983)	Desórdenes Respiratorios	Definiciones poco adecuadas (Porter y Birch, 1971) / Fisiología Reversible (McFadden, 1980) Corta respiración			X	Asma. Alergias/ Autorregistro y relajación con sentimientos subjetivos (Renne et al., 1976)/ Predicción de ataque (Tajlin y Creer, 1978)/ Medicación/ Duración y frecuencia (Creer, 1978) Adherencia (Creer, 1979) / Emociones/ Ejercicio (Ghor, 1975)/ Contexto/ Biofeedback (Khan et al., 1973)/ EMG/ Manejo conductual (Creer et al., 1976)	Niños Adultos	E-Persona- fisiológica (Red y Townley, 1979)
Budzinsky et al., 1973	Dolor de cabeza	Fisiología			X	Autorregistro/EMG. Retroalimentación/ Entrenamiento contingente y no contingente/ Auditivo y visual/ Reportes del sujeto	Adultos	
Sargent et al. 1973	Migraña Dolor crónico	Fisiología Fisiología	X	X	X	Presencia de ergotamina (Graham y Wolf, 1938) "Entrenador de Temperatura", cabeza-pulgar. Reforzamiento diferencial y placebo (Fordyce et al., 1973)/ Autocontrol, relajamiento, asertividad, ejercicio autoespaciado, reducción de medicamentos (Keefe, Block et al., 1981) / Retroalimentación-EMG paraespinal (Wolf, Nacht y Kelly, 1982) / Afrontamiento cognitivo (Rybsstein-Blinchick, 1979)	Gruppal	
Brucker B.S. (1983)	Daño en medula espinal	Fisiología	X	X	X	Entrevistas, conferencias a personal de hospital, observación/ Práctica informal con pacientes, depresión reactiva/ Psicosis, indiferencia/ Dependencia, aceptación de la inhabilidad (Nagler, 1950) Negación, distorsión de imagen corporal, enojo y depresión (Wittkower et al., 1954) No hay evidencia de altos niveles de ansiedad y depresión (Cook, 1979) sólo en algunos hay negación/ Información relativa a las consecuencias y funcionamiento sexual (Miller et al., 1975)/ Distorsión sexual (Trieschman, 1980)/ Desensibilización sexual (Cole et al., 1973)/ Modelos de afrontamiento (Eisenberg et al., 1976)/ Sentimientos hacia la afectividad sexual (Halstead et al., 1978)/ Condicionamiento operante: lectura y conversación (Taylor y Persons, 1970)/ Ingesta de líquidos (Fowler et al., 1969)/ Prevención de úlceras y condiciones hospitalarias (Malaament et al., 1975)/ Recuperación muscular (Fordyce et al., 1976)/ Condicionamiento Clásico: Micción (Ince et al., 1976)/ Retroalimentación (Nacht et al., 1982)/ Presión sanguínea (Brucker, 19)		Modelo de Etapas (Dunn, 1975; Hohmann, 1975)

TABLA 3

ESTRUCTURAS FISIOLÓGICAS RELACIONADAS	PROBLEMAS Y PERSPECTIVAS	MEDICIONES (Niveles e Instrumentos)
Bronquios/ Aparato respiratorio/ Mucosidades (exceso o resequeidad)/ Músculos lisos del espasmo/ Hinchazón del tejido/ Nervio vago	I. Seguimiento/ Datos estimativos de crecimiento con asma muy discrepantes Duración/ Frecuencia: ¿son VI o VD? La variabilidad de los ataques es el principal problema para su definición II. Ha recibido muy poca atención. Controvertido papel de la retroalimentación	I. Wright Peak Flow Meter (cantidad de aire que puede producir y mantener durante 10 milisegundos) MMP/ Katz Adjustment Scale/ Sickness Impact Profile/ Duración/ Frecuencia/ Volumen de aire expirado por segundo
Músculos frontales		Valoración del dolor del paciente/ Graficación/ MMP/ Nivel de tensión muscular en la frente/ Clics producidos por el equipo
Vasos extracraneales / SNC		Pulso arterial/ EEG/ Rayos X de la cabeza y tórax/ Serología/ Análisis de orina/ Temperatura cabeza-dedo/ Intensidad/ Total de analgésicos usados/ Total de la potencia de los analgésicos
Espalda (músculos y nervios)	Control de los procedimientos para poder tener conclusiones más fuertes/ Esta en su fase preliminar/ Falta incorporación de los métodos de evaluación a la práctica clínica/ Se requieren de largos periodos de seguimiento (6 meses)/ Difícil investigación comparada	Tensión muscular (EMG)/ Tensión subjetiva/ Dosis de medicación/ Apreciación del dolor/ McGill Pain Questionnaire (MPQ)
Medula espinal/ Erección penaeal/ Organos genitales/ Vejiga y músculos	Dificultad para evaluar la validez de las conclusiones/ Se han reportado pocos resultados y bajo empleo de diseños experimentales en las disfunciones sexuales/ Errores metodológicos	Entrevistas estructuradas/ Rorschach, TAT, Level Aspiration Test, Wechsler, etc. (Wittkower, 1954)/ Benneuter Personality Inventory/ Bell Adjustment Inventory/ Mini-Mult (MMPI abreviado)/ Escalas valorativas para la actividad sexual (Halstead et al., 1978)/ Actividad eléctrica del músculo/ Volumen de Ingesta

TABLA 3 (continua)



AUTOR	TEMA CENTRAL	ELEMENTO DEFINICION	E I O	P R E V	T R A T	VARIABLES (D - Y)	SUJETOS	MODELOS
Craig K.D. (1983)	Dolor (Aprendizaje)	Cognición/ Afecto/ Conducta/ Medioambiente	X	X	X	Reporte verbal, daño de tejidos, medición subjetiva (Craig, Ptkachin, 1978)/ Magnitud percibida/ Expresiones no-verbales, transcurturalidad (Zborovskiy, 1969)/ Desorden fisiológico (Craig, Lowery, 1969)/ Atención evitativa (Bandura, Rosenthal, 1966)/ Ansiedad (Shiple, Burt, Horwitz, 1979)	Infantes (2-25 meses) niños	Aprendizaje social Modelamiento
Weisenberg M. (1983)	Dolor (Estrategia Conductual)	Experiencia sensorioemocional y daño (potencial o real) de tejido/ Cognición/ Motivación/ Emoción/ I.A.S.P.			X	Respuesta de ansiedad (tasa cardiaca, presión arterial, diámetro pupilar, tono muscular)/ Habitación de signos autónomos/ Reacción depresiva/ Disturbios de sueño, apetito o libido (Sternbach, 1978)/ Aspectos culturales (Weisenberg, 1975)/ Inputs somáticos, viscerales, emocionales/ Mecanismos de Personalidad (Melzack y Denis, 1978)/ Falta de control, dolor y stress (Bowers, 1968)/ Reducción de ansiedad (Sternbach, 1964; 1974; 1978)/ Medicación antidepresiva (Spear, 1967; Talb, 1975)/ Hipnosis, desensibilización, cirugía, estimulación eléctrica y bloqueo anestésico	adultos	Teoría de Puente-Control (Melzack y Denis, 1978) Sistema de Control Endógeno para el dolor (Varios) Escala Analoga Visual (Wolff, 1978)
Melamed B. (1983)	Intervención Odontológica				X	Miedo al médico/ Fobias dentales/ Hospitalización/ Separación de los padres/ Stress/ Ansiedad/ Soledad/ Conducta regresiva/ Dependencia/ Pérdida de control de esfínteres/ Miedo excesivo/ Perturbación en el dormir y comer/ Información de procedimientos médicos/ Recursos de afrontamiento/ Modelamiento (Melamed et al., 1980)/ Uso de filmes (Melamed et al., 1975)	Niños	Procesamiento de Información
Leon G.R. (1983)	Anorexia Nerviosa	Miedo a perder peso, perturbación de la imagen corporal/ Pérdida importante de peso, amenorrea en mujeres			X	Patrón alimenticio, vómito (Halimi et al., 1977)/ Patrones alimenticios desviados (Baechrach et al., 1965)/ Autocontrol, control familiar, preocupación sexual, atractividad física, ansiedad en el crecimiento (Leon et al., 1980)	Hombres y mujeres púberes	

TABLA 4

ESTRUCTURAS RELACIONADAS	FISIOLOGICAS	PROBLEMAS Y PERSPECTIVAS	MEDICIONES (Niveles e Instrumentos)
Tálamo ventobasal/ Corteza somatosensorial/ reticular/ Sistema Límbico	Técnicas de Medición Nivel de definición subjetivo Medición (Rollman, 1976, 1977, 1979) Relación del dolor con la ansiedad Papel del control como variable del dolor	Definir las relaciones entre la reactividad autónoma y las reacciones previas/ Prevenir si la preparación del paciente promoverá un mejor afrontamiento/ Es crítico el evaluar los factores predisposicionales (nivel de ansiedad y estilo de afrontamiento) antes del tratamiento Evaluación cuidadosa de las preocupaciones interpersonales y conflictos de los pacientes/ Análisis sistemático y modificación de la imagen corporal	Correlatos fisiológicos diversos/ Autorreportes/ Valoración del daño y dolor/ Frecuencia, Intensidad y Localización Visual Analogue Scale/ Reportes del paciente (Sternbach, 1974)/ Personalidad (Merskey, 1974)
			Autoreporte, cooperación, Índices médicos (Melamed y Siegel, 1975)/ Palmar Sweat Index/ Actividad del Sistema Simpático/ Alimentación postoperación/ Tasa cardíaca/ Test de Vocabulario/ Hospital Fears Rating Scale/ Observer Rating of Anxiety/ Hospital Information Test History and Personality Questionnaire/ Rosenbaum Self Control Schedule/ MMP/ Family Environment Scale/ Peso y estimación del tamaño del cuerpo (Goldberg et al., 1977)

TABLA 4 (continua)

STRESS (*)						
TRABAJOS PIONEROS	DEFINICION:	Casos-Enfermedad	ESTRUCTURAS, PROCESOS, MODELOS, MECANISMOS, NIVELES	MODELOS	PARAMETROS	PROBLEMAS
Cannon (1932) Hamburg, Hamburg y De Gozal (1953) Lazarus (1966) Selye (1974) Wolff, Cardon, Shephard y Wolff (1950)	Eventos ambientales que imponen demandas inusuales Respuestas a tales demandas Tipo de transacción con el medioambiente	Prisión, Combate, Muerte familiar, Hipercidez, Hipertensión, Asma, Cardiospasmos, Diabetes, Glaucoma, Conducta Tipo "A", Dolor crónico, Ansiedad, Depresión, Enojo, Úlcera péptica, Hipertensión esencial	Fisiología del organismo/ Mediación psicológica/ Evaluación/ Afrontamiento/ SNC/ Personalidad; Emociones, Sentimientos, Recursos sociales e interpersonales, Demandas adaptativas, GAS (**), Reacción Esteroidipada Defensiva	E - R Soporte Social Mediacional	Autoreportes Valoración de las demandas Ocupación Correlatos neuronales (varios) Duración Intensidad Agudeza Cronicidad	Definición Metodología Medición Intervención

**TABLA 5**

(\*) Holroy (1979); Hamberger y Lohr (1984)  
(\*\*) GAS = General Adaptation Syndrome; LAS = Local Adaptation Syndrome

RETROALIMENTACION (***)						
TRABAJOS PIONEROS	DEFINICION:	Casos-Enfermedad	ESTRUCTURAS, PROCESOS, MODELOS, MECANISMOS, NIVELES	MODELOS	PARAMETROS	PROBLEMAS
Birk (1973) Blanchard y Young (1978) Miller (1978)	Uso de equipo de monitoreo para detecta y amplificar los procesos fisiológicos e informar al sujeto Proceso en el que se aprende de la influencia de respuestas fisiológicas de 2 clases: no-voluntarias y cuya regulación se ha roto por trauma o enfermedad	Contracción de músculos de la cabeza Dolor miofacial Migraña/ Asma/ Enfermedad de Raynaud/ Arritmias cardíacas/ Hipertensión/ Epilepsia/ Incontinencia Fecal/ Insomnio/ Fobias	Control voluntario/ Desensibilización/ Relajación/ Ansiedad/ Autooperación/ Conciencia cognitiva/ Percepción Interoceptiva	Condicionamiento instrumental de respuestas autónomas	EMG / MMPI Reportes del sujeto Escalas de Histeria, Depresión, Hipocondría Temperatura corporal; GRS Modalidad Sensorial	Definir ventajas sobre otros métodos Determinar eficiencia, generalidad y durabilidad del tratamiento

**TABLA 6**

(a) Birk (1973); Budzinsky et al. (1973); Blanchard (1979)

TRABAJO PIONEROS	DEFINICIÓN:	Casos-Enfermedad	ESTRUCTURAS, PROCESOS, MODELOS, MECANISMOS, NIVELES	MODELOS	PARAMETROS	PROBLEMAS
Durkheim (1897) Trad., 1951	Condicionamiento operante y clásico Interacción entre los diferentes tipos de condicionamiento	Padecimientos coronarios Úlcera péptica Asma Artritis	SNC, emociones, distress, stress, estado fisiológico, funcionamiento cognitivo Personalidad Sistemas de defensa Autoconciencia, Autoimagen, Auto percepción Niveles energéticos, fisiológico, conductual, cognitivo, afectivo y social	Conflicto Nuclear Especificidad de la Actitud Aprendizaje Social	Movilidad social Patrones conductuales Nivel de contacto social significativo Factores culturales Efectos de experiencias con servicio	Papel de las relaciones sociales Explorar mecanismos que subyacen a los procesos conductuales en las enfermedades Cuidado en las definiciones conceptuales y operacionales de las variables
Alexander (1939)	Estresores ambientales Teoría del Aprendizaje	Depresión Habilidad para expresar sentimientos Hipertrofia Dolor de espalda Hipocondría Fobias Obesidad (entre otras)				
Bandura y Walters (1963)	Encadenamiento secundario Reforzamiento secundario Imitación y Modelamiento					
Whitehead, Fedoravicius Blackwell y Wooley (1979)						

APRENDIZAJE SOCIAL (\*)

**TABLA 7**  
(\*) Krantz y Glass, 1984; Gentry y Kobasa, 1984; Syme, 1984.

TRABAJO PIONEROS	DEFINICIÓN:	Casos-Enfermedad	ESTRUCTURAS, PROCESOS, MODELOS, MECANISMOS, NIVELES	MODELOS	PARAMETROS	PROBLEMAS
Obnst (1981)	Reducción del disturbio fisiológico Intra vs. Extrasiituacional	Conducta Tipo "A" Epilepsia, Diabetes Paro cardíaco Cáncer Daño en medula Desórdenes respiratorios Dolor crónico Moribundos	Rasgos y estilos conductuales Estilos congestivos Dependencia vs. Independencia del campo Negación, Distorsión Hipocondría, Pasividad Agresividad, Necesidad de restablecer control Emociones, Stress, Hábitos de solución de problemas, Percepción social, Vulnerabilidad física	De estados S - R S - O - R Transaccional Medico (germen) Autorregulación	Carga de trabajo. Variables ambientales; Factores personales, genéticos, anímicos y sociales Autoreportes sociales Adherencia Actividad física	Confusión entre el afrontamiento y sus resultados Variabilidad y consistencia Microanálisis Entendimiento del contexto social Niveles de análisis Definición Estudios longitudinales
Menninger (1963)	Activo vs. Pasivo Eficaz vs. Ineficaz					
Haan (1977)	Estrezos por manejar situaciones demandantes Multifacético					
Vaillant (1977)						

**TABLA 8**  
(\*\*) Burtsh y Bradley, 1983; Lazarus y Folkman, 19