

Psicología y salud [I]: La importancia de llamarse Modelo y apellidarse Teórico-conceptual

JULIO ALFONSO PIÑA LÓPEZ^A, JOSÉ LUIS YBARRA SAGARDUY^B,
IMELDA GUADALUPE ALCALÁ SÁNCHEZ^C Y RAFAEL ARMANDO SAMANIEGO GARAY^D

^A*Investigador Independiente*

^B*Universidad Autónoma de Tamaulipas, México*

^C*Universidad Autónoma de Chihuahua, México*

^D*Universidad Autónoma de Zacatecas, México*

Resumen

Se examina el desarrollo de la psicología, particularmente con relación a la salud, concluyéndose que en este campo de actuación convergen bajo un mismo nombre múltiples concepciones que difieren entre sí respecto de su apoyo o no en modelos teóricos articulados y en el empleo de categorías tipo interfase, fundamentales éstas para vincular de manera expresa los niveles básico y aplicado. Se analiza el por qué resulta de capital importancia privilegiar la formación y el entrenamiento del psicólogo con base en el manejo de modelos teóricos que garanticen el cumplimiento de las competencias profesionales pertinentes al ámbito de la salud.

Palabras clave: psicología, salud, modelos teóricos, competencias profesionales.

**Health psychology: The importance to be named Model and to be surnamed
Theoretical-conceptual**

Abstract

We examined the development of psychology and health, concluding that in this applied field multiple conceptions are coexisting under the same name. The differences found among them may or may not rest on articulated theoretical models, or key interface categories, which are fundamental for establishing a link between basic and applied health psychology. We argue the paramount importance to educate psychologists emphasizing their training in theoretical models as well as interventions to assure their professional competencies in the health field.

Key words: psychology, health, theoretical models, concepts, professional competencies.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con Ribes (2004) la psicología irrumpió en el siglo XX con cuatro caracterizaciones distintas, vinculadas con el estudio experimental de la experiencia subjetiva, del funcionamiento del sistema nervioso, del comportamiento de los organismos y con la aplicación del conocimiento en los ámbitos de la salud, la educación y la organización, principalmente. Esta última es particularmente importante, debido a que al aceptarse el supuesto de que entre las psicologías básica y aplicada los puntos de contacto son mínimos, de igual manera se ha aceptado otro con el que se asegura que la formación profesional del psicólogo es posible al margen de una sólida formación en el nivel básico. Así, al obviarse la enseñanza de conocimientos teóricos (y su correspondencia con los métodos de investigación), equívocamente se ha asumido que esos conocimientos poco o nada tienen que ver una vez que se habla de su aplicación, dando paso a una formación de naturaleza *ateórica* (Ribes, 2005a).

Aun cuando dicha formación es hoy día común en prácticamente todos los ámbitos de aplicación del conocimiento psicológico, quizás se ha hecho más evidente en el caso concreto del que ampara la relación psicología y salud. Ésta, que ha sido concebida como un área o especialidad aplicada de la psicología (Stone, 1979; Taylor, 1986), ha justificado su inserción en el terreno social con base en la premisa de que los profesionales de la psicología son competentes para incidir sobre las enfermeda-

Dirigir toda correspondencia sobre este artículo a: Julio Alfonso Piña López. Guillermo Prieto No. 18. Col. Constitución. Hermosillo, Sonora, C.P. 83150 (Méjico). Correo electrónico: ja_pina@hotmail.com

des que aquejan a amplios sectores de la población, vía el cumplimiento de funciones y actividades relacionadas con la evaluación, investigación e intervención, entre otras (Piña & Rivera, 2006). En este contexto, ser competente comprende en un nivel al saber acerca de las cosas o *saber teórico* (incluyendo al saber qué y cómo usar los conceptos); en otro, al *saber hacer las cosas* de manera eficiente; de ahí que las competencias profesionales del psicólogo, asegura Ribes (2006), no constituyen sino una adaptación de las competencias teóricas y metodológicas desarrolladas en la práctica científica a las circunstancias específicas que delimitan las actividades profesionales y en las que tienen lugar los problemas sociales.

Partiendo de estas breves consideraciones, se planteó el presente trabajo, cuyo objetivo fue justificar la importancia de apoyar la práctica de investigación en modelos teóricos articulados, que incluyan conceptos debidamente definidos y un conjunto de categorías tipo interfase que permitan vincular de manera expresa los niveles básico y aplicado.

PSICOLOGÍA BÁSICA Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO PSICOLÓGICO

La psicología como disciplina científica sólo puede alcanzar dicho estatuto hasta en tanto se cumpla cabalmente con una serie de requisitos, mismos que incluyen: a) la delimitación y definición precisa de su objeto de conocimiento; b) la selección de las propiedades de los eventos que son de interés desde el punto de vista psicológico; c) la construcción de un marco teórico de referencia y la elección de las categorías conceptuales con las que sea posible dar cuenta de lo psicológico en sus diferentes niveles de complejidad, y e) la especificación de los métodos para acceder a lo psicológico a través de la práctica de investigación (Kantor, 1959; Kantor & Smith, 1975). Una vez que se ha cumplido con esos requisitos y que las teorías pasan la prueba empírica -por decirlo coloquialmente-, es que se puede asegurar que aquella ha alcanzado un óptimo desarrollo como ciencia.

Pero ya que una disciplina científica como la psicología está íntimamente ligada a los asuntos de la vida cotidiana (o sea, con lo que dicen y hacen las personas en cualesquiera circunstancias sociales), una primera pregunta que podríamos formular es si es ese el tipo de psicología que se requiere para

incidir sobre los problemas sociales. La respuesta es que no. Al respecto, Ribes y López (1985) sostienen que la psicología como disciplina científica se interesa en esclarecer qué clase de eventos comparten una semejanza funcional con otra clase de eventos, poniendo énfasis en lo que es *común* y *compartido* entre las personas, no en lo que las hace diferentes. De ahí que en el proceso de teorización y su anclaje en la investigación básica, los eventos psicológicos adquieran significación en la medida en que permiten formular o apoyar enunciados causales o explicativos (Ryle, 1967), de forma tal que el conocimiento obtenido es irrespectivo de cualquier hecho o caso particular.

Es por ello que una teoría general no puede hacerse extensiva al ámbito de aplicación del conocimiento psicológico, toda vez que en éste, y contrario a lo que es prioritario en el nivel básico, sí interesa dilucidar por qué las personas se comportan de manera diferente. Siendo así, el tránsito del nivel básico al aplicado no puede darse de manera directa, puesto que una teoría general (y sus categorías conceptuales) no puede aplicarse a hechos o casos particulares; para ello se requeriría del segundo tipo de teoría, que enfatiza el estudio de las *diferencias individuales*, basada en la historia psicológica como concepto medular (Ribes, 2009). De acuerdo con Ribes y Sánchez (1990), el tópico de la personalidad encuentra su justificación en el contexto de la teoría psicológica en la medida en que las diferencias individuales se afirman como el criterio medular para distinguir la individualidad de una persona con respecto de otra.

No obstante que hemos puesto como ejemplo paradigmático en la relación psicología básica-psicología aplicada el rol de diferentes desarrollos teóricos, infortunadamente, y salvo sus muy honrosas excepciones, esa relación ha pasado prácticamente desapercibida por la mayoría de psicólogos que asumen como encargo profesional a la psicología y a la salud. Cuando ocurre lo contrario, esa relación se da de manera parcial, sobre todo si hacemos referencia a los que llamaremos de aquí en adelante los modelos "tradicionales", que incluyen al de creencias en salud (Becker, 1974; Rosenstock, 1974), de la acción razonada (Fishbein & Ajzen, 1975), de la conducta planeada (Ajzen, 1985) y el equívocamente llamado biopsicosocial (Becoña, Vázquez, & Oblitas, 2000), fundamentalmente.

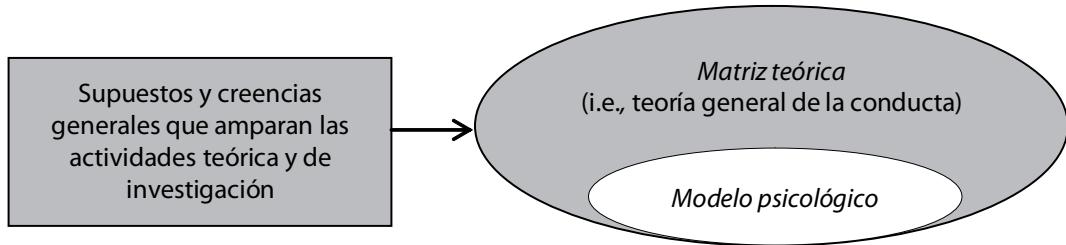


Figura 1. Relación entre los supuestos y creencias generales con la matriz teórica y los modelos.

Lo que queremos subrayar desde un principio, es que existe una importante diferencia para propósitos explicativos y predictivos, una vez que se conducen estudios apoyándose o no en modelos teóricos. Deben ser modelos, tal y como se examina en el siguiente apartado, que cumplan con una serie de requisitos dentro de los cuales destacan fundamentalmente dos, a saber, que deriven de una teoría general de proceso y una de la personalidad, ésta cumpliendo el rol de teoría tipo interfase entre los niveles básico y aplicado.

MODELOS TEÓRICOS Y EL ROL DE LAS CATEGORÍAS TIPO INTERFASE

Para iniciar, es necesario aclarar qué significa el término “modelo” tanto en el lenguaje ordinario como en el técnico. En el primero, se hace referencia a una representación o esquema presentado *gramaticalmente en forma matemática*, acerca de una realidad compleja, que se elabora con la finalidad de facilitar la comprensión de esa realidad y estudiar su conducta; un ejemplo se tiene con el modelo de Anderson y May (1992), elaborado para estimar el riesgo de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH); en este modelo, se especifican en una fórmula los elementos participantes y las reglas de operación, particularmente las pertinentes al aplicar una ecuación. Puesto que en este tipo de modelos no hay pretensiones teóricas, el énfasis se coloca en los aportes metodológicos y de investigación para evaluar el estado actual y la tendencia de las enfermedades, o bien para procurar su control y eventual erradicación.

Por su parte, en el lenguaje técnico se hace referencia a una propuesta teórica articulada, con el objeto de describir y explicar la realidad o sus partes, con la pretensión de predecirla. Ahora bien,

aquí es oportuno señalar que un modelo puede o no derivar de un marco teórico formal de referencia, que Kuhn (1977) denominó como matriz teórica; tal es el caso de los modelos vigentes en psicología y salud, algunos de los cuales no necesariamente derivan de una teoría formal (Figura 1). En efecto, sirva como ejemplo mencionar que: a) mientras el modelo de creencias en salud se vincula directamente con la teoría de campo de Kurt Lewin (Moreno-San Pedro & Roales-Nieto, 2003); b) el nacimiento del modelo de la acción razonada tuvo lugar a partir de desarrollos conceptuales y metodológicos diversos, propios de la psicología social de las décadas del veinte, treinta y cuarenta del siglo pasado (que incluyeron la escala para medir actitudes por L.L. Thurston, la relación actitudes-conducta de G. W. Allport y el escalograma para medir creencias de L. Guttman, básicamente), y c) en tanto que el de la conducta planeada se dio como una extensión del anterior, al cual simplemente se le añadió un elemento no considerado inicialmente en el de la acción razonada, a saber, el de control conductual percibido (Madden, Ellen, & Ajzen, 1992).

Ahora bien, respecto de los modelos tradicionales, lo que es conveniente preguntar (más allá de si se trata de modelos que derivan o no de una matriz teórica formal en los términos previamente expuestos) es si finalmente poseen verdadera capacidad heurística para dar cuenta de los fenómenos psicológicos respecto de los de la salud y la enfermedad, o bien, si no han pasado de ser, con todo y los “éxitos” que se les atribuyen (i.e., Albaracín, Johnson, Fishbein, & Mullerleile, 2001; Millstein, 1996), simples ejercicios hermenéuticos claramente maquillados con una nomenclatura terminológica y estadística, de suyo, cuestionables. Para

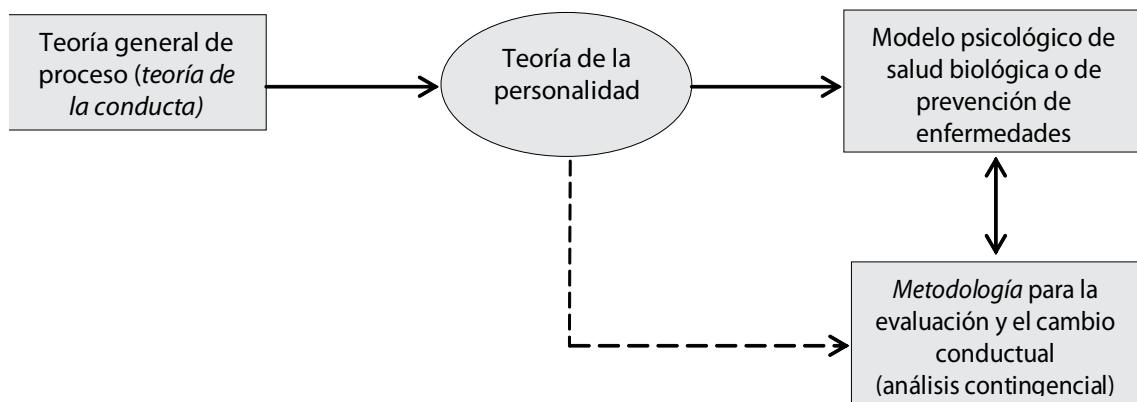


Figura 2. Relación entre las teorías y los modelos potencialmente aplicables en el ámbito de la salud.

dicho fin, se examinarán brevemente esos modelos apoyándonos en lo expuesto en otro lugar y por otros autores (Moreno, García, Rodríguez, & Díaz-González, 2008; Piña, Lozano, Vázquez, & Ramírez, 2010; Ribes, 2000).

Primero, en esos modelos, los conceptos de mundo, cuerpo y cerebro se encuentran insuficiente y/o equívocamente representados. Si se entiende que el mundo es equivalente a toda existencia o realidad externa que es distinta y adicional a las personas, tal realidad es considerada de manera marginal, eliminando la posibilidad de un examen exhaustivo de los factores contextuales implicados en toda interacción. Dicho de otra manera, para el estudio de lo que se presume es lo psicológico, se adopta una caracterización organocéntrica, toda vez que su examen se plantea apelando a lo que ocurre en el mundo “privado” o en la “mente”, como si una persona se comportara en el vacío, es decir, independientemente de los eventos físico-químicos, ecológicos y sociales del ambiente. Por otro lado, ni para el cuerpo (como estructura físico-biológica) ni para el cerebro (como estructura del sistema nervioso central) existen formulaciones específicas, como si una persona al comportarse lo hiciera ahora separado de su cuerpo y su cerebro.

Segundo, al privilegiar el análisis y medición de lo psicológico a partir de los conceptos de mente y conducta, una paradoja se hace evidente. Toda vez que el papel preponderante se le asigna al de mente y lo que acontece “dentro” de ella, la conducta no se vuelve sino un mero accesorio. Así, se asegura que con su identificación será posible “va-

lidar” la existencia de las operaciones que acaecen en la mente, de forma tal que la conducta se torna isomórfica a la organización de las operaciones de la mente; baste, por ejemplo, que mediante un instrumento de medida se le pregunte a una persona si *cree* que será capaz de usar preservativo en su próxima relación sexual con penetración, para que, si su respuesta es afirmativa, automáticamente se asegure la “existencia” de un tipo especial de creencia.

Tercero, son modelos que adolecen de categorías tipo *interfase*, esto es, categorías que permitan, por utilizar una expresión coloquial, “bajar la cortina” y traducir las categorías analíticas (las propias de las teorías generales) en categorías sintéticas. Estas categorías sintéticas incluirían fundamentalmente las relativas a la personalidad. Sin teoría de la personalidad (y su categoría conceptual central, la de estilos interactivos, de acuerdo con Ribes y Sánchez [1990], o situaciones vinculadas con estrés como lo ha sugerido recientemente Piña [2008], no es posible vincular conceptos que operan en un nivel distinto (básico *vs.* aplicado), como si todos los conceptos fuesen equivalentes. No hay que olvidar que la teoría general se interesa en lo que es común y compartido, en tanto que la teoría de la personalidad se refiere a lo que las personas hacen, que les permite diferenciarse de los demás (Figura 2).

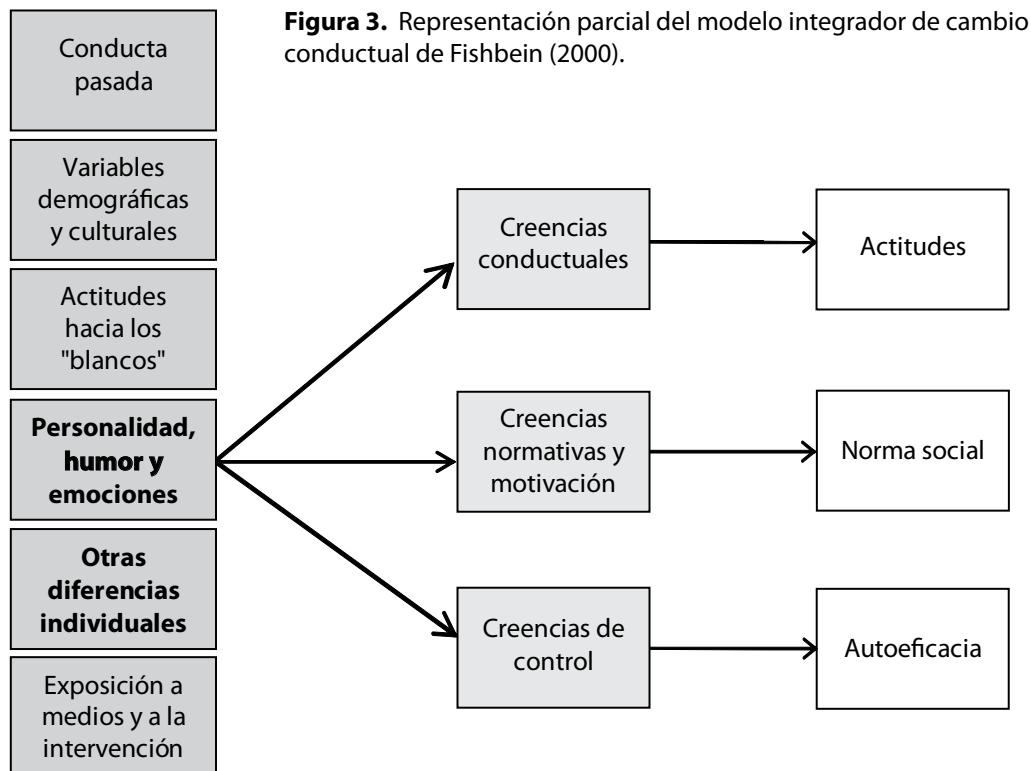
Lo que queremos subrayar es que en los modelos tradicionales esa lógica -al concebir la relación entre teorías y modelos- simple y sencillamente se encuentra distorsionada. Son modelos que se han desarrollado y que se han utilizado en el ámbito

de las aplicaciones prácticas como si fuesen teorías "generales" que, paradójicamente, a la vez que pretenden dar cuenta de hechos comunes y compartidos, se presume que hacen lo propio para dar cuenta de hechos concretos en la forma de conductas. Por las razones aludidas antes, no sólo carece de sentido ese doble papel de los modelos tradicionales (como aproximaciones generales y particulares), sino que también lo carece el asumir explícitamente que se puede aplicar el conocimiento psicológico al margen de las categorías tipo interfase. Esto último es clave y bien nos podría ayudar a entender por qué, en lo que va de la actual década, no han sido pocos los autores que han puesto en entredicho las supuestas ventajas que se les atribuyen a esos modelos (véase Baranowski, 2005; Ogden, 2003; Weinstein, 2007).

Como agudamente han analizado Johnston y Dixon (2008), de la pléthora de teorías o modelos aplicados en psicología y salud, la gran mayoría todos convergen en 11 dominios teóricos con los que se pretende dar cuenta de los determinantes de la salud y la enfermedad. Estos dominios se superponen con lo que Fishbein y colegas han llamado

el *modelo integrador* (Fishbein, 2000; Fishbein & Capella, 2006; Rhodes, Stein, Fishbein, Goldstein, & Rotheram-Borus, 2007), que recoge las aportaciones de los modelos de creencias en salud y de la conducta planeada, así como de la conocida como teoría cognoscitivo-social, de Albert Bandura.

Ahora bien, no obstante que los mencionados autores han incorporado el concepto de personalidad en el modelo integrador, habría que destacar que no siempre la suma de las partes es igual al todo. Es decir, apoyarse en conceptos provenientes de diferentes modelos (que ciertamente comparten como característica común la de su orientación cognoscitivo-social) no constituye garantía alguna de que los conceptos son propiamente psicológicos, que se encuentran bien definidos y que se han respetado las reglas de correspondencia en los planos horizontal (validez interna) y vertical (validez externa). Con la primera se hace referencia a la correspondencia entre los conceptos y los hechos identificados por la teoría o el modelo, mientras que con la segunda, a los límites lógicos y empíricos respecto de nuevos o potenciales hechos que se relacionan con su función heurística (Bolles, 1967).



Entonces, valdría la pena preguntarse cómo definen Fishbein y colegas (Fishbein, 2000; Fishbein, Hennessy, Yzer, & Douglas, 2003) la personalidad y cómo la relacionan con otros conceptos. Contrario a lo que pudiera pensarse, en ninguno de los trabajos antes citados (ni en otros tantos) se ha encontrado una definición o un simple bosquejo del concepto de personalidad, pues lo que únicamente se propone es considerarla una variable *distal* (Figura 3). En efecto, como se puede observar, la de “personalidad” es una variable que se ubica en el mismo nivel que otras, como los estados de humor y las emociones (véase el cuarto recuadro del lado izquierdo), como si entre éstas hubiese correspondencia conceptual, lo cual no es así. Abundaremos al respecto.

Por principio de cuentas hay que aclarar que en el lenguaje ordinario esos tres conceptos denotan cosas diferentes y pertenecen a categorías lógicas también distintas. De acuerdo con Ryle (1967), el de personalidad es un concepto relativo a los atributos psicológicos o funcionales inherentes a ser persona que se manifiestan en la singularidad, esto es, la individualidad. Si bien es cierto que, como apunta Ribes (2005b), la individualidad psicológica es resultado de un proceso de naturaleza social, no hay que olvidar que en cada persona se resume una biografía (historia) única con relación a determinadas circunstancias y respecto de otras personas significativas del entorno social inmediato.

Para dar cuenta de la personalidad, Ribes y Sánchez (1990), con base en Ryle, plantearon que sería necesario incorporar un concepto de naturaleza histórica anclado en la biografía individual, que no fue otro que el de *estilos interactivos*. Como tal, desde un punto de vista lógico, el de personalidad es un concepto disposicional que cumple con el propósito de dar cuenta de la probabilidad (facilitar o interferir) de que se practiquen consistentemente ciertas conductas, en ciertas circunstancias y frente a ciertas personas; así, el concepto de estilos interactivos remite a la identificación de tendencias de conducta (que se *tiende* a hacer algo con relativa *consistencia*). Por consiguiente, el de personalidad es un concepto disposicional que tiene sentido para hacer referencia a la configuración histórica de los atributos funcionales o psicológicos que hacen a una persona diferente de otra, y cuya utilidad en el marco de una teoría o

un modelo es puramente descriptiva y predictiva (Ribes, 2009).

En cambio, siguiendo la representación esquemática de la Figura 3, el humor y las emociones son fenómenos diametralmente opuestos al de personalidad, de tal suerte que es incorrecto ubicar los tres fenómenos como si entre ellos -se insiste- hubiese correspondencia funcional. Ampliaremos la discusión al respecto, apoyándonos para dicho efecto en Ryle (1967), quien bajo el rótulo de emotividad incluyó diferentes tipos de fenómenos psicológicos, a las que denominó *motivos* (motivación en su acepción convencional), *estados de ánimo* (humores), *conmociones* y *sentimientos*; citaremos en extenso:

Las motivaciones y los estados de ánimo, incluyendo las conmociones, no son acontecimientos y, en consecuencia, no se manifiestan ni pública ni privadamente, son propensiones, no son actos ni estados. Sin embargo, son propensiones de tipos diferentes y las diferencias que existen entre ellos son importantes [...] A diferencia de las motivaciones, los estados de ánimo son, como las enfermedades y el estado del tiempo, condiciones temporarias que de alguna manera aglutinan acontecimientos, pero que no son en sí mismas acontecimientos (Ryle, 1967; p. 74).

Añadiendo que:

“Las palabras que hacen referencia a estados de ánimo significan inclinaciones a corto plazo. Pero difieren de las palabras que hacen referencia a motivaciones no solamente en ese aspecto sino también en la posibilidad de usarlas para caracterizar la personalidad de alguien durante ese breve lapso [...] Las palabras que hacen referencia a estados de ánimo se clasifican, comúnmente, con nombres de sentimientos. Pero si la palabra “sentimiento” se usa con algún grado de estrictez, esta clasificación es totalmente errónea” (Ryle, 1967; p. 89).

Para concluir con lo siguiente:

Existen dos sentidos diferentes de “emoción”, en base a los cuales explicamos el comportamiento de las personas haciendo referencia a emociones. En

el primer sentido nos referimos a las motivaciones o propensiones que determinan acciones más o menos inteligentes. En el segundo nos referimos a estados de ánimo, incluyendo las perturbaciones de las que son signos algunos movimientos sin finalidad [...]. Motivaciones y estados de ánimo no son el tipo de cosas que podría encontrarse entre las revelaciones directas de la conciencia o entre los objetos de la introspección, tal y como se describen, comúnmente, estas formas ficticias de “acceso privilegiado”. No son “experiencias” como lo son los hábitos y las enfermedades (Ryle, 1967; pp. 101-102).

Hasta aquí debería quedar claro que personalidad, humor y emociones son cosas distintas, que se representan conceptualmente de manera distinta y que, por consiguiente, pertenecen a categorías lógicas también distintas. Por ello, en el modelo integrador de Fishbein y colegas (Fishbein, 2000; Fishbein & Capella, 2006; Fishbein, Hennessy, Yzer, & Douglas, 2003) no sólo se carece de una teoría de la personalidad como tal, sino que, adicionalmente, se incurre en la comisión de errores categoriales de manera fragrante: definir o ubicar un concepto que posee características peculiares y que pertenece a una categoría lógica, como si perteneciera a otra distinta.

El asunto clave, como se apuntó líneas atrás, es que en los modelos tradicionales, y en particular en el mencionado modelo integrador, los autores han actuado de manera poco crítica respecto de cómo incorporar, definir y articular una verdadera amalgama de conceptos. Referirse al concepto de personalidad y no definirlo es, de suyo, cuestionable; más cuestionable es -si el lector ha sido un buen observador- que en la misma Figura 3 se haya incluido una variable más, la relativa a “otras” diferencias individuales (ver el quinto recuadro en el lado izquierdo), aun cuando en los trabajos referentes al modelo integrador los autores no especifican a qué cosa se refieren con ambas (personalidad y diferencias individuales). Se desconoce, pues, si para los autores el de personalidad es un concepto referente a diferencias individuales o no; si las variables incluidas en el cuarto recuadro son de unas modalidades distintas a las del quinto; si éstas son de menor “valor” o “importancia” que las previas. En resumidas cuentas, se carece de infor-

mación puntual y clara respecto de cuáles son los atributos psicológicos o funcionales de eso a lo que los autores llaman personalidad y diferencias individuales.

En virtud de lo expuesto a lo largo de este apartado, estamos convencidos de que ni los modelos tradicionales ni el integrador de Fishbein y colegas (Fishbein, 2000; Fishbein & Capella, 2006) son viables, lógica, conceptual y empíricamente, para dar cuenta de los fenómenos psicológicos y su relación de los de la salud y la enfermedad. Quizá, la siguiente cita textual de Noar y Zimmerman no haga sino poner el dedo en la llaga, cuando los autores afirman, refiriéndose a esos modelos tradicionales:

... Muchas de esas teorías contienen constructos que son muy similares (o idénticos), aun cuando usen distinta terminología, creando la falsa ilusión de que son diferentes [...] Adicionalmente, los constructos tienen diferentes orígenes teóricos y conceptuales, adoptando diferentes nombres, pero cuando son medidos son en esencia los mismos (Noar & Zimmerman, 2005; p. 277).

COMENTARIOS FINALES Y CONCLUSIONES

El de psicología y salud se ha convertido en un campo de actuación profesional en el que, como se apuntó en otro lugar, todo cabe, sabiéndolo acomodar (Piña, 2003). En buena medida está determinado por tres hechos: de un lado, que los llamados modelos teóricos “tradicionales” no siempre van acompañados de una reflexión crítica en torno de sus orígenes y características epistémicas y ontológicas; del otro, que en esos modelos se carece de categorías tipo interfase que permitan vincular de manera coherente y congruente los conceptos del nivel básico con los potencialmente aplicables en el ámbito de la salud; y, finalmente, el uso incorrecto que se hace de los conceptos centrales (entiéndase los de creencias, actitudes, autoeficacia, intención, etc.) en la práctica de investigación.

Hemos destacado que no se trata tan sólo de que en los modelos teóricos (bajo el supuesto de que los conceptos comparten una misma característica, la de su orientación cognoscitivo-social) se vayan incorporando conceptos con el propósito de, presumiblemente, ampliar el espectro explicativo de los fenómenos “psicológicos” con relación

a los de la salud y la enfermedad, como si con ello se estuviera garantizando el respeto irrestricto de la coherencia y la congruencia.

Asimismo, hemos puesto como ejemplo el concepto de personalidad, del cual en el modelo integrador se desconoce bien a bien a qué cosa se refieren los autores y si finalmente es distinto o no del referido como "otras" diferencias individuales (i.e., Fishbein, 2009; Rhodes, Stein, Fishbein, Goldstein, & Rotheram-Borus, 2007). Adicionalmente, se ha justificado por qué es clave al servir como concepto tipo interfase para vincular a los planos básico y aplicado. Claro está, que aquí se plantea el análisis de tan sólo un concepto, el ya mencionado de personalidad, aun cuando en esa misma tesisura bien se podría incluir también a los de motivos (Laraway, Snycersky, & Poling, 2004; Piña, 2009) y al de competencias conductuales (Padilla, 2008; Ribes, 2006; Rodríguez, 2006).

Justo por ello el título del presente análisis. En la medida en que los psicólogos que se insertan profesionalmente en el ámbito de la salud reconozcan la importancia de lo que se dio por llamar modelo y apellidarse teórico-conceptual, será en la misma medida en que –si existe un genuino interés por avanzar de manera ordenada y sistemática en la comprensión de lo psicológico y su relación con los fenómenos de la salud y la enfermedad– se vuelve inevitable el apoyarse en modelos teóricos (Piña, 2008). Éstos, no deberían concebirse como una suerte de receptáculo al que se le van agregando conceptos con los que se presume se está dando cuenta de lo psicológico. Los modelos deben ser articulados y deben partir del reconocimiento de que lo psicológico opera en diferentes niveles de complejidad, de forma tal que sea factible imprimirle organicidad a los dominios teórico y metodológico en el contexto de la relación psicología y salud (Ardila, 1997; Lippke & Ziegelman, 2008; Marks, 2008).

Se subraya aquí lo de organicidad en ambos dominios, pues no hay que pasar por alto, siguiendo lo consignado en la Figura 2, que en el mismo sentido en que se sostiene la importancia de un discurso teórico articulado (en los planos horizontal y vertical), es en el que debe privilegiarse la correspondencia entre el decir teórico y el hacer metodológico (Sánchez-Sosa, 2008). En efecto, lo que se busca, una vez que mediante la práctica de investi-

gación se ha establecido que ciertas variables (i.e., los motivos o los estados biológicos asociados con el consumo de alcohol) son predictoras poderosas de ciertas conductas sexuales de riesgo (i.e., no uso de preservativo), es identificar qué procedimientos y técnicas para el cambio conductual se corresponden mejor con las categorías conceptuales del modelo; tal sería el caso, por ejemplo, de facilitar la conducta de prevención de uso de preservativo vía el empleo de estrategias de intervención motivacional en escenarios institucionales o por el reforzamiento positivo de esa conducta por parte de la pareja; en el mismo tenor se ubicaría el entrenar a los usuarios a identificar y valorar la influencia que determinadas personas ejercen sobre ellas en circunstancias sociales en las que se encuentra implicado el consumo de alcohol, entre otras cosas.

Tal y como se desprende de lo anterior, lo que se busca, en última instancia, es evitar el pragmatismo simplista que históricamente ha dominado en el campo de actuación (en mucho, debido a la influencia del modelo médico en su orientación clínico-patológica en los términos expuestos por Goldiamond, 1974), para dar paso a una modalidad de trabajo que mantenga correspondencia lógica, conceptual, metodológica y empírica. Ciertamente, y hay que decirlo con estas palabras, ello exige un cambio en la manera en que se forman y entrenan a los profesionales de la psicología interesados en el ámbito de la salud, pues como acertadamente ha planteado Ribes (2006), la aplicación del conocimiento psicológico presupone que se debe ser competente en los dominios teórico y metodológico.

REFERENCIAS

- Albaracín, D., Johnson, B.T., Fishbein, M., & Mullerleile, P.A. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 127, 142-161.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. En J. Khul & J. Beckman (Eds.), *Action control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). New York, NY: Springer-Verlag.
- Anderson, R.M. & May, R.M. (1992). La pandemia del SIDA. *Investigación y Ciencia*, 190, 4-11.
- Ardila, R. (1997). Análisis experimental del comportamiento y psicología de la salud. *Psicología Conductual*, 5, 435-443.
- Baranowski, T. (2005). Integration of two models, or dominance of one? *Journal of Health Psychology*, 10, 19-21.
- Becker, M.H. (1974). Health belief model and risk role behavior. *Health Education Monographs*, 2, 409-419.
- Becofña, E., Vázquez, F.L., & Oblitas, L.A. (2000). Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. En

- L.A. Oblitas & E. Becerra (Eds.), *Psicología de la salud* (pp. 11-52). México: Plaza y Valdés Editores.
- Bolles, R.C. (1967). *Theory of motivation*. New York, NY: Harper & Row.
- Fishbein, M. (2000). The role of theory in HIV prevention. *AIDS Care*, 12, 273-278.
- Fishbein, M. (2009). An integrative model for behavioral prediction and its application to health promotion. En R.J. DiClemente, R.A. Crosby & M.C. Kegler (Eds.), *Emerging theories in health promotion practice and research* (pp. 215-234). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fishbein, M. & Cappella, J.N. (2006). The role of theory in developing effective health communications. *Journal of Communication*, 56, S1-S17.
- Fishbein, M., Hennessy, M., Yzer, M., & Douglas, J. (2003). Can we explain some people do and some people do not act on their intentions? *Psychology, Health & Medicine*, 6, 3-18.
- Goldiamond, I. (1974). Toward a constructional approach to social problems. *Behaviorismo*, 2, 1-84.
- Johnston, M. & Dixon, D. (2008). [Editorial]: What happened to behaviour in the decade of behaviour? *Psychology and Health*, 23, 509-513.
- Kantor, J.R. (1959). *Interbehavioral psychology*. Chicago, IL: The Principia Press.
- Kantor, J.R. & Smith, N.E. (1975). *The science of psychology: An interbehavioral survey*. Chicago: The Principia Press.
- Kuhn, T.S. (1977). *La tensión esencial*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Laraway, S., Snydersky, S., & Poling, A. (2004). Motivating operations. En J.E. Burgos & E. Ribes (Eds.), *Theory, basic and applied research, and technological applications in behavior science: Conceptual and methodological issues* (pp. 85-118). Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara.
- Lippke, S. & Ziegelmann, J.P. (2008). Theory-based health behavior change: Developing, testing, and applying theories for evidence-based interventions. *Applied Psychology: An International Review*, 57, 698-716.
- Madden, M.J., Ellen, P.S., & Ajzen, I. (1992). A comparison of the theory of planned behavior and the theory of reasoned action. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 3-9.
- Marks, D.F. (2008). The quest for meaningful theory in health psychology. *Journal of Health Psychology*, 13, 977-981.
- Millstein, S.G. (1996). Utility of the theories of reasoned action and planned behavior for predicting physical behavior: A prospective analysis. *Health Psychology*, 15, 398-402.
- Moreno, D., García, G.R., Rodríguez, M.L., & Díaz-González, E. (2008). Reflexiones críticas a los modelos psicológicos de la salud orientados al VIH/SIDA desde la perspectiva interconductual. En S. Robles & D. Moreno (Eds.), *Psicología y salud sexual* (pp. 43-62). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Moreno-San Pedro, E. & Roales-Nieto, J.G. (2003). El modelo de creencias de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 3, 91-109.
- Noar, S.M. & Zimmerman, R.S. (2005). Health behavior theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: are we moving in the right direction? *Health Education Research*, 20, 275-290.
- Ogden, J. (2003). Some problem with social cognition models: A pragmatic and conceptual analysis. *Health Psychology*, 22, 424-428.
- Padilla, M.A. (2008). ¿Pueden entrenarse competencias de investigación en psicología al margen de las teorías psicológicas? *Revisita de Educación y Desarrollo*, 9, 45-53.
- Piña, J.A. (2003). Psicología clínica y psicología de la salud: en defensa de la psicología de la salud. *Suma Psicológica*, 10, 27-80.
- Piña, J.A. (2008). Variaciones sobre el modelo psicológico de salud biológica de Ribes: justificación y desarrollo. *Universitas Psychologica*, 7, 19-32.
- Piña, J.A. (2009). Motivación en psicología y salud: motivación no es sinónimo de intención, actitud o percepción de riesgo. *Diversitas-Perspectivas en Psicología*, 5, 27-35.
- Piña, J.A., Lozano, D.I., Vázquez, P., & Carrillo, I.C. (2010). Motivos y uso de preservativo en estudiantes universitarios de Ciudad Juárez (Méjico). *Anales de Psicología*, 26, 18-26.
- Piña, J.A. & Rivera, B.M. (2006). Psicología y salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Universitas Psychologica*, 5, 669-679.
- Rhodes, F., Stein, J.A., Fishbein, M., Goldstein, R.B., & Rotheram-Borus, M.J. (2007). Using theory to understand how interventions work: Project RESPECT, condom use, and the integrative model. *AIDS and Behavior*, 11, 393-407.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ribes, E. (2000). La psicología y la definición de sus objetos de conocimiento. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 26, 367-383.
- Ribes, E. (2004). ¿Es posible unificar los criterios sobre los que se concibe la psicología? *Suma Psicológica*, 11, 9-28.
- Ribes, E. (2005a). Reflexiones sobre la eficacia profesional del psicólogo. *Revista Mexicana de Psicología*, 22, 5-14.
- Ribes, E. (2005b). ¿Qué es lo que se debe medir en psicología? La cuestión de las diferencias individuales. *Acta Comportamentalia*, 13, 37-52.
- Ribes, E. (2006). Competencias conductuales: su pertinencia en la formación y práctica profesional del psicólogo. *Revista Mexicana de Psicología*, 23, 19-26.
- Ribes, E. (2009). La personalidad como organización de los estilos interactivos. *Revista Mexicana de Psicología*, 26, 145-161.
- Ribes, E. & López, F. (1985). *Teoría de la conducta: un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.
- Ribes, E. & Sánchez, S. (1990). El problema de las diferencias individuales: un análisis conceptual de la personalidad. En E. Ribes (Ed.), *Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento* (pp. 79-99). México: Editorial Trillas.
- Rodríguez, M.L. (2006). Evaluación de competencias conductuales y su relación con la salud. *Revista Chilena de Psicología Clínica*, 1, 12-26.
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- Ryle, G. (1967). *El concepto de lo mental*. Buenos Aires: Paidós.
- Sánchez-Sosa, J.J. (2009). El impacto social de la investigación psicológica en salud. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, XXIV, 115-126.
- Stone, G.C. (1979). Psychology and health systems. En G.C. Stone, F. Cohen, & N.E. Miller (Eds.), *Health psychology* (pp. 47-75). San Francisco: Jossey-Bass.
- Taylor, S.E. (1986). *Health psychology*. New York: Random House.
- Weinstein, N.D. (2007). Misleading test of health behavior theories. *Annals of Behavioral Medicine*, 33, 1-10.

Recibido el 27 de octubre de 2009

Revisión final 9 de febrero de 2010

Aceptado el 11 de febrero de 2010