

**CRÍTICA A LA VISIÓN DOMINANTE DE SALUD-ENFERMEDAD DESDE
LA PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD
Patologización preventiva de la vida cotidiana**

María de la Villa Moral Jiménez

María de la Villa Moral Jiménez es Profesora en el Área de Psicología Social del Departamento de Psicología de la Universidad de Oviedo (Plaza de Feijóo, s/n, 33003-Oviedo).

En otros tiempos se creaban brujas; en nuestros días, se fabrican enfermos mentales [...] Con frecuencia se acusa a estas personas de locas (desde el

nacimiento en que se las etiqueta como 'drogadas' o psicóticas post-partum') [...] La cuestión estriba en que estos enfermos mentales no escogen ese papel; se les etiqueta y se les cuida en contra de su voluntad; o sea, se les impone un papel" Thomas Szasz.

Introducción. La revalorización del estado de salud holística

En la sociedad occidental contemporánea la salud como *desideratum* que es se ha convertido en una necesidad, e incluso en algo inalcanzable, al ser conceptualizada como *un estado armónico individual y colectivo de completo bienestar físico, psicológico, mental y social*. Hace tres décadas la Declaración de Alma Ata (1978) así lo reclamaba, otorgándole a la salud la categoría de derecho humano fundamental, al mismo tiempo que se proclamó que había de consistir en un bienestar holístico y se afirmó que el logro del más alto nivel posible de Salud había de ser un objetivo social y político prioritario. Esta conceptualización de salud que marcó un hito fue retomada en informes posteriores (W.H.O., 1984, 1986, 1987, 1988, 1991), así como en más recientes publicaciones sobre el estado de salud mundial (W.H.O., 1995-2006). Véase, sin embargo, a este respecto, la crítica efectuada por Navarro (1984) al trasfondo ideológico y político de la Declaración de Alma Ata. Asimismo, en la crítica de Gómez (1997) se incide sobre algunos aspectos negativos de la definición de la Organización Mundial de

la Salud, tales como que la propia definición supone una declaración de principios más que un objetivo alcanzable, el establecimiento de una relación necesaria entre bienestar y salud que no se corresponde en la realidad, se le acusa de ser una definición excesivamente estática que choca con una realidad dinámica y, finalmente, que implica una cierta subjetividad ya que no se hace referencia a la *capacidad funcional* (aspecto objetivo) de la salud.

De acuerdo a lo expuesto, nuestro objetivo en esta aproximación psicosocial es ofrecer una crítica comprensiva de la que todavía representa la visión dominante de salud-enfermedad. La salud ha sido reconvertida en *un derecho que obliga* ya que a su naturaleza socioconstruida se suma un gran desafío y dificultad para su plena consecución, convirtiéndola en una realidad *cuasiutópica*. En una sociedad medicalizada como la nuestra en la que se anhela una *tranquilidad recetada*, en los términos expuestos por Burin (1990), que goza de multitud de servicios terapéuticos ante la proliferación de nuevas patologías y dependencias (Alonso-Fernández, 2003; Becoña, 2005; Echeburúa, 1999), se incrementan las necesidades preventivas socioconstruidas que, como anticipaciones del trastorno, patologizan la vida cotidiana.

El intento de desmedicalización de los problemas vinculados al (falso) binomio salud-enfermedad ha de verse acompañado de un intento de *despatologización* y *despsicologización* de los problemas físicos, mentales y sociales, tal y como hemos apuntado en otras oportunidades (Moral, 2002, 2005, 2007a, 2007b; Moral y Ovejero, 2004; Moral y Pastor, 2003; Moral y Sirvent, 2005; Pastor, Ovejero y Moral, 2000). Curiosamente, la *patologización preventiva*, flagrante contradicción en sus términos, es aplicable a diversos constructos que se reifican mediante el discurso y las prácticas, así como a la propia representación social de la salud y de la enfermedad en la sociedad contemporánea que afecta sobre las relaciones humanas y los propios procesos identitarios. Bien es sabido que siempre que ocurren cambios importantes en la manera de entender la conciencia de sí mismo, tales cambios se corresponden con crisis y transformaciones sociales, deviniendo la historia del self en este periodo entre-siglos en un proceso que transcurre de la desvinculación a la saturación de relaciones sociales, en opinión de Seoane (2005).

En materia de salud, prevenir ha de ser un acto de mediación, más que de imposición o de remediación de un problema juzgado como tal al efecto. De ahí que toda prevención mediante la que se intente paliar un problema socioconstruido no es prevención en el sentido estricto del término, pues ha habido un proceso previo de (re)formulación interesada del objeto en sí. Prevenir la enfermedad, llámesele desequilibrio, desajuste o desviación en términos más sociales – y que pretendemos que nuestra postura sea crítica con ellos y lo que representan –, no resulta ser lo mismo que promocionar la salud. Surgen, sin embargo, contradicciones en la promoción de la salud, tal como la que apuntó Barriga (1993): *¿Más años de*

vida? Si, pero ¿a qué precio? Pregunta a la que se suma otra: ¿Más salud conlleva más justicia social? Y es que, según la apreciación del autor, la salud individual no puede desligarse del contexto social. Es más, el imperativo de la búsqueda y consecución de un completo estado de salud se convierte en una forma *pseudobenefactora* de control, de acuerdo con la interpretación de Barriga (1993, p. 24): "Una salud a toda costa, rezuma idealismo conservador. La salud no es el objetivo de la vida, sino un recurso para objetivos mayores". Prevención y promoción podrían concebirse, aparentemente, como estrategias de mejora del estado de bienestar/malestar actual, si bien, en determinadas circunstancias, parece ser *peor el remedio que la enfermedad*.

Vivimos en una *sociedad profesionalizada*, donde los profesionales liberales dominan y controlan discursos, significados, valoraciones, praxis, etc. Lo curioso es que a pesar de esa reemergencia asociada a expectativas e intenciones benefactoras parece tratarse de *Profesiones inhabilitantes*, parafraseando el título de la aportación colectiva de Illich, Zola, McKnight, Caplan y Shaiken (1981). Amparados en su supuesta omnisciencia y omnipotencia (ciencia y poder como potencialidad) se va extendiendo el culto a los profesionales y, derivado de ello, una dependencia que se nos aparenta como necesaria, sin embargo, es evidente que todo profesional necesita más a sus *clientes* (*pacientes* como individuos que *soportan, consienten o saben contenerse*) que viceversa. Dentro de esta profesionalización de la vida cotidiana el ámbito de la salud es uno de los más afectados. Ello coincide con la tesis defendida por I.K. Zola (1981) sobre el poder de la *medicina inhabilitante* como mecanismo de control o con las apreciaciones de Foucault (1975) acerca de la medicina como la nueva *religión secular* desvelando, asimismo, sus funciones morales como en el caso de la psicología (Foucault, 1997) o de las obligaciones autoimpuestas de optimizar la salud del actual *hombre no enfermo*.

Consideramos que alcanzar el estado de *hombre sano y autorrealizado* es una tarea difícil, máxime si los mismos profesionales constantemente ponemos trabas a todo tipo de realizaciones personales, obligando a nuevos perfeccionamientos, por ejemplo del estado de salud o de la situación socioconstruida de normalidad. Normalidad, por otro lado, que puede que no sea sino una *psicopatología del promedio*, en términos de Maslow (1982, p. 46). Psicopatologizamos la vida cotidiana para después intentar desproblematizarla. Precisamente, en ello abunda Fromm (2001) en su texto *Patología de la normalidad*, haciendo referencia a una nueva idea de hombre y de su salud mental en la que haya de potenciarse la dimensión más humanística, una vez que evidencia las repercusiones patógenas que tiene para el hombre la sociedad contemporánea, de modo que reflexiona sobre la *idea de salud mental orientada a la sociedad*, según la cual el hombre es sano si puede cumplir las funciones que la propia sociedad le atribuye, funciones que pueden resultar desviantes.

Descrito lo anterior, nuestro objetivo se operativiza en un análisis *radicalmente* crítico (en el sentido frommiano del término, relativo a *ir a la raíz de los problemas*) de las conceptualizaciones y los significados socioconstruidos asociados de los estados de salud y de enfermedad.

Planteamiento. Interrelación entre salud y enfermedad como realidades socioconstruidas

Salud-enfermedad, como norma-desviación, sentirse sano/enfermo o integrado/desviado convenimos en que es, en cierto modo, una construcción social (Barrón, 1990). En materia de salud, la perspectiva del constructivismo y las narrativas se plantean como una nueva metáfora para explicar la experiencia psicoterapéutica, así como un posible modelo explicativo fruto de su contexto sociocultural (Botella y Figuera, 1995; Botella, Pacheco y Herrero, 1999; Caro, 1999; Fernández Liria, 2002; Moral, 2002, 2007a, 2007b). Como instancias proveedoras de conocimientos, vocabulario y criterios de *normalidad* las diversas profesiones y disciplinas psicológicas permiten la mimetización de los deseos, las motivaciones, las identidades, las representaciones y los valores del individuo que se supone que ha de tener *en nombre de su propia libertad*, de acuerdo con las apreciaciones de Ibáñez (1983). Los símbolos aprendidos y recordados que recrean el imaginario colectivo actúan a modo de código implícito que, por un lado, etiqueta y, por otro, condiciona las libres adscripciones a una u otra categoría, categorías planteadas de ese modo por el proceso de etiquetaje que, ya sea tácita o explícitamente, admitimos desde el momento en que actúan como referente. Trascendencia e inmanencia, sujeto cognoscente y conocido, *lo natural* y *lo social* son elementos recursivos, si bien se confrontan las visiones del hombre social de la *polis* y del hombre de la *Physis*, según el planteamiento de Escotado (1975). En este sentido, se suele disponer de una imagen sesgada y limitada de las realidades individuales y sociales que, a modo de representación, individual y/o colectiva, recomponen la realidad convenida. De acuerdo a lo expuesto, en nuestra opinión, la concepción de salud-enfermedad como norma-desviación social es un *continuum* mistificado de naturaleza psicossociológica.

Según el conocido pensamiento heraclítico, salud y enfermedad se definen e implican mutuamente. Incluso se estima que el mecanismo etiológico de la salud-enfermedad está social y culturalmente condicionado, siendo tales, precisamente, en parte, por las convenciones y simbolismos que permiten la adscripción a una u otra categoría. E incluso se ha abundado en la idea relativa a los procesos de construcción del estatuto diferencial de las enfermedades mentales, fruto de la presión social e institucional, como evidencia Hare (2002). Fabricar esas etiquetas supone recrear representaciones que van reificando las primeras para imponerlas al individuo mediante la aceptación de las significaciones que representan. A este respecto, en el texto de Puchelle-Peter (1989) se alude a la cuestión

de si las representaciones de la enfermedad, perpetuadas en su persistencia, implican o no un *conocimiento*, y se cuestiona la autora qué tipo de conocimiento, de la enfermedad en sí. Sin embargo, la definición de salud y enfermedad como términos opuestos el uno al otro, ha sido frecuentemente aportada desde textos que compendian el *lenguaje-práctica oficial* (véase Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, Moliner, etc.). Convenimos en que no pueden concebirse indistintamente por separado, pues llevan implícitas ideas de adaptación/desadaptación permanente (Fernández Bennàssar y Fornés, 1991), si bien tampoco han de ser concebidas la una como definible en exclusividad en los términos de la otra y ésta de aquélla, de modo que la definición por contraste u oposición no resulta ser una estrategia suficientemente aclaratoria de los significados diferenciales que se encubren bajo semejante etiqueta reificante.

Por otra parte, la contraposición de las dimensiones *biológica* y *social* de la salud-enfermedad ha sido habitual, interactuando ambas y sintiéndose, por un lado, el efecto de lo social sobre los síntomas convirtiendo la designación de lo correspondiente (convenido) a salud/enfermedad en un producto sociocultural e intentando realizar un análisis comprensivo de las dimensiones sociales del proceso de construcción social de esa adscripción y, por otro lado, patologizando en exceso el estado de no-enfermedad. Baste recordar a este respecto la artificialidad de la dicotomía salud física/salud mental, de modo que en opinión de Tusquets y Grau (1987) ambas no deben permanecer dissociadas pues son el producto de una adaptación al ecosistema humano en sus dimensiones biológicas, psicológicas y sociales. La *realidad* biológica y la realidad social se retroalimentan. Y es que, la realidad social humana es inseparable de la realidad biológico-ecológica producida en una compleja red de interrelaciones mutuas (Devillard, 1991; San Martín y Pastor, 1988), al mismo tiempo que ésta última está condicionada socialmente por simbolismos varios. En suma, en el proceso de construcción social de la salud y de la enfermedad ha de incidirse sobre esta naturaleza bifronte en apariencia, estableciéndose relaciones diversas entre lo biológico y lo social, pero de carácter eminentemente multidimensional.

Salud: Conceptualización y análisis crítico

El estado de salud como valor (auto)impuesto se convierte en algo a lo que, por necesidad, se aspira, a lo que se dota del poder de lo absoluto y que se sigue depositando en una responsabilidad individual, velándose el interés en que ello sea así e ignorándose la implicación de la influencia y control de lo social que le otorga, precisamente, ese valor. Es tal el nivel de exigencia para alcanzar un completo estado de bienestar físico, mental, psicológico y social que, probablemente, no haya ningún individuo *realmente sano*. La caries, el colesterol, la celulitis, la hiperactividad, el sobrepeso, el estrés, etc., así como la proliferación de síndromes de todo tipo

(pre/post vacacional, pre/post operatorio, pre/post maternal, pre/post escolarización, y un largo etcétera) contribuyen a *patologizar* el estado de no-enfermedad. Puede que tampoco exista un individuo *totalmente integrado*. Hay autistas sociales, fracasados escolares, delincuentes emocionales, anoréxicos mentales, cybberniños, y otras tantas etiquetas más o menos absurdas. El estado de salud-integración cada vez se hace más inalcanzable en una sociedad que no tolera el dolor y acude a remedios mediante los que alcanzar un bienestar artificial y que, sin embargo, acepta el riesgo de operaciones de mejora de un estado de no-enfermedad (véase el caso de operaciones estéticas) y en una sociedad que cada vez es más exigente a la hora de reformular *la norma*. Y, aun cuando, la salud es cualitativamente algo más que conformidad social y, siendo, asimismo, simplista la identificación de patología con desviación, lo cierto es que la superación de esta adscripción sociologizante ha de hacerse reintegrándola en otro concepto de salud/patología, norma/desviación menos ideologizado. A este respecto, la alusión a *sesgos ideológicos sobre la salud* por parte de Barriga (1984, 1990a, 1993) nos sirve para percatarnos de que la salud parece ser un catalizador, en el que se implican, al mismo tiempo que pone de manifiesto, multitud de contradicciones personales y sociales.

La salud ha de ser conceptualizada como un asunto comunitario y político que realmente involucre a quien se sienta sensibilizado para ello, sugiriendo, más que imponiendo. La participación comunitaria está conectada a una particular política sociosanitaria, dadas las responsabilidades políticas en esa materia (Barriga, 1990b, 1990c), así como las de índole individual formativo del propio profesional sociosanitario (León Rubio, Gil, Medina y Cantero, 1998). La promoción, cultivo, deterioro o pérdida de la salud, ciertamente, es algo de todos que se demanda, desarrolla, pierde o educa en el tejido social que le da significado. En este sentido, se conviene en la necesaria potenciación de las estructuras y apoyos sociales como reguladores de la salud mental comunitaria (Barrón y Sánchez, 2001).

La comprensión de los aspectos sociales que inciden en la salud, así como de la necesidad de potenciar la promoción de una acción intersectorial desde la que se integre el nivel asistencial con otros interrelacionados (educación, ocio, mejoras ambientales, bienestar social, etc.), conectado ello con un intento de reformulación de concepciones y actitudes participativas en detrimento de otras opiniones individualistas y curativas de salud, era demandado hace décadas por O'Neill (1983). Sin embargo, a pesar del necesario reconocimiento de la naturaleza sociocomunitaria de los temas de salud-enfermedad, se sigue personalizando el enfrentamiento ante este tipo de problemas y anteponiendo las propuestas y prácticas terapéuticas y asistenciales sobre intervenciones de cariz más comunitario. Una implicación sociocomunitaria en labores sensibilizadoras y netamente de intervención sigue constituyendo, de acuerdo a la opinión explicitada por Blanco (1988), una nueva *utopía social*. La responsabilidad individual hacia la propia salud, en condiciones de exacerbación de la importancia del estado

de bienestar holístico (físico, psicológico y social) que ha de ampliarse a la salud comunitaria se problematiza, convirtiéndose en una obsesión. Extrapolamos a este caso particular las palabras de Erikson relativas a la agudización de las crisis de la sociedad contemporánea: "al mismo tiempo que tratábamos de crear, con determinismo científico, una terapia para una minoría, fuimos llevados a promover una enfermedad ética entre la mayoría" (citado por Szasz, 1970, p. 77). E incluso, se apunta que la acción benefactora de estos estamentos legitimados bien pudiera estar conectada con intentos de control orquestados a través de la (im)posición dominante del concepto de salud y enfermedad y de norma y desviación. En este sentido se manifiesta Ovejero (2000), quien considera que los servicios sociales actúan como legitimadores del control social, apoyados en instituciones varias. Asimismo, se construye la normalidad y, por ende, la anormalidad, desde la propia Psicología Social de la Salud, mediante las teorías, sus instrumentos de medida y baremos, su discurso y sus definiciones.

La salud es también un *acontecimiento interpersonal*, tan conductual como biomédico (Rodríguez-Marín, Martínez y Valcarcel, 1990). Constituye un tema de gran relevancia social conectada a demandas de promoción de la calidad asistencial, al desarrollo de programas de humanización en el ámbito hospitalario y de optimización de las relaciones interpersonales, junto a otras peticiones de marcado cariz psicosocial que redunden en beneficio de la relación terapéutica y humana entre el profesional de la salud y el paciente. Ha de adoptarse, pues, una visión comprensiva de las implicaciones de la salud y de la enfermedad a nivel individual, interpersonal y sociocomunitario. Modificar conductas, hábitos y estilos de vida, sin que ello suponga una imposición, sino una opción saludable, resultaría ser una adecuada estrategia preventiva que mejoraría la salud individual y comunitaria, pues *la enfermedad física* (si no resulta reificante aplicar esta etiqueta en este contexto desde el que se conviene en la artificialidad de la separación entre lo físico y lo social) no radica tan sólo en alteraciones mitocondriales, de núcleos cerebrales, en la GGT o en transaminasas, sino en algo de naturaleza más psicosociológica y ecológica. Efectivamente, tal y como recogen Costa y López (1989, p. 26), se reitera que la mayoría de las diez principales causas de mortalidad en los países desarrollados se encuentran determinadas en gran parte por factores de conducta tanto hace unas décadas (Bayés, 1979; Benito, Costa y López, 1983; Matarazzo, 1984) como actualmente (Boix, Almazán y Medrano, 2002; Martínez de Aragón y Llacer, 1998; Navas, 2002), de lo cual se deduce que podrían reducirse y prevenirse con la mejora de tan sólo cinco comportamientos fundamentales tales como la dieta, el hábito de fumar, el ejercicio físico, el abuso de alcohol y el uso de fármacos hipotensores. De este modo, la interrelación entre lo que se podría denominar la influencia de lo social sobre las enfermedades *naturales* y la enfermedad social del actual modo de vida *natural* ha de evidenciarse, si bien ello no supone imponer la ac-

ción de una sobre otra, de este modo los comportamientos individuales repercuten en el modelo de sociedad vigente y éste condiciona aquéllos.

Como proceso social y de comunidad es conceptualizada también la salud. La asunción de un concepto integral de salud, así como la atención centrada en la intervención más que en el diagnóstico, la consideración de los comportamientos como dependientes de la interacción con el medio y estructurados en ámbitos comportamentales y/o estilos de vida, el énfasis en la promoción de la salud, la necesaria colaboración de la comunidad en cualquier intervención así como el trabajo con y sobre ella resultan ser algunos de los supuestos de este enfoque propio de la Psicología Comunitaria (véase Blanco, 1988; Castillo, 1990; Martín, Chacón y Martínez, 1988; Musitu, Berjano y Bueno, 1990; Rodríguez Marín, 1990; San Martín y Pastor, 1990; Sánchez-Vidal, 1988, 1990, 1991, 1993a y 1993b). Por ejemplo, limitarse a luchar contra la enfermedad mental no es la única, ni la principal, función de la Psicología Comunitaria, sino que, como se expuso en la conferencia de Boston, se ha de tender a la consecución del *bienestar de la comunidad*, siendo su labor la promoción de la mejora de la comunidad a través de la acción social, máxime en una sociedad como ésta en la que abundan los *problemas sociales* (Romay y García Mira, 2005). Es la *salud comunitaria* la que responde/hace responder a las necesidades socioconstruidas, pero reales, de los individuos involucrándolos activamente en la consecución de mejoras que les atañen directamente, promoviendo cambios tanto en los estilos de vida individuales como en las tendencias sociales desde y para la comunidad. Promover un ambiente socio-relacional y comunitario en el que se favorezca la salud supone reemprender la potenciación de recursos, formales (redes de amigos) e informales (actitudes comunitarias) mediante los que se pueda potenciar la educación para la salud, enfatizando la acción social y preactiva, el desarrollo de recursos humanos y la reconstrucción sociocomunitaria, de acuerdo a la opinión de Sánchez-Vidal (1993b).

También se ha procedido a una renovada conceptualización y práctica de una *salud mental comunitaria* que sentó sus bases hace décadas (Buckle, Caplan y otros, 1969). Se aluda a la salud mental *como normalidad social* (vinculada a la idea de *aceptación social* de la conducta del sujeto, de modo que el consenso general del grupo social determinaría la salud mental de cada uno de los componentes); como respuesta a un modelo médico y psiquiátrico desde el que se conceptualiza como mera *ausencia de enfermedad*; como *normalidad estadística*, según la cual la salud mental vendría a coincidir con el promedio estadístico en cuestión y la distribución según una curva normal; como *absoluto* según un planteamiento de salud estático y absoluto impuesto y vinculado al grado de proximidad o de lejanía del estilo comportamental del sujeto o como *proceso dinámico* que se desarrolla evolutivamente, o en relación interactiva con un entorno (Sánchez Cabaco, 1995), lo cierto es que una y otra son formas de conceptualización del estado de salud en virtud de criterios, más o menos

convenidos que, influidos por los imperativos del discurso y sus prácticas, no sólo provoca que sean designadas así, sino también reconstruidas con cada formulación.

Últimamente se ha tendido a la formulación de la salud como proceso, definición en positivo, compromiso para el cambio social, concienciación y co-responsabilidad individual y comunitaria, en vez de salud como estado sin cambios, ausencia de enfermedad u obligación y responsabilidad individual, esto es, atendiendo a la concepción social de las acciones de salud, de acuerdo a los cambios introducidos desde el modelo *bio-psico-social de la salud-enfermedad*. El modelo biomédico hace tiempo que, al menos en teoría, ha sido puesto en entredicho. El intento de sustitución de éste por el modelo bio-psico-social ha de verse acompañado por una refocalización de los motivos etiológicos adaptados a la multifactorialidad del proceso, así como por una remodelación de los papeles sociales a desempeñar por el enfermo a favor de un rol más participativo. Precisamente, la condición biologizante de trastornos como los mentales genera el estigma de *ser diferente* (Haslam, 2006; Metha y Farina, 1997). Baste recordar el concepto de *rol de enfermo* como desviación social de Parsons (1958, 1978), asociado a la situación de dependencia definida por expectativas institucionalizadas socialmente, así como sus intentos de introducir elementos sociales en la definición de la salud y la enfermedad. Ha de hablarse, más bien, del *estado activo* de salud y enfermedad como algo intersubjetivo, cambiante y modulado por variables externas y por el propio orden social conceptualizado por Blanco y Díaz (2006) como un hecho percibido que se refleja en las cinco dimensiones del bienestar social (integración social, aceptación social, contribución social, actualización social, y coherencia social). Así, al aludir al conocido *modelo bio-psico-social*, esto es, a la concepción social de las acciones de salud, se ha de convenir en la pertinencia de un abordaje plenamente integrado en el que la acción plural de las propuestas conceptualizadoras se ajuste a la multifactorialidad del objeto de estudio. En este sentido, mostramos nuestro acuerdo con la propuesta de León Rubio (2000, p. 293) de *desmedicalizar la salud*, lo cual supondría:

"Que la salud deja de ser sinónimo de ausencia de enfermedad y de sistema sanitario eficaz, para ser promoción de un ambiente y unas condiciones de vida saludables; se enfatiza un concepto positivo, relacional y procesual de la salud. Que la enfermedad deja de concebirse como alteración de un sistema biológico y psíquico en equilibrio, para ser entendida como una relación desequilibrada entre las demandas del medio y las capacidades o posibilidades de hacerles frente; se acentúan el análisis de los determinantes sociales de la salud buscando integrar los aspectos biológicos y psicológicos con aquellos otros económicos, sociales y culturales. Que las medidas para mejorar la salud y las de carácter terapéutico no sólo se plantean como respuestas

correctoras para lograr la adaptación a las demandas estresantes o desequilibradoras del sistema social, sino también como modificación activa de éste. Se trata, en fin, de optar por valores concretos de las dimensiones del polisémico concepto de salud".

Enfermedad. Conceptualización y análisis crítico

Enfermedad como alteración orgánica o funcional, como invalidación o debilitamiento o, en sentido figurado, como anomalía en el funcionamiento de una institución es un constructo que no puede equiparse tampoco a ausencia de salud. Enfermedad física o mental e individual o social se convierte en una diferenciación meramente hecha a título expositivo, pues ha de convenirse en su naturaleza dialéctica. Enfermedad como reacción a síntomas resulta ser un supuesto claramente insuficiente (Pilowsky, 1969, 1986, 1987) o enfermedad como mero reflejo de una disfunción orgánica no es admisible (Svensson, 1980) constituye otra posibilidad. E incluso se la ha considerado en ciertas civilizaciones como el resultado de una imposición externa ligada a misticismos y deidades o de imposturas personales en el propio devenir, de modo que Galeano (1996) nos recuerda que en su versión hebrea, la palabra *enfermo* significa *sin proyecto*. Y, curiosamente, *enfermo* (lat. *infirmum*) derivaba de firme (*firmum*), ausencia de firmeza ante los desajustes internos y externos que debilitan al ser humano contemporáneo *sin proyecto*.

Pecado y enfermedad, es otra conexión propuesta por Laín Entralgo (1961, 1986, 1987) en la que se alude a distintas conceptualizaciones acerca del *pecado de la enfermedad* y la *enfermedad del pecado*. Baste recordar que mientras que el enfermo es un pecador para el asirio, para Galeno el pecador es, ante todo, un enfermo, tal y como recoge el citado Laín Entralgo (1961, p. 48). El modelo relativo a la enfermedad como castigo ha caído, por fortuna, en desuso. El reemplazamiento del origen mágico-religioso de las enfermedades por el conocimiento biológico de las causas de la enfermedad se ha visto completado por el reconocimiento de la multifactorialidad de las causas de enfermar, a lo cual se suma la implicación de factores de muy diversa índole que reconstituyen el concepto holístico de enfermedad. Se reconoce la implicación de la herencia cultural que actúa como mecanismo regulador de las creencias sobre la salud y de sus estereotipidades que han de ser sometidas a un proceso de desmitificación con objeto de superar las diferencias, cuestión ésta abordada por Spector (2003) en su reflexión sobre las *culturas de la salud*. En la sociedad contemporánea, la medicalización de los trastornos ha sido empleada como ritual que afianzaba el rol del sanador y convertía al paciente en un ente pasivo. E incluso se ha vinculado la sanación de la enfermedad a la acción sugerente e incisiva de la palabra del profesional, cuestión ésta abordada mediante el replanteamiento del tipo de aporte de información dado al paciente reflejada por la cuestión ¿médicos o papeles? planteada

por Domènech (2004) e incluso cuestionamientos sobre la propia existencia del psicólogo (Santolaya y Berdullas, 2003) y en relación con la priorización de características que le dotan de competencia (Roe, 2003).

Civilización y enfermedad (Sigerist, 1987) se funden en un producto cuya singularidad se debe a las peculiaridades de la interacción entre la naturaleza natural y la naturaleza social, lo físico y lo mental que componen un todo. Asimismo, no se puede obviar la tendencia a reactivar la singular vinculación de reminiscencias chamánicas entre *placebo*, *totem* y *tabú* explicitada por Vallvé (2004), que representa el reconocimiento de la raigambre sociocultural de la representación social de la enfermedad en el imaginario colectivo.

La enfermedad como camino, es una propuesta de Dethlefsen y Dahlke (1990) que se nos ofrece como un intento de demostrar que el enfermo es su propio verdugo, más que la víctima inocente de errores de la naturaleza. Recuérdese a este respecto el planteamiento contenido en *La nueva salud* propuesta por Dossey, Cousins, Kübler-Ross, Harner, May, Dass, y otros (1989), desde el que se alude al poder del enfermo, así como el artículo de Rossman (1989) titulado "La enfermedad: una oportunidad para la sanación" u otros planteamientos como el expuesto en el texto de Colodrón (1976), *De la enfermedad como respuesta*. Y es que, a pesar de estar en una época en la que la medicina ofrece continuamente al profano nuevas soluciones, se conviene en que la medicina académica ha perdido de vista al ser humano.

Desde otro punto de vista próximo a la Psicología de la Salud, desvinculado de un planteamiento terapéutico-sanador como el anterior, se ha defendido la visión de la enfermedad como algo no necesariamente negativo, sino como un estado del que se puede aprender. Baste mencionar un término con gran difusión como *resiliencia* definido como la capacidad de adaptación exitosa por parte de un individuo que ha vivido eventos vitales adversos e incluso estresores traumáticos en su infancia (Becoña, 2006, 2007; Fergus y Zimmerman, 2005; Garmezy, 1991, 1993; Kumpfer, Szapocznick, Catalano, Clayton, Liddle, McMahon, Millman, Orrego et al., 1998; Moral, 2007b) que actúa como una suerte de habilidad para la vida en condiciones previas de inadaptación personal y/o social. Semejante planteamiento optimizador de recursos es expuesto por Pascual y Ballester (1997, p. XVII) en los siguientes términos:

"Si la salud es vida, la enfermedad no lo es menos; si la salud nos permite hacer cosas, de la enfermedad aprendemos; si la salud es acción, la enfermedad es reflexión; si la salud, cercanía, la enfermedad, perspectiva; si la salud, olvido, la enfermedad es recuerdo; si la salud es arrogancia, la enfermedad es humildad; si la salud nos acerca a la felicidad y nos endiosa, la enfermedad nos acerca a la comprensión del ser humano y al sentido de la vida".

En definitiva, aún en nuestros días abundan las conceptualizaciones parciales de los estados de salud y de enfermedad en las que se priorizan uno u otro aspecto (biomédico, terapéutico, psicosocial, antropológico, etc.) en función de diversos intereses que inciden sobre la propia representación social de ambos. Sin embargo, se aboga por un modelo teórico y aplicado de salud no reduccionista, desde el que se contemple la interrelación de diversas dimensiones que se ajusten activamente a la multifactorialidad del objeto de estudio.

Discusión

Pasadas tres décadas desde la Declaración de Alma Ata (1978) que asentó las bases conceptualizadoras de la salud como un derecho humano y una responsabilidad individual, sociocomunitaria e institucional, el estado de salud mantiene la categoría de constructo teórico, con escasa aplicación, dada la preponderancia del componente biológico desde el modelo bio-psico-social, que tanto acuerdo genera entre los profesionales. Como expusimos en otras oportunidades, abundan problematizaciones de la situación psicosocial de enfermedad, así como escaso sentido holístico del concepto de salud, ritualizaciones terapéuticas, medicalización de la salud, subjetivaciones del estado de enfermedad y un largo etcétera de *prevenciones patologizantes* (Moral, 2002, 2005, 2007a, 2007b; Moral y Ovejero, 2004; Moral y Pastor, 2003; Moral y Sirvent, 2005; Pastor, Ovejero y Moral, 2000). Somos conscientes (autoconsciencia y concienciación como asunción propia) de que la realidad creada es la dominante y de que la visión que domina es "la realidad" tanto en materia de salud-enfermedad como en cualquier otra donde las estructuras *ya dadas* objetivan (construyen y reifican) y son subjetivadas. Estas estructuras y su universo discursivo simbólico se convierten en entes reales, en el sentido otorgado por Castoriadis (1975), de los que se derivan consecuencias igualmente reales.

Específicamente, en materia de salud mental, el problema surge al descontextualizar el desorden de su estado psicológico. Semejante modelo de enfermedad mental desde el que se define el problema por un listado de síntomas sin relación con el contexto biográfico y circunstancias personales del paciente se sustenta en dos creencias falaces, siendo una de ellas la falsificación del problema, al reducirlo a algunos síntomas desprovistos de sentido personal y, por otro lado, la falacia del desequilibrio neuroquímico que representa un supuesto de modelos psicofarmacológicos más que evidenciado por la investigación psicopatológica (González y Pérez, 2007; Pérez, 2008). De este modo, se aboga por la conveniencia de considerar los trastornos psicológicos como entidades interactivas susceptibles de ser influenciadas por las propias explicaciones e interpretaciones clínicas que de ellas se aportan, así como por la explicación social y cultural y sus representaciones sociales (Hacking, 2001). Convenimos en que el trastorno mental sólo tiene sentido si se contempla como producto partici-

pante de las señas biográficas del individuo, ligado al contexto psicosocial y junto a la consideración del individuo como agente, no como mero paciente. Ha de incidirse, pues, en el análisis e implicaciones de aspectos psicosociales en los trastornos mentales, acentuándose por una parte la necesidad de situar al paciente y su problema en el contexto natural en el que se produce y, por otra, incorporando activamente a los agentes sociales para que puedan tener un papel más relevante en la génesis, desarrollo y mantenimiento de los trastornos. A pesar de ello, en palabras de Lemos (2008), en referencia al modelo de intervención en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, continúa la medicalización de los trastornos, cuestión reconocida desde el propio Ministerio de Sanidad y Consumo (2007, p. 94): "se ha producido una importante medicalización de los problemas de la vida cotidiana y una tendencia a la utilización exclusiva de los instrumentos farmacológicos que consumen menos tiempo y exigen menos pericia y menos implicación profesional, para la atención de trastornos que requerirían intervenciones psicoterapéuticas específicas".

En nuestra opinión, la *medicalización de la salud* puede conducir a una extensión innecesaria de lo patológico, esto es, de cuanto parece desviarse de una norma, ya sea bioquímica o social, que en uno y otro caso es fijada a través de criterios externos mediante los que se determina si se está/es sano/normal o enfermo/desviado. Foucault (1985a) advirtió con maestría acerca del poder de los profesionales de la salud, convirtiéndose el médico en el *gran consejero* y en el *gran experto* en el arte de evaluar, corregir, mejorar y mantener el *cuerpo social* en un estado permanente de salud. Medicalizando y corrigiendo una desviación se potencia un ejercicio de (auto)control. El cuidado del *cuerpo social* se posibilita a través de la inoculación individual de la importancia del bienestar personal, aunque evidentemente no se agota en ello, y encubre sutiles mecanismos de control social. La medicalización y psiquiatrización (llámesele, en general, tecnificación) de los asuntos personales, sociales y políticos a la que aludió Szasz (1970), conectándolos con aspectos ideológicos, responden a intentos de control social.

En suma, los mecanismos de acción e intereses anexos de los profesionales e instituciones para imponer la búsqueda socialmente convenida del estado de completo bienestar físico, mental y social *patologizando* lo que, de por sí, no era un desajuste no puede ser ignorados. De este modo, puede ocurrir que debido a la excesiva atención a la salud y a ciertas problematizaciones de la vida cotidiana se agrave el estado de no-enfermedad, pues se evidencia la necesidad de lograr ciertas mejoras en el estado de no-malestar que se experimenta. Desarrollar opciones personales de salud/adaptación, así como optimizar recursos personales, oréticos y socioafectivos, estando informado de las consecuencias de las decisiones y de la norma, es la opción más válida de promoción de la salud individual. Paradójicamente, aún cuando uno parece no ser libre si su elección está condicionada por la desinformación o por una información sesgada alusiva

al estado de bienestar holístico, la obsesión por alcanzarlo es un acto de sometimiento individual ante el utopismo, plenamente interesado, de un estado de salud ideal. La corresponsabilización de la extensión del bienestar común no coincide plenamente ni con participaciones efectivas ni con las propias disponibilidades personales, dado su carácter sociocomunitario y su trasfondo ideológico. Dadas las condiciones de las sociedades contemporáneas, el *progreso social* ha de definirse por otras características que no se agoten en deseos obsesivos de *salud para todos* ni en intentos de profesionalización de las esferas de la vida cotidiana. La enfermedad progresiva de las sociedades occidentales u occidentalizadas, cada vez más enfermas y menos adaptables ecológicamente, en opinión de San Martín (1984), potenciada por la tecnificación de lo material y de lo humano, se hace cada vez más crónica. Se extiende, como efecto secundario indeseable, un estado de malestar personal y grupal descrito por Bruckner (2001) o Sabrovsky (1996), entre otros. A este respecto, hacemos nuestra la crítica de Sánchez-Vidal (1993b), al respecto de la mejora de las condiciones tecnológicas y económicas para una vida mejor y la destrucción de tramas sociales y relacionales en escenarios psicosociales que degradan el bienestar personal y grupal.

De acuerdo a lo expuesto, este *malestar del estado de bienestar* se agudiza con innecesarias medicalizaciones de problemas de la vida cotidiana y dicotomizando los múltiples estados de salud y enfermedad (física, mental, relacional, psicosocial, comunitaria, etc.). Planteado como una falsa dicotomía el "bien" (estado óptimo de salud) y el "mal" (ausencia del mismo) se co(n)funden, induciéndonos a dudar del estado holístico y óptimo de salud, aunque se tienda a promover su consecución a base de medicalizar y/o psicologizar malestares que no son tales. El "bien" anhelado convierte en "mal" el bienestar que era sentido como tal. Extrapolando la máxima del humanista Miguel Angel, se conviene en que no se sabe qué es preferible si *el mal que hace bien o el bien que hace mal*.

Concluir esta discusión sobre *patologizaciones preventivas de la vida cotidiana* con afirmaciones como las de Illich recogidas en el celeberrimo texto *Profesiones Inhabilitantes*, aunque puede parecer arriesgado (al fin y al cabo, somos profesionales gremiales y psicologizamos indebidamente problemas propios y ajenos) resulta ser un ejercicio necesario de autocrítica. En palabras del propio Illich (1981, pp. 26-27):

"La gente se vuelve prisionera de una aceleración que hace perder tiempo, de una educación que atolondra y de una medicina que hace enfermos. Y esto porque, pasado un cierto umbral de intensidad, su dependencia de bienes industriales y profesionales destruye el potencial humano, y ello de una manera específica. Sólo hasta cierto punto pueden las mercancías de consumo sustituir lo que la gente hace por sí misma. Sólo dentro de unos límites pueden los valores de cambio reemplazar satisfactoriamente a los valores de uso. Más allá de ese

punto, la ulterior producción sirve a los intereses del productor profesional -que ha asignado la necesidad al consumidor- y deja al consumidor aturdido y confuso, aunque más opulento. Las necesidades y su satisfacción -no la simple alimentación de las mismas- deberían ser determinadas hasta un grado significativo por el placer que se deriva de una acción personal autónoma. Más allá de ciertos límites las mercancías no pueden multiplicarse sin incapacitar a su consumidor e impedirle que se afirme a sí mismo en la acción".

Referencias

- Alonso Fernández, F. (2003): *Las nuevas adicciones*. Tea: Madrid.
- Barriga, S. (1984): El compromiso político del psicólogo social. *Apuntes de Psicología*, 5, 9-13.
- Barriga, S. (1990a): Intervención social y evaluación de programas: implicaciones socio-políticas. *Revista de Psicología Social*, 5(2-3), 267-280.
- Barriga, S. (1990b): Participación comunitaria y política sociosanitaria: una reflexión desde el ejercicio de responsabilidades políticas en materia sociosanitaria. En *Análisis e intervención social. II Congreso Nacional de Psicología Social* (pp. 66-87). Santiago de Compostela. Servicio de Publicaciones.
- Barriga, S. (1990c): Los indicadores del bienestar hacia una visión estructural desde la Psicología Social Comunitaria. En J. Rodríguez Marín (Comp.). *Aspectos psicosociales de la salud y de la comunidad. Psicología Social y Sociedad del Bienestar*. III Congreso de Psicología Social (pp. 175-189). Barcelona: PPU.
- Barriga, S. (1993): La salud ¿Para qué? En J. León Rubio y S. Barriga (Comps.). *Psicología de la Salud* (pp. 17-30). Sevilla: EUDEMA.
- Barrón, A. (1990): La salud como problema social. *Comunicaciones de II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Área 5: Psicología y Salud: psicología de la salud*, 262-270.
- Barrón, A.-Sánchez, E. (2001): Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicohema*, 13(1), 17-23.
- Bayés, R. (1979): *Psicología y Medicina*. Barcelona: Fontanella.
- Becoña, E. (2005): Adicción a nuevas sustancias psicoactivas. *Psicología Conductual: Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 13(3), 349-370.
- Becoña, E. (2006): Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 11(3), 125-146.
- Becoña, E. (2007): Resiliencia y consumo de drogas: una revisión. *Adicciones*, 19(1), 89-101.
- Benito, A.-Costa, M.-López, E. (1983): Los psicólogos y la política sanitaria. *Papeles del Psicólogo*, 20, 27-32.
- Blanco, A. (1988): La psicología comunitaria, ¿una nueva utopía para final del siglo XX? En A. Martín, F. Chacón y M. Martínez. *Psicología Comunitaria* (pp. 11-33). Madrid: Visor.
- Blanco, A.-Díaz, D. (2006): Orden social y salud mental: una aproximación desde el bienestar social. *Clínica y Salud*, 17(1), 7-29.
- Boix, R.-Almazán, J.-Medrano, M.J. (2002): Mortalidad por insuficiencia cardiaca en España, 1977-1998. *Revista Española de Cardiología*, 55(3), 219-226.
- Botella, L.-Figueras, S. (1995): Cien años de psicoterapia: ¿El porvenir de una ilusión o un porvenir ilusorio? *Revista de Psicoterapia*, 24, 13-28.

- Botella, L.-Pacheco, M.-Herrero, O. (1999): Pensamiento postmoderno constructivo y psicoterapia. *Revista de Psicología, 10*(37), 7-30.
- Bruckner, P. (2001): *La euforia perpetua. Sobre el deber de ser feliz*. Barcelona: Ensayo.
- Buckle, D.F.-Caplan, G. et al. (1969): *Servicios comunitarios de salud mental para el adolescente*. Barcelona: Paidós.
- Burin, M. (1990): *La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.
- Caro, I. (1999): Un enfoque posmoderno y constructivista sobre la salud mental y la psicoterapia. *Revista de Psicología, 10*(37), 31-50.
- Castillo, R. (1990): La intervención comunitaria: algunas reflexiones desde el quehacer en los servicios sociales. En G. Musitu; E. Berjano y J.R. Bueno (Dirs.). *Psicología comunitaria* (pp. 109-120). Valencia: Nau Llibres.
- Castoriadis, C. (1975): *L'institution imaginaire de la société*. París.
- Colodrón, M. (1976): *De la enfermedad como respuesta*. Barcelona: Ayuso.
- Costa, M.-López, E. (1983): Aportaciones de la ciencia del comportamiento en un Servicio Nacional de Salud. *Papeles del Colegio de Psicólogos, 9*, 11-21.
- Costa, M.-López, E. (1996): *Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide.
- Dethlefsen, T.-Dahlke, R. (1990, or. 1983): *La enfermedad como camino. Una interpretación distinta de la medicina*. Barcelona: Plaza & Janés.
- Devillard, M.J. (1991): La construcción de la salud y de la enfermedad. *Revista de Investigaciones Sociológicas, 51*(90), 79-89.
- Domènech, F. (2004): La información al paciente en el siglo XXI. ¿Médicos o papeles? *Jano, Medicina y Humanidades, 67*(1529), 10-27.
- Dossey, L.-Cousins, N.-Kübler-Ross, E.-Harner, M.-May, R.-Dass, R. et al. (1989): *La nueva salud*. Barcelona: Kairós.
- Echeburúa, E. (1999): *¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones (juego, sexo, comida, compras, trabajo, Internet)*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Escotado, A. (1975): *De physis a polis. La evolución del pensamiento filosófico griego desde Tales a Sócrates*. Barcelona: Anagrama.
- Fergus, S.-Zimmerman, M.A. (2005): Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health, 26*, 399-419.
- Fernández Bennassar, C.-Fornés, J. (1991): *Educación y salud*. Palma: Universitat de les Illes Balears.
- Fernández Liria, A. (2002): El elemento hacia la integración en psicoterapia. En A. Fernández Liria y B. Rodríguez Vega. *La práctica de la Psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas* (pp. 65-77). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Foucault, M. (1975, or. 1963): *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1985, or. 1976): La política de salud en el siglo XVIII. En M. Foucault. *Saber y verdad* (pp. 89-106). Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. (1997, or. 1961): *Historia de la locura en la época clásica*. Madrid: F.C.E. (2 Vols.).
- Fromm, E. (2001, or. 1991): *La patología de la normalidad*. Barcelona: Paidós.
- Galeano, E. (1996): *Patas arriba. La escuela del mundo al revés*. Madrid: Siglo XXI.
- Garmezy, N. (1991): Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist, 31*, 416-430.
- Garmezy, N. (1993): Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry, 56*, 127-136.
- Gómez, D.E. (1997): Salud y prevención en la sociedad del bienestar. En D.E. Gómez y X.L. Saburido. *Salud y prevención. Nuevas aportaciones desde la Evaluación Psi-*

- cológica (pp. 17-33). Universidad de Santiago de Compostela. Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico.
- González,H.-Pérez,M.(2007): *La invención de trastornos psicológicos ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza Editorial.
- Hacking,I.(2001): *¿La construcción social de qué?* Barcelona: Paidós.
- Haslam,N.(2006): Deshumanization: an integrative review. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 252-264.
- Hare,E.H.(2002): *El origen de las enfermedades mentales*. Madrid: Editorial Triacastela.
- Ibáñez,T.(1983): *Poder y libertad. Estudio sobre la naturaleza, las modalidades y los mecanismos de las relaciones de poder*. Barcelona: Hora.
- Illich,I.(1981, or. 1977): Profesiones inhabilitantes. En I. Illich, I.K. Zola, J. Mc Kight, J. Caplan y H. Shaiken. *Profesiones Inhabilitantes* (pp. 9-34). Madrid: Blume.
- Illich,I.-Zola,I.K.-Mc Kight,J.-Caplan,J.-Shaiken,H.(1981, or. 1977): *Profesiones Inhabilitantes*. Madrid: Blume.
- Kumpfer,K.E.-Szapocznik,J.-Catalano,R.-Clayton,R.R.-Liddle,H.A.-McMahon,R.-Millman,J.-Orrego,M.E.V.-Rinehart,N.-Smith, L, Spoth, R,-Steele,M.(1998) *Preventing substance abuse among children and adolescents: Family-centered approaches*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, Center for Substance Abuse Prevention.
- Laín Entralgo,P.(1961): *Pecado y enfermedad*. Barcelona: Ediciones Toray.
- Laín Entralgo,P.(1986): *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat.
- Laín Entralgo,P.(1987, or. 1958): *La curación por la palabra en la antigüedad clásica*. Barcelona: Anthropos.
- Lemos,S.(2008): El modelo de intervención en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud Español: un largo camino por recorrer. *Infocop*, 37, 15-16.
- León Rubio,J.M.(2000): El modelo biopsicosocial o la concepción social de las acciones de salud. Una guía para la elaboración de la Psicología Social de la Salud. En A. Ovejero (Ed.). *La psicología social en España al filo del año 2000: balance y perspectivas* (pp. 274-299). Madrid: Biblioteca Nueva.
- León Rubio,J.M.-Gil,F.-Medina,S.-Cantero,F.J.(1998): La formación del profesional de la intervención social y comunitaria en habilidades sociales. En F. Gil y J.M. León Rubio (Eds.). *Habilidades sociales. Teoría, investigación e intervención*, (pp. 112-168). Madrid: Síntesis.
- Martín,A.-Chacón,F.-Martínez,M. (Comps.)(1988): *Psicología Comunitaria*. Madrid: Visor.
- Martínez de Aragón,M.V.-Llacer,A.(1998): Mortalidad en España en 1995. Mortalidad general y principales causas de muerte por niveles de edad. *Boletín Epidemiológico semanal. Instituto Carlos III*, 6(12), 117-128.
- Maslow,A.H.(1982): *El hombre autorrealizado*. Barcelona: Kairós.
- Matarazzo,J.D.(1984): Behavioral Health: A 1990 challenge for the health services professions. En J.D. Matarazzo,S.M. Weiss, J.A. Herd, N.E. Miller y S.M. Weiss. *Behavioral Health. A handbook of health enhancement and disease prevention* (pp. 3-40). Nueva York: Wiley.
- Metha,S.-Farina,A.(1997): Is being 'sick' really better? Effect of the disease view of mental disorder on stigma. *Journal of Social and Clinical psychology*, 16, 405-419.
- Ministerio de Sanidad y Consumo(2007): *Estrategia en Salud Mental del Sistema nacional de Salud*. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Moral,M.V.(2002): *Jóvenes, consumo de sustancias psicoactivas e identidad. Una propuesta de prevención e intervención psicosocial y comunitaria*. Tesis Doctoral inédita: Universidad de Oviedo.

- Moral,M.V.(2005): Comportamientos adictivos en la relación interpersonal: Claves psicosociales interpretativas. *Adicciones*, 17, suplemento 1, 108-109.
- Moral,M.V.(2007a): Cambios en las representaciones sociales sobre las drogas y sus usuarios en la sociedad española. *SMAD Revista Electrónica Salud mental, Alcohol y Drogas*, v3n2a3, 1-15.
- Moral,M.V.(2007b): Personalidad, resiliencia y otros factores psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia: propuesta etiológica. Monografía Personalidad y consumo de drogas. *Revista Española de Drogodependencias*, 32(3), 250-291.
- Moral,M.V.,-Ovejero,A.(2004): Jóvenes, globalización y postmodernidad: Crisis de la adolescencia social en una sociedad adolescente en crisis. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 72-79.
- Moral,M.V.-Pastor,J.(2003): El Quijote de Cervantes, una reinterpretación de la locura. *Encuentros en Psicología Social*, 1(3), 201-204.
- Moral,M.V.-Sirvent,C.(2005): Dependencias interpersonales en una muestra de población general. *Adicciones*, 17 suplemento 1, 109-110.
- Musitu,G.-Cava,M.J.(2000): La psicología comunitaria en España: relaciones con los contextos anglosajón y latinoamericano. En Ovejero (Ed.). *La psicología social en España al filo del año 2000: balance y perspectivas* (pp. 161-182). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Musitu,G.-Berjano,E.-Bueno,J.R. (Dir.):(1990): *Psicología comunitaria*. Valencia: Nau Llibres.
- Navarro,V.(1984): A critique of the ideological and political position of the Brandt Report and the Alma Ata Declaration, *International Journal of Health Services*, 14, 159-172.
- Navas,A.(2002): Cultura de vida en la sociedad contemporánea. *Reflexiones académicas*, 14, 141-167.
- O'Neill,P.(1983): *La salud en peligro en el año 2000*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo/Oficina para Europa de la O.M.S.
- Ovejero,A.(2000): Necesidad de una nueva Psicología Social: perspectivas para el siglo XXI. En A. Ovejero (Ed.). *La psicología social en España al filo del año 2000: balance y perspectivas* (pp. 15-39). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Parsons,T.(1958): Definitions of health and illness in the lighth of american values and social structure. En E.G. Jaco (Ed.). *Parients, physicians and illness*. Glencoe, Illinois: The Free Press.
- Parsons,T.(1978): Health and disease. En W.T. Reich (ed). *Encyclopedia of bioethics*. New York: The Free Press.
- Pascual,L.M.-Ballester,R. (Dir.):(1997): *La práctica de la Psicología de la Salud. Programas de Intervención*. Valencia: Promolibro.
- Pastor,J.-Ovejero,A.-Moral,M.V.(2000): Psicologías rodeo *adversus* psicologías radicales: la necesidad de una psicología (radical) del mundo de la vida. En D. Caballero, M.T. Méndez y J. Pastor (Eds.). *La mirada psicosociológica. Grupos, proceso, lenguajes y estructuras* (pp. 122-127). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez,M.(2008): ¿Son los trastornos psicológicos enfermedades como otra cualquiera? *Infocop*, 37, 9-11.
- Pilowsky,I.(1969): Abnormnal illness behavior. *British Journal of Medical Psychology*, 42, 347-351.
- Pilowsky,I.(1986): Abnormal illness behavior: a review of the concept and its implications. En S. McHugh y M. Vallis (Eds.). *Illness behaviour: A multidisciplinary model*. New York: Plenum Press.
- Pilowsky,I.(1987): Abnormal illness behaviour. *Psychiatric Medicine*, 5, 85-91.

- Puchelle-Peter, M.C. (1989): La enfermedad y sus representaciones: una ojeada sobre la persistencia. En VV.AA. Instituto Arnau de Vilanova. *Enfermedad y Castigo* (pp. 117-126). Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Rodríguez Marín, J. (1990): Reflexiones en torno al nuevo concepto de salud. En G. Musitu; E. Berjano y J.R. Bueno (Dir.). *Psicología comunitaria* (pp. 139-144). Valencia: Nau Llibres.
- Rodríguez-Marín, J.-Martínez, M.-Valcárcel, M.P. (1990): Psicología Social y Psicología de la Salud. En J. Rodríguez Marín (Comp.). *Aspectos psicosociales de la salud y de la comunidad. Psicología Social y Sociedad del Bienestar*. III Congreso de Psicología Social (pp. 13-26). Barcelona: PPU.
- Roe, R. (2003): ¿Qué hace competente a un psicólogo?. *Papeles del Psicólogo*, 86, 1-12.
- Romay, J.-García Mira, R.A. (2005): *Psicología social y problemas sociales*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Rossmann, M. (1989): La enfermedad: una oportunidad para la sanación. En L. Dossey; N. Cousins; E. Kübler-Ross; M. Harner; R. May; R. Dass et al.. *La nueva salud* (pp. 106-111). Barcelona: Kairós.
- Sabrowsky, E. (1996): *El desánimo. Ensayo de la condición contemporánea*. Oviedo: Nobel.
- San Martín, H.-Pastor, V. (1988, or. 1984): *Salud comunitaria. Teoría y práctica*. Madrid: Díaz de Santos.
- Sainz Martín, M. (1984): *Educación para la salud. Libro del profesor*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.
- Sánchez-Vidal, A. (1988): *Psicología comunitaria: Bases conceptuales y métodos de intervención*. Barcelona: PPU.
- Sánchez Vidal, A. (1990): Psicología comunitaria: Origen, concepto y características. En G. Musitu; E. Berjano y J.R. Bueno (Dir.). *Psicología comunitaria* (pp. 55-71). Valencia: Nau Llibres.
- Sánchez-Vidal, A. (1991, 2ª ed.): *Psicología comunitaria: Bases conceptuales y operativas. Métodos de intervención*. Barcelona: PPU.
- Sánchez-Vidal, A. (Comp.) (1993a): *Programas de prevención e intervención comunitaria*. Barcelona: PPU.
- Sánchez-Vidal, A. (1993b): Teoría y praxis comunitaria: propuestas... y realidad. En A. Sánchez-Vidal (Comp.): *Programas de prevención e intervención comunitaria* (pp. 11-35). Barcelona: PPU.
- Santolaya, F.-Berdullas, M. (2003): ¿Existen los psicólogos? *INFOCOP*, 19, 5-7.
- Seoane, J. (2005): Hacia una biografía del self. *Boletín de Psicología*, 85, 41-88.
- Sigerist, H.E. (1987, or. 1943): *Civilización y enfermedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Spector, R.E. (2003): *Las culturas de la salud*. Madrid: Prentice Hall.
- Svensson, P.G. (1980): The concept of health: some comments from a social science perspective. *Scandinavian Journal of Social Medicine Supplement*, 18(1), 25-55.
- Szasz, Th.S. (1970): *Ideología y enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Vallvé Leal, C. (2004): Placebo, tótem y tabú. *Jano, Medicina y Humanidades*, 67(1526), 41-45.
- World Health Organization (1984): Estrategia Mundial de Salud para todos en el año 2000. En *Salud para todos*, 3. Ginebra: W.H.O.
- World Health Organization. (1986): *Target for Health for all*. Copenhagen: W.H.O. Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (1987): *Evaluation of the strategy for health for all by the year 2000*, Seventh Report on the World Health Situation, Vol. 1. Geneva. Global Review.

World Health Organization.(1988): *Prevention of mental, psychosocial and neurological disorders in the European Region*. Copenhagen: W.H.O. Regional Office for Europe (Document EUR/RG38/10).

World Health Organization(1991): *Social dimensions of mental health*. Ginebra: W.H.O.

World Health Organization(1995-2006): *The World Health Report*. Ginebra: W.H.O.

Zola,I.K.(1981, or. 1977): El culto a la salud y la medicina inhabilitante. En I. Illich, I.K. Zola, J. Mc Kight, J. Caplan y H. Shaiken. *Profesiones Inhabilitantes* (pp. 37-60). Madrid: Blume.