

Variaciones sobre el modelo psicológico de salud biológica de Ribes: justificación y desarrollo*

Variations on Ribes's Psychological Model of Biological Health: Justification and Development

Recibido: noviembre 16 de 2007 | Revisado: noviembre 30 de 2007 | Aceptado: diciembre 3 de 2007

JULIO ALFONSO PIÑA LÓPEZ** Investigador independiente, Hermosillo, México

ABSTRACT

Based on Kantor's interbehavioral approach, in this paper we present some variations on Ribes's psychological model of biological health. Because of both the underlying logic, and the characteristics of the elements that shape it, it is a field and multifactorial model which places a special emphasis on the interaction among a set of historical and situational variables that set probabilities for instrumental behaviors of prevention and risk.

Key words authors:

Psychological Model, Prevention, Instrumental Behaviors.

Key word plus:

Models, Psychological, Stress (Psychology), Human Immunodeficiency Virus - Pathogenicity.

RESUMEN

Con base en la propuesta interconductual de Kantor, en este trabajo se presentan algunas variaciones sobre el modelo psicológico de salud biológica de Ribes. Tanto por la lógica que le subyace como por las características de los elementos que lo conforman, se trata de un modelo de campo y multifactorial que pone especial énfasis en la interacción de un conjunto de variables psicológicas de tipo histórico y situacional, que probabilizan la práctica de los comportamientos instrumentales de prevención o de riesgo.

Palabras clave autores:

Modelo psicológico, prevención, comportamientos instrumentales.

Palabras clave descriptores:

Modelos psicológicos, Estrés psicológico, VIH - Patogenicidad.

* Se agradece al M. C. Jorge Borja Castañeda de la Universidad de Sonora (México), por los comentarios y sugerencias que hizo a este trabajo.

** Correspondencia: Guillermo Prieto 18. Col. Constitución. Hermosillo, Sonora. C.P. 83150 (México). Correo electrónico: ja_pina@hotmail.com

Desde hace poco más de treinta años, diferentes modelos teóricos han aportado conceptos con los que se ha pretendido dar cuenta de la relación entre lo psicológico y los fenómenos de la salud y la enfermedad. Toda vez que dichos fenómenos exigen que esos modelos utilicen alguna definición expresa, lo que hoy en día se observa es que en la mayoría de los casos se ha optado por la estrategia de confiar en la guía de las disciplinas biomédicas; esto es, los conceptos de salud y enfermedad que se han adoptado provienen de una visión ajena a la psicología, lo que ha traído consigo que aparezcan múltiples inconsistencias y vacíos en la construcción de los modelos, así como fallas de procedimientos en el momento de “aplicar” el conocimiento obtenido a través de la práctica de la investigación.

Hablar de salud y enfermedad desde una perspectiva psicológica implica hablar del estado resultante que es consecuencia de la manera en que una persona en particular se *ajusta* o no a los cambios que acaecen en su ambiente. Si dicho ajuste tiene lugar, se puede decir, entonces, que los estados orgánico y psicológico de esa persona en particular, en un momento del continuo de interacción, es el óptimo, o bien que refleja un nivel de homeostásis, tanto en lo que corresponde a la funcionalidad orgánica de los diferentes subsistemas biológicos de respuesta, como en lo que hace a la propia funcionalidad psicológica. ¿Cuál es, entonces, la naturaleza de esos cambios que no se confunden con los procesos psicológicos propiamente dichos, pero que tampoco son los definidos por las disciplinas biomédicas? Para lograr distinguir esas características, este trabajo se apoya en la denominada psicología interconductual, que es congruente y coherente como aproximación científica en y para la psicología.

Hay, sin embargo, otras razones de por qué se ha optado por la psicología interconductual. Éstas tiene que ver con que los modelos teóricos más frecuentemente utilizados en psicología y salud poseen algunas debilidades que se resumen en: a) los compromisos ontológicos y epistemológicos que de manera advertida o no asumen los autores con respecto a lo psicológico, su definición y la

selección de las propiedades que se consideran relevantes para su estudio; b) las categorías de análisis de lo psicológico que se presume son pertinentes para aproximarse a los fenómenos de la salud y la enfermedad; c) los métodos a partir de los cuales se proponen tanto la evaluación como los criterios de evidencia con relación a cómo lo psicológico se relaciona con ambos fenómenos; y d) la interpretación que se hace de dicha relación una vez concluida una investigación en cualesquiera de sus modalidades, las conocidas tradicionalmente como “básica” y “aplicada”.

Dentro de esos modelos teóricos destacan: el de creencias de salud (Becker, 1974; Rosenstock, 1974), de la acción razonada (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975), de la conducta planeada (Ajzen, 1985), de la autoeficacia (Bandura, 1977) y el psicológico de salud biológica (Ribes, 1990). Se trata de modelos que, con excepción del último, comparten en general ciertas características formales, que para fines descriptivos, y apoyados en los planteamientos de otros autores, justificamos en las siguientes consideraciones (i.e., Baranoswki, 2005; Ogden, 2003; Ribes, 2000, 2004; Weinstein, 2007):

- a. En ningún momento los autores de los modelos se propusieron un análisis de los conceptos de cuerpo, cerebro, mente y comportamiento, limitándose, en el mejor de los casos, a una descripción genérica de las relaciones entre mente y comportamiento. Así, a lo psicológico se le concibe como parte de la estructura y funciones de la mente y al comportamiento como su extensión, que, se asegura, posee la cualidad de validar las operaciones de la primera. Son modelos, pues, en los que los conceptos de cuerpo y cerebro simple y sencillamente carecen de representación.
- b. Tácita o explícitamente parten del supuesto de que los seres humanos son racionales, y, por tanto, para explicar por qué las personas se comportan como lo hacen recurren a conceptos que forman parte de las palabras o expresiones de cognición: conocimientos, percepción de riesgo, actitudes, creencias, intención, autoeficacia, etcétera. Si se acepta tal supuesto, carece

de sentido hacer referencia a toda esa amplia gama de fenómenos psicológicos que por definición serían no-rationales –y a la luz de los modelos en cuestión, eventualmente no-psicológicos–, casos de la personalidad, los hábitos, las habilidades, las competencias, los motivos, etcétera.

- c. Finalmente, son modelos que se han trasladado al ámbito de la investigación amparados en el empleo indiscriminado de métodos indirectos para el estudio de lo psicológico. Esto es, los inventarios, las encuestas y demás se han concebido como la fuente de validación de existencia de lo psicológico y cómo se relaciona con los fenómenos de la salud y la enfermedad. Desde este punto de vista, tal validación empírica tendría lugar una vez que se ha hecho uso de análisis estadísticos correlacionales o de regresión en los que se sobrevalora el papel de esas variables.

El modelo psicológico de salud biológica de Ribes: productos de investigación y algunas limitaciones

En el modelo psicológico de salud biológica, cuyos antecedentes descansan en una teoría de la conducta (Ribes & López, 1985) y una de la personalidad (Ribes & Sánchez, 1990), lo psicológico se fundamenta en cuatro supuestos; se citará en extenso (véase Ribes, 1990, pp. 18-19):

- a. La descripción psicológica del continuo salud-enfermedad corresponde a la dimensión individualizada de las variables que tienen lugar en la interacción entre los factores biológicos del organismo y aquellos que constituyen la acción funcional de las relaciones socioculturales.
- b. Cuando se analizan en un modelo psicológico los factores biológicos y socioculturales, no tienen representación en la forma de categorías correspondientes a las de sus disciplinas originales.
- c. Los factores biológicos se representan como la condición misma de existencia del individuo

práctico y de las reacciones biológicas integradas a su actividad.

- d. Los factores socioculturales se representan como las formas particulares que caracterizan a un individuo en su interrelación con las situaciones de su medio, con base en su historia personal.

A partir de esos supuestos, lo psicológico tiene que ver con el comportamiento individual. Para fines descriptivos el autor desagrega lo psicológico en tres factores, que en la Figura 1 se ubican en la fase de procesos del modelo: a) la forma en que el comportamiento participa en la modulación de los estados biológicos –modulación biológica por contingencia–, o sea, sobre los diferentes subsistemas biológicos de respuesta, que incluyen el inmune, endocrino, cardiovascular, respiratorio, etcétera; b) las maneras consistentes de comportarse o estilos interactivos, que en el lenguaje coloquial tienen que ver con el concepto de personalidad y que tipifican a una persona en su contacto inicial con situaciones que pueden eventualmente dañar su salud; y c) las competencias de que se dispone para hacer frente a los requerimientos impuestos en una situación, mismas que definen la *eficiencia* para prevenir el acaecimiento de una enfermedad.

Es interesante hacer notar que la evaluación sistemática de esos factores en la práctica de la investigación ha mostrado avances de suyo desiguales, que se hacen más evidentes en los casos de los estilos interactivos –i.e., tendencia al riesgo, tolerancia a la frustración y persistencia o logro (Doval, Viladrich & Riba, 1998; Moreno, Hernández, García - Leal & Santacreu, 2000; Ribes & Sánchez, 1992; Santacreu & García, 2000; Santé & Santacreu, 2001; Viladrich & Doval, 1992, 1995) y las competencias conductuales (Díaz-González et al., 2005; Moreno et al., 2007; Piña, 2003), pues en lo que toca a la modulación y vulnerabilidad biológicas no se han encontrado estudios. Los que pudieran relacionarse con estos dos últimos factores se han desarrollado con base en un modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión (Piña & Sánchez-Sosa, 2007), utilizado hasta el momento

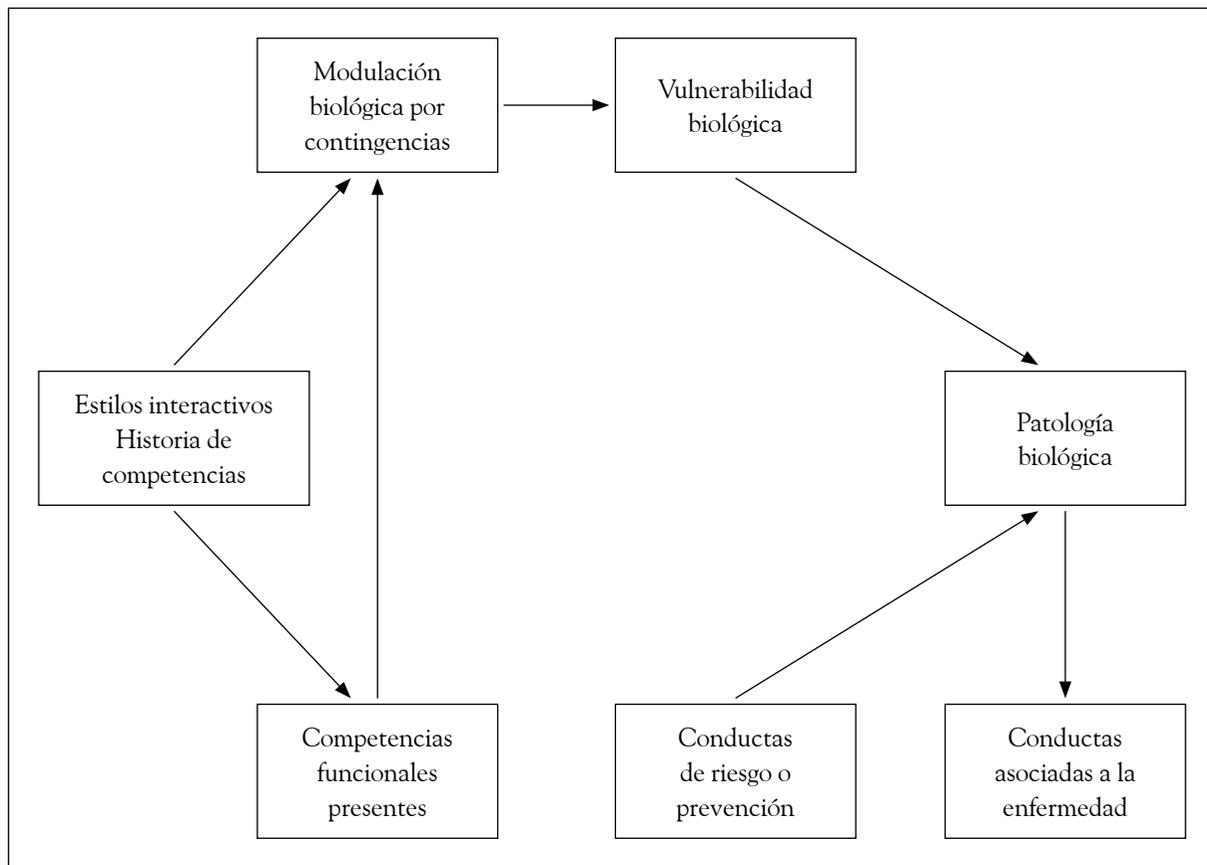


FIGURA 1
Modelo psicológico de salud biológica de Ribes (1990)

en los problemas de la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana y diabetes *mellitus* tipo 2 (Piña, Rivera, Corrales, Mungaray & Valencia, 2006; Piña, Torres & Fierros, s.f.).

En lo tocante a los comportamientos instrumentales de prevención o de riesgo, como parte de la fase de resultados del modelo, el énfasis de las investigaciones se ha puesto sobre la evaluación de comportamientos específicos de riesgo para la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH, principalmente (Peralta & Rodríguez, 2007; Robles & Moreno, 2000; Robles, Piña & Moreno, 2006), sin que hasta el momento se tenga conocimiento de que se hayan abordado otras enfermedades, como las del corazón, los tumores malignos y la insuficiencia renal.

Con respecto a lo anterior, es importante subrayar que hasta el momento de escribir estas

líneas el modelo psicológico de salud biológica se ha distinguido del resto por su estructura teórica y conceptual, por evitar incurrir en errores categoriales e imprimirle coherencia y congruencia al discurso sobre lo psicológico frente a los fenómenos de la salud y la enfermedad. No obstante, esto de ninguna manera significa que se trate de un modelo acabado; por el contrario, como cualquier otro modelo, es perfectible.

Esto último es especialmente cierto si se tienen en cuenta dos asuntos. Primero, tal y como se observa en la Figura 1, en ningún momento el autor hizo explícitos diferentes factores, que a la luz de la experiencia de investigación en psicología y salud han evidenciado jugar un papel de primer orden en la predicción y explicación de comportamientos de prevención y riesgo para la infección por VIH –en el ámbito de la prevención– y de adhesión al

tratamiento –una vez que ya se ha diagnosticado la enfermedad–. Nos referimos básicamente a los relacionados con los motivos (Piña & Corral, 2001; Piña, Corrales & Rascón, s.f.).

Segundo, tampoco se hicieron explícitas variables organísmicas y sociales de naturaleza disposicional que, de acuerdo con la propuesta de Kantor (1959), constituyen categorías para dar cuenta del comportamiento psicológico, propiamente dicho. Y aquí es conveniente aclarar, sobre las primeras, que no se está haciendo alusión a condiciones organísmicas de la persona tal cual son afectadas por la forma en que esa persona entra en contacto con las contingencias en una situación específica –modulación biológica por contingencias–; mucho menos, a la vulnerabilidad biológica, entendida como la interacción de una serie de condiciones orgánicas que aumentan el riesgo de que una persona desarrolle una enfermedad (Ribes, 1990).

En ambos casos, y no obstante que Ribes plantea la naturaleza interactiva del modelo, en éste la caracterización de lo biológico pareciera adoptar las veces más de resultados que de proceso y resultados. Esto es, en psicología y salud lo biológico no puede limitarse a una descripción en la forma de condiciones genéricas del organismo que son afectadas diferencialmente a partir de la forma en que una persona entra en contacto con determinados eventos del ambiente.

Y puesto que, justamente, siguiendo con Ribes, cuando una persona se comporta en una situación, no lo hace separada de su cuerpo. Es entendible, entonces, que las funciones organísmicas regulen su comportamiento, y que, a su vez, a partir de sus propias acciones se regulen las propiedades funcionales del ambiente en su retroacción sobre el organismo. Así, la *disposición reactiva* –como propia de un organismo dotado con una estructura y una funcionalidad adquiridas filogenéticamente– sólo tiene sentido cuando su dinámica da lugar a interacciones con el ambiente, mediadas por el comportamiento de una persona (Maturana, 1989). Luego es de esperarse que, como consecuencia de tales interacciones, se propicien cambios tanto en la estructura como en la funcionalidad biológicas

de los diferentes subsistemas –inmune, cardiovascular, nervioso central, endocrino, respiratorio, etcétera–, cambios que, dependiendo de la dirección en la que operen, darán lugar al desarrollo de condiciones particulares y diferenciadas de vulnerabilidad organísmica asociadas con una diversidad de enfermedades.

Tal es el caso, por ejemplo, de las interacciones organismo-ambiente en las que, a partir de su mediación vía el comportamiento de una persona, se propician cambios en el eje hipotalámico-pituitario-adrenal, que hoy se sabe correlacionan con cambios en el sistema cardiovascular y que facilitan en el mediano o largo plazos el acaecimiento de enfermedades cardiovasculares (Chen, Gilligan, Coups & Contrada, 2005; Gerritsen, Heijnen, Wegant, Bermond & Frijda, 1996; Wilson et al., 1998). En la misma dirección podrían mencionarse los cambios producidos en los sistemas nervioso central, autónomo e inmune, cuya correlación ha permitido evaluar el curso clínico de enfermedades como los tumores malignos y la infección por VIH, principalmente (Cohen & Herbert, 1996; Miller, Cohen & Ritchey, 2002; Segerstrom & Miller, 2004).

En lo tocante a las variables disposicionales de tipo social, lo que se tiene con éstas es el reconocimiento que el autor hizo de su importancia, aunque limitó tanto su descripción como su análisis a la influencia que como factores configuran la composición de las competencias conductuales (ver Ribes, 1990, pp. 45-46). Esto es, se retomaron de la metodología del análisis contingencial (Ribes, Díaz-González, Rodríguez & Landa, 1989) los diferentes elementos que se inscriben en la microcontingencia, habida cuenta de su ausencia como tales en el modelo.

Justificación para las variaciones sobre el modelo psicológico de salud biológica: la psicología interconductual y la salud

El nombre genérico de psicología interconductual abarca, en la actualidad, no únicamente la propuesta original de Kantor (1959), sino que

incluye ahora un conjunto de aportaciones de autores como Ribes y López (1985) y Roca (1993), principalmente.

La unidad de análisis del fenómeno psicológico, según Kantor, es el *campo*, el cual está compuesto por los elementos de la situación, el organismo comportándose, el objeto estimulante, la biografía reactiva, la evolución del estímulo, la historia interconductual, el medio de contacto y unos límites del campo de carácter físico y lingüístico. El concepto principal para este trabajo, en lo que concierne a los términos salud y enfermedad, es el de biografía reactiva, que se entiende como la estructura particular de un organismo único e irrepetible; se trata de la organización funcional de los sistemas orgánicos de una persona. El concepto de *biografía reactiva* hace referencia al carácter histórico de esa organización funcional; por su parte, el concepto de *estado reactivo* describe las condiciones de un individuo en un momento determinado del continuo de interacción.

Aun cuando ambos conceptos hacen referencia a sistemas fisiológicos, no se reducen a ellos, en tanto que los primeros siempre se definen en función de la interacción del organismo con su ambiente, y no de manera aislada, como ocurre con los sistemas fisiológicos. La biografía reactiva y el estado reactivo son siempre biografía y estado de una persona en particular. Un sistema fisiológico es un sistema de nadie y de todos, por cuanto se estudia y se define al margen de organismos específicos.

Cuando con los modelos y los procedimientos psicológicos se pretende entender, prevenir y/o rehabilitar el estado de salud-enfermedad de alguna persona, evidentemente no se está sustituyendo la práctica médica, sino simplemente cubriendo –o al menos es lo que se busca– otras funciones de orden psicológico, precisamente, como las que se enumeran a continuación: a) distinguir de modo muy claro entre “lo psicológico” y “lo biológico”; b) identificar a qué categorías del modelo psicológico utilizado corresponden los términos de salud y enfermedad; c) describir las relaciones funcionales entre “lo psicológico” y la salud y la enfermedad; y d) justificar la pertinencia y viabilidad de la psicología en el cuidado de la salud y la erradicación o disminución de enfermedades.

Por lo que hace al primero de los puntos, es necesario no confundir la biología y la psicología, como ciencias, con los objetos de análisis respectivos. Esto es, tanto la biología como la psicología estudian la misma realidad empírica, sólo que con categorías de análisis y procedimientos distintos, por lo que no se debe incurrir en el error de suponer que “lo psicológico” y “lo biológico” son dos cosas distintas. Esto implicaría reproducir el dualismo cartesiano que ha entorpecido el desarrollo de las ciencias, particularmente de la psicología. Lo que son dos cosas distintas son los análisis respectivos de cada ciencia, toda vez que la realidad material es sólo una. Ahora bien, ¿cómo se justifica entonces la existencia de modelos psicológicos aplicables al ámbito de la salud?

Borja (2000), analizando la relación existente entre la psicología, la ciencia y la tecnología en el campo de la salud, dice: “En virtud del carácter analítico, reduccionista y mecanicista de la ciencia, los problemas de la salud y la enfermedad quedan desmembrados durante el análisis, pero no por eso mejor comprendidos” (p. 17). Para resaltar la idea, este mismo autor añade:

Decir, por ejemplo, que los virus causan enfermedades implica una explicación derivada del hecho de que en el laboratorio el científico causa la enfermedad manipulando el virus como variable independiente. Pero en la vida de todos los días no se sabe, bien a bien, como interactúan dos entidades complejas, una llamada “hombre” y otra llamada “virus” (p. 19).

Esto es aún más cierto si se tiene en cuenta que ese “hombre” y ese “virus” no son entidades abstractas, sino que el primero es una persona particular, con una historia particular en circunstancias particulares. Por el lado del “virus”, su particularidad, al entrar en contacto con la otra particularidad, hace de la “enfermedad” un problema único, es decir, el problema de un enfermo, no el de la existencia de una enfermedad.

Por su parte, Ribes & López (1985) apuntan que los objetos de conocimiento de las ciencias no muestran de antemano ninguna subdivisión que sirva como conjunto dado de problemas empíricos

que las diversas disciplinas deban “reflejar” inevitablemente. También Bourdieu (1983) se expresa en el mismo sentido al señalar que la realidad es una entidad independiente de la ciencia, autoconstruida y con capacidad de autorregularse merced a su propia naturaleza; los científicos construyen los objetos de la ciencia a partir de operaciones intelectuales que se traducen en “ideas” y “conceptos” sobre lo “real”.

De ahí que sea impropio hablar de salud biológica. Desde el punto de vista de la psicología, habría que usar términos referidos a lo *corporal*, siempre y cuando permitan la identificación de las propiedades afectables por los procedimientos psicológicos. En tal sentido, los modelos psicológicos aplicables a los problemas de la realidad empírica encuentran su justificación porque los problemas de la realidad cotidiana ocurren a personas únicas, y es a eso a lo que se dedica la psicología: al análisis del comportamiento de las personas.

En lo tocante a cuáles son las categorías del modelo interconductual que se relacionan con los conceptos de salud y enfermedad, como ya se adelantó, es menester enfatizar que la psicología no trabaja directamente con los problemas de salud y enfermedad, sino con las dimensiones psicológicas de la corporeidad, es decir, la *biografía reactiva*, los *estados reactivos* y los *sistemas reactivos* como conceptos genéricos.

Para Kantor y Smith (1975), la biografía reactiva tiene que ver con la manera en que el equipo “biológico” con el que nace una persona se va organizando de modo único, de acuerdo con las experiencias de esa persona a lo largo de su vida; así, su biografía es producto de la experiencia; por lo tanto, irrepetible e idiosincrática. De ahí que todas las funciones de la persona (llámeseles psicológicas o biológicas) sean únicas. Como consecuencia lógica, su forma de enfermarse o de estar sana es única y personal; no se parece a la forma de estar sana o enferma de alguna otra persona. La organización particular de la reactividad es lo que el psicólogo interconductual debe entender para eventualmente “aplicar” procedimientos dirigidos a la prevención y/o rehabilitación de las enfermedades.

¿Qué es entonces lo que se previene o rehabilita? La desorganización y organización de los estados reactivos de cada persona, sin duda, hablando en términos interconductuales. ¿Cuáles son los indicadores de la organización o desorganización de los estados reactivos, y, por consiguiente, cuáles son los conceptos que se aplican a esos indicadores? Recuperando información valiosa aportada hace tiempo, en este trabajo se considera que los conceptos de *homeostásis* (Bernard, 1976) y *estrés* (Seyle, 1950, 1956) resultan de gran utilidad conceptual y heurística, particularmente en lo que se refiere a la necesidad de definir operacionalmente los conceptos de biografía reactiva, estados reactivos y sistemas reactivos, pues de otro modo su identificación, descripción y evaluación resultarían imposibles. Una propuesta antigua, pero aún válida, que resume las ideas de homeostasis y estrés, es la del llamado grupo de Yale (Dollard, Miller, Sears, Dobbs y Maier), sintetizada en el modelo de frustración, conflicto y estrés, en el que los procedimientos utilizados para el estudio de esos fenómenos muestran la manera en que la psicología puede ser potencialmente aplicable en el ámbito de la salud y la enfermedad.

Ahora bien, ¿a qué categoría pertenecen los conceptos apuntados? La respuesta es que son parte de las disposiciones con las que una persona enfrenta los retos de la vida cotidiana, esto es, se trata de factores disposicionales organísmicos que involucran arreglos reactivos particulares. Estos arreglos reactivos (biografía reactiva) sintetizan parte de la totalidad de lo que se denomina comportamiento; la otra parte está conformada por las circunstancias en que una persona se ve inmersa a lo largo de su vida. De tal modo que un análisis psicológico es siempre incompleto si sólo hace referencia a los aspectos del “ambiente” sin describir las condiciones organísmicas con las que una persona atiende, percibe y se comporta cuando ese ambiente la afecta de algún modo. Esto es particularmente cierto cuando se trata de un modelo psicológico aplicable a la salud y la enfermedad.

Lo que justifica la participación de la psicología en el cuidado de la salud y la erradicación o disminución de enfermedades es que, como ciencia y co-

mo técnica, se refiere y “aplica” al comportamiento de una persona, condición *sine qua non* para que se pueda decir que una disciplina científica es pertinente para tratar los asuntos de la vida cotidiana. Por tanto, los conceptos que sustituyan los de salud y enfermedad en el análisis de lo psicológico y su aplicabilidad deben referirse siempre a disposiciones específicas de una persona particular.

Por ello, con base en este análisis se propone, entre otras cosas, dejar de lado el uso de los términos salud y enfermedad biológicas para sustituirlos por otros que, haciendo referencia a disposiciones orgánicas, constituyan también una especie de interfase con los conceptos estrictamente psicológicos: el de homeostasis y el de estrés, estudiados a partir de los procedimientos de frustración, conflicto y estrés, precisamente.

Una vez justificados algunos de los aspectos que se consideran de capital importancia para ubicar la discusión en torno a la relación entre lo psicológico y los fenómenos de la salud y la enfermedad, se describirán ahora los momentos y los factores que se incluyen en las variaciones que se proponen al modelo psicológico de salud de Ribes (1990), que se resumen en la Figura 2. En ésta se tienen en cuenta tres momentos: el pasado, el presente y el futuro. En el pasado se pone énfasis en tres variables: las situaciones vinculadas con estrés, la historia de competencias (pasadas) y los motivos.

Las primeras guardan relación con la noción de estilos interactivos (Ribes & Sánchez, 1990) y se conciben aquí como situaciones que una persona enfrenta a lo largo de su vida y que se caracterizan por la incontrolabilidad, la ambigüedad, la impredecibilidad y la incertidumbre. Las dos primeras corresponderían a situaciones típicas en las que las señales de estímulo adquieren propiedades funcionales definitorias, en tanto que las dos últimas a eventos de estímulo en la forma de consecuencias al responder¹. Sintetizan situaciones interactivas,

que tanto en la literatura sobre análisis experimental de la conducta como en la proveniente del campo de la psiconeuroinmunología, han arrojado ya información valiosa (Ader & Cohen, 1975; Bessedovski & Del Rey, 2007; Brady & Harris, 1983; Brosschot et al., 1992).

La historia de competencias se identifica con la disponibilidad adquirida por la persona al interactuar con situaciones que prescriben el cumplimiento de determinados criterios o ajustes. Su papel es el de facilitar o interferir con el ejercicio instrumental de ciertos comportamientos en una diversidad de situaciones: por ejemplo, para el problema del VIH se espera que un individuo sepa qué es el sida, qué el VIH, cómo se puede prevenir la infección por el VIH, saber y haber utilizado correcta y eficientemente el preservativo, etcétera. Se espera que disponer de y haber practicado las competencias en el pasado se constituya en un facilitador de la actualización de esas competencias en el presente y de su traducción en la forma de comportamientos de prevención.

Finalmente, el tercer factor tiene que ver con los motivos. Se trata de uno que explícitamente no forma parte del modelo psicológico de salud biológica. Como tal, el de motivos es un concepto disposicional relativo a la elección o preferencia por objetos, eventos u otras personas en una situación en la que hay consecuencias socialmente valoradas. Se habla de los motivos cuando se identifica la direccionalidad del comportamiento y constituyen la descripción genérica de ocurrencias, no de un comportamiento o una acción en particular. En virtud de que las variables motivacionales afectan de manera especial la efectividad de las consecuencias que se dispensan al comportamiento, esto no significa otra cosa que previamente se requiere identificar las operaciones básicas que aseguran la naturaleza motivacional de las consecuencias, casos de la privación o saciedad, por ejemplo (Laraway, Snycerski, Michael & Poling, 2003; Laraway, Snycerski & Poling, 2004; Kantor & Smith, 1975). En ese sentido, decir que una persona se encuentra motivada para practicar determinado comportamiento implica que *quiere* hacer algo en una situación interactiva en la que

¹ A diferencia de lo que Ribes propone en su modelo psicológico de salud biológica, aquí no se le confiere importancia a lo que el autor llamó estilos interactivos vinculados con “competencias”, en particular porque nos parece una clasificación innecesaria si se tiene en cuenta que, aun cuando se plantean como categorías diferentes, ya existe la categoría de “historia de competencias”.

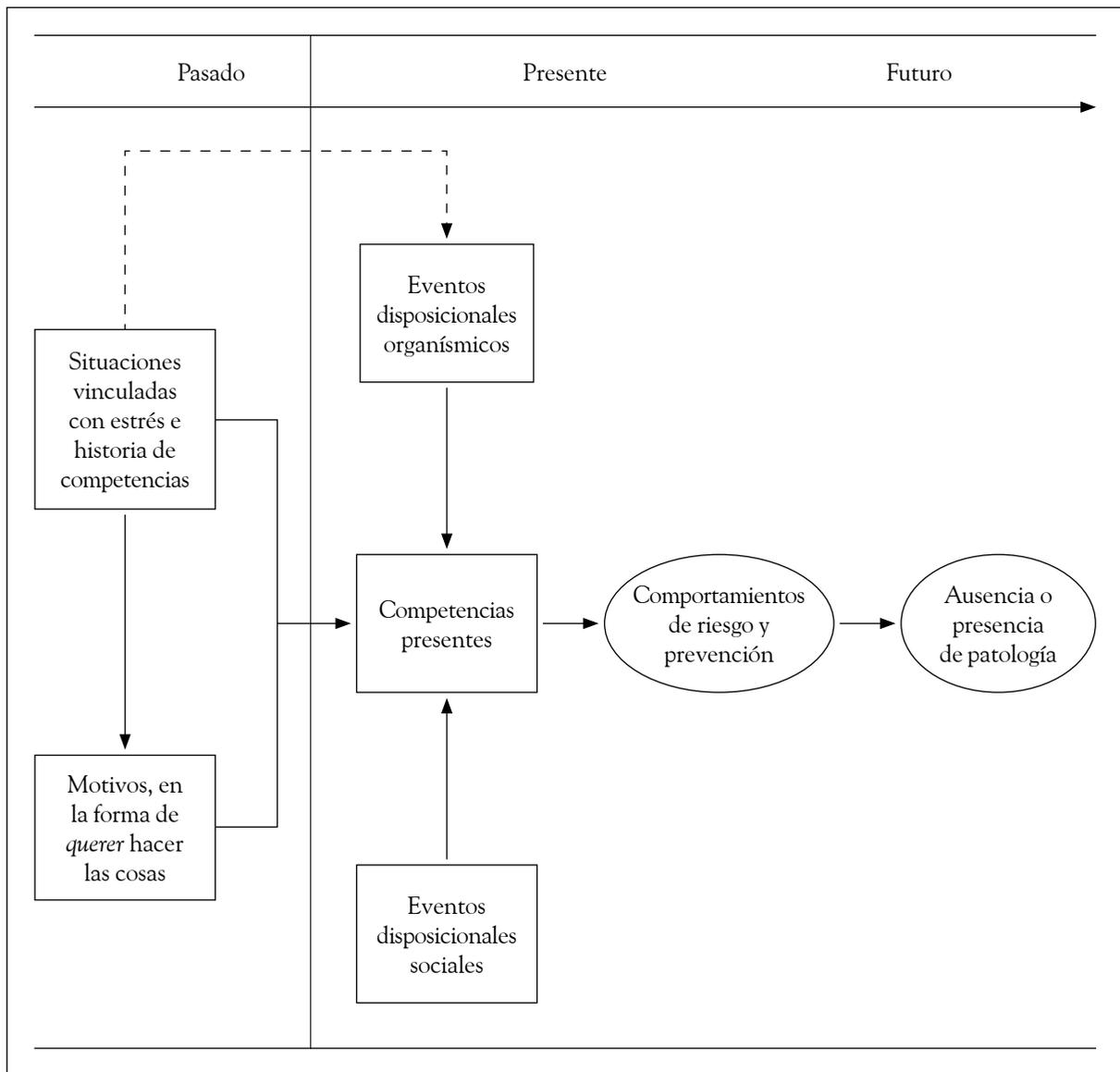


FIGURA 2
Representación gráfica del modelo psicológico en su versión ampliada

el hacer se evalúa como *oportuno* y *pertinente* (Ribes, 2005).

Por lo que hace al segundo momento, el presente, en éste se incluyen cuatro variables: a) los eventos disposicionales orgánicos; b) las competencias presentes; c) los eventos disposicionales sociales, que a su vez comprenden la circunstancia social, el lugar o lugares y otras personas; y d) los comportamientos instrumentales de riesgo o de prevención, como elementos que permiten

“evaluar” e “inferir” la disponibilidad o no de las competencias. Los primeros comprenden tanto la estructura y funcionalidad reactivas genéricas a lo largo del continuo de interacción, como el estado reactivo específico –que permite identificar condiciones iniciales o terminales de cambio– con las que se arriba a una situación, facilitando o impidiendo el ejercicio instrumental de diversos comportamientos. Estas condiciones son: la edad, la alimentación, el sueño, la fatiga, las alteracio-

nes producidas por el consumo de medicamentos o sustancias como alcohol o drogas. Constituyen condiciones que pueden verse afectadas por el comportamiento de una persona en sus contactos con el ambiente, y operar sobre la funcionalidad de los diferentes subsistemas –nervioso, endocrino, inmune, cardiovascular, respiratorio, etcétera–.

Las competencias presentes se pueden concebir como la manifestación de las competencias pasadas en la forma de una diversidad de comportamientos que permiten a una persona, en situaciones interactivas también diversas, ajustarse a criterios de manera eficiente; implican el *saber qué* de las cosas y el *saber cómo* hacer las cosas. Saber, por ejemplo, que consumir cigarrillos en exceso probabiliza el acaecimiento de una enfermedad biológica como el cáncer de pulmón, o que no utilizar preservativo hace probable la infección por el VIH. Se sabe acerca de las cosas, pero se es competente en la medida en que se practican los comportamientos de manera congruente: se evita el consumo de cigarrillos y se utiliza preservativo en todas y cada una de las relaciones sexuales con penetración.

Una situación, desde un punto de vista psicológico, se define como un conjunto o campo de contingencias, es decir, como relaciones de condicionalidad entre eventos y acontecimientos, de los cuales son de interés para la disciplina dos tipos: las acciones de los organismos y personas con respecto al sujeto analizado, así como las acciones de los objetos relativas a las personas (Ribes, 1990). Siendo así, cuando se analiza el comportamiento de alguien en una situación, se deben tener en cuenta la circunstancia social particular en la que se está interactuando –se trate de relaciones familiares, de amistad, de trabajo, de negocio, de aprendizaje, etcétera–, el tipo de escenario o lugar en donde dicha interacción acaece y las personas con las que se entra en contacto, que pueden desempeñar diferentes roles –auspiciador, disposicional, mediador, mediado y regulador de tendencias–. Se trata de variables que en la propuesta interconductual de Kantor (1982) forman parte de los eventos disposicionales de tipo social, que sirven como marco de referencia para el análisis de lo que en la literatura se conoce como conducta social, esto es, como

conducta compartida por dos o más personas ante eventos de estímulo institucionales.

Por último, los comportamientos instrumentales se definen como el conjunto de acciones que directa o indirectamente disminuyen o aumentan el riesgo de que se contraiga una enfermedad biológica. Son comportamientos directos cuando producen el contacto de la persona con eventos que alteran la reactividad, llamados por la biomedicina, entre otros, como agentes patógenos –virus o bacteria, principalmente–, como sería el caso de la infección por VIH al tener relaciones sexuales con penetración con una persona infectada y no haber utilizado preservativo. Los otros incluyen las acciones que, sin producir el contacto específico con agentes patógenos, aumentan la probabilidad de que en el futuro acaezca una enfermedad biológica: fumar o consumir alcohol en exceso, no realizar ejercicio físico dosificado y las prácticas alimentarias inadecuadas, que, como bien se sabe, se relacionan con enfermedades como la diabetes tipo 2, el infarto del miocardio y diferentes tipos de cáncer, por mencionar unas cuantas.

A partir de dichos elementos, lo que se tendría sería lo siguiente. En el primer nivel se ubicaría la interacción entre el organismo –en su sentido reactivo– y el ambiente, que incluiría toda la gama de relaciones preestablecidas como consecuencia de la evolución filo y ontogenética. Supondría una interacción centrada en la adaptación del organismo al ambiente y los ajustes pertinentes a las condiciones de estímulo que provienen del último. En el segundo nivel destaca la participación de la persona comportándose psicológicamente, esto es, mediante las relaciones entre su cuerpo y las circunstancias sociales, relaciones que se manifiestan en la forma de una diversidad de comportamientos que adquieren propiedades funcionales de mediación entre las condiciones reactivas del organismo y los eventos y las condiciones sociales.

Algunas anotaciones finales

Se ha discutido los problemas que hoy en día enfrentan la psicología y salud, que en mucho tienen

que ver con los modelos teóricos que son utilizados al margen de una revisión crítica de su estructura conceptual y su correspondencia empírica con los fenómenos de la salud y la enfermedad (Borja, 2000; Morales & Piña, 1995; Piña & Rivera, 2006). Si bien es evidente la complejidad que entrañan el desarrollo y la validación empírica de los modelos teóricos, este compromiso debe dirigirse hacia la búsqueda de opciones teóricas que garanticen la descripción y explicación coherente y congruente de lo psicológico y de las variables que se relacionan, directa e indirectamente, así como su interacción y efectos potenciales sobre la salud y la enfermedad.

En este contexto se ha planteado la adición de nuevas variables y la reestructuración del modelo psicológico de salud biológica de Ribes, cuya aplicación en el campo de los problemas de salud, y en particular el relacionado con la infección por VIH, ha arrojado resultados promisorios (Amado, Vega, Jiménez & Piña, en prensa; Rivera et al., en prensa). Constituye éste tan sólo una muestra de los trabajos realizados, que se confía con el tiempo servirán de guía para un mejor entendimiento de lo psicológico y su relación con los fenómenos de la salud y la enfermedad.

Será necesario, por supuesto, junto con el análisis del problema de la infección por VIH, conducir otros estudios—de preferencia de tipo longitudinal—sobre otras enfermedades crónicas, con el objeto de identificar cómo interactúan las condiciones orgánicas y sociales con las variables psicológicas del modelo, en especial con las situaciones vinculadas con estrés, motivos y competencias funcionales, y cómo es que dicha interacción facilita el acaecimiento de patologías como el infarto del miocardio, la diabetes *mellitus* y los diferentes tumores malignos, hoy por hoy tres de las principales causas de mortalidad general en nuestro país.

Asimismo, será necesario hacer converger—respetando en todo momento las categorías de análisis y los presupuestos metodológicos correspondientes—el modelo y otros que se inscriben en el marco de las disciplinas biomédicas, en la búsqueda y consolidación de un verdadero quehacer interdisciplinario, que mínimamente arroje luz sobre cómo, por qué y

para qué la colaboración entre profesionales involucrados en un mismo campo puede darle sentido a la prevención de las enfermedades y a la promoción de la salud.

Referencias

- Ader, R. & Cohen, N. (1975). Behaviorally Conditioned Immunosuppression. *Psychosomatic Medicine*, 37, 333-343.
- Ajzen, I. (1985). From Intention to Actions: A Theory of Planned Behavior. En J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action Control: From Cognition to Behavior* (pp. 11-39). Berlin: Springer-Verlag.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Amado, M. A., Vega, B. R., Jiménez, M. C. & Piña, J. A. (en prensa). Factores que influyen en el uso inconsistente de preservativo en mujeres en edad reproductiva de Tunja, Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, 15.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Baranowski, T. (2005). Integration of Two Models, or Dominance of One? *Journal of Health Psychology*, 10, 19-21.
- Besedovski, H. O. & del Rey, A. (2007). Physiology of Psychoneuroimmunology: A Personal View. *Brian, Behavior and Immunity*, 21, 34-44.
- Becker, M. H. (1974). Health Belief Model and Personal Health Behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324-408.
- Bernard, C. (1976). *Introducción al estudio de la medicina experimental*. Barcelona: Fontanella.
- Borja, J. (2000). Psicología, salud, ciencia y tecnología. *Psicología y Salud*, 10, 15-28.
- Bourdieu, P. (1983). *El oficio de sociólogo*. México: Siglo XXI.
- Brady, J. & Harris, A. (1983). La producción experimental de estados fisiológicos alterados. Modelos conductuales concurrentes y contingentes. En W. K. Honig & J. E. R. Staddon (Eds.), *Manual de conducta operante* (pp. 794-824). México, DF: Trillas.

- Brosschot, J. F., Benschop, R. J., Godaert, G. L. R., De Emet, M. B. M., Olff, M., Heinen, C. J. & Balleux, R. E. (1992). Effects of Experimental Psychological Stress on Distributions and Function of Peripheral Blood Cells. *Psychosomatic Medicine*, 54, 394-406.
- Chen, Y. Y., Gilligan, S., Coups, E. J. & Contrada, R. J. (2005). Hostility and Perceived Support: Interactive Effects on Cardiovascular Reactivity to Laboratory Stressors. *Annals of Behavioral Medicine*, 29, 37-43.
- Cohen, S. & Herbert, T. B. (1996). Health Psychology: Psychological Factors and Physical Disease from the Perspective of Human Psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 47, 113-142.
- Díaz-González, E., Rodríguez, M. L., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R. & Robles, S. (2005). Descripción de un instrumento para la evaluación de competencias funcionales relacionadas con el VIH-SIDA. *Psicología y Salud*, 15, 5-12.
- Doval, E., Viladrich, C. & Riba, M. D. (1998). Estudio de las diferencias individuales en el riesgo asumido en decisiones consecutivas. *Revista Mexicana de Psicología*, 15, 83-93.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Gerritsen, W., Heijnen, C. J., Wegant, V. M., Bermond, B. & Frijda, N. H. (1996). Experimental Social Fear: Immunological, Hormonal, and Autonomic Concomitants. *Psychosomatic Medicine*, 58, 273-286.
- Kantor, J. R. (1959). *Interbehavioral Psychology*. Bloomington, IN: Principia Press.
- Kantor, J. R. (1982). *Cultural Psychology*. Chicago, IL: Principia Press.
- Kantor, J. R. & Smith, N. W. (1975). *The Science of Psychology: An Interbehavioral Survey*. Chicago, IL: Principia Press.
- Laraway, S., Snyckerski, S., Michael, J. & Poling, A. (2003). Motivating Operations and Terms to Describe Them: Some Further Refinements. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36, 407-414.
- Laraway, S., Snyckerski, 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: Universidad de Guadalajara.
- Maturana, H. (1989). Todo lo dice un observador. En W. I. Thompson (Ed), *GAIA. Implicaciones de la nueva biología* (pp. 63-79). Barcelona: Kairós.
- Miller, G. E., Cohen, S. & Ritchey, A. K. (2002). Chronic Psychological Stress and Regulation of Pro-inflammatory Cytokines: A Glucocorticoid-resistance Model. *Health Psychology*, 21, 531-541.
- Morales, F. & Piña, J. A. (1995). Psicología y salud en el siglo XX: aproximación desde la psicología como disciplina y profesión. *Psicología y Salud*, 6, 143-156.
- Moreno, D., García, G. R., Rodríguez, M. L., Díaz-González, E., Robles, S., Frías, B., Rodríguez, M. & Barroso, R. (2007). Evaluación de competencias funcionales en pacientes seropositivos: un estudio piloto. *Psicología y Salud*, 17, 165-177.
- Moreno, L., Hernández, J. M., García-Leal, O. & Santacreu, J. (2000). Un test informatizado para la evaluación de la tolerancia a la frustración. *Anales de Psicología*, 16, 143-155.
- Ogden, J. (2003). Some Problems with Social Cognition Models: A Pragmatic and Conceptual Analysis. *Health Psychology*, 22, 424-428.
- Peralta, C. E. & Rodríguez, M. L. (2007). Relación del uso de condón con factores disposicionales y mediacionales en adolescentes. *Psicología y Salud*, 17, 179-189.
- Piña, J. A. (2003). Validación de un instrumento para medir competencias conductuales en personas VIH positivas. *Salud Pública de México*, 45, 293-297.
- Piña, J. A. & Corral, V. (2001). Conocimientos y motivos asociados a comportamientos de riesgo y prevención relacionados con el SIDA. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 19, 7-24.
- Piña, J. A., Corrales, A. E. & Rascón, R. A. (s. f.). Determinants of Medication-Consumption Behavior among People with HIV: A Gender-based analysis. *Journal of Psychosomatic Research* (en revisión).
- 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.

- Piña, J. A., Rivera, B. M., Corrales, A. E., Mungaray, K. & Valencia, M.A. (2006). ¿Influye el tiempo de infección en meses sobre predictores psicológicos de comportamientos de adhesión en una muestra de pacientes VIH+? *Terapia Psicológica*, 24, 183-190.
- Piña, J. A. & Sánchez-Sosa, J.J. (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas que viven con VIH/Sida. *Universitas Psychologica*, 6, 399-407.
- Piña, J. A., Torres, A. M. & Fierros, L. E. (s. f.). Stress-related Situations as Predictors of Adherence-to-medication Behavior among Women with Type 2 diabetes. *International Journal of Hispanic Psychology*, 1 (aceptado para publicación).
- 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). La psicología cognoscitiva y el conocimiento de otras mentes. *Acta Comportamentalia*, 12, 7-21.
- Ribes, E. (2005). ¿Qué es lo que se debe medir en psicología? La cuestión de las diferencias individuales. *Acta Comportamentalia*, 13, 37-52.
- Ribes, E., Díaz-González, E., Rodríguez, M. L. & Landa, P. (1986). El análisis contingencial: una alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento. *Cuadernos de Psicología*, 8, 118-126.
- Ribes, E. & López, F. (1985). *Teoría de la conducta: Un análisis de campo y paramétrico*. México, DF: Trillas.
- Ribes, E. & Sánchez, S. (1990). El problema de las diferencias individuales: un análisis conceptual de la personalidad. En E. Ribes. *Psicología general* (pp. 231-253). México, DF: Trillas.
- Ribes, E. & Sánchez, S. (1992). Individual Behavior Consistencies as Interactive Styles: Their Relation to Personality. *The Psychological Record*, 42, 369-387.
- Rivera, B. M., Fierros, L. E., Piña, J. A., Mungaray, K., Valencia, M. A. & Vázquez, R. L. (en prensa). Evaluación de comportamientos sexuales de riesgo en hombres y mujeres universitarios. En J. A. Piña & J. J. Sánchez-Sosa (Coords.), *Aportaciones de la psicología al problema de la infección por VIH: investigación e intervención*. México, DF: UniSon-Plaza y Valdez-UNAM.
- Robles, S. & Moreno, D. (2000). Evaluación de prácticas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios. *La psicología social en México*. (vol. 8; pp. 748-755). México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Robles, S., Piña, J. A. & Moreno, D. (2006). Determinantes del uso inconsistente de condón en mujeres que tienen sexo vaginal, anal y oral. *Anales de Psicología*, 22, 200-204.
- Roca, J. (1993). *Psicología: Un enfoque naturalista*. México: Universidad de Guadalajara.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- Santacreu, J. & García, O. (2000). La utilización de test comportamentales informatizados en el estudio de la personalidad: la evaluación de la persistencia. *Psicothema*, 12, 93-98.
- Santé, L. & Santacreu, J. (2001). La eficacia (o la suerte) como moduladora en la evaluación del estilo interactivo tendencia al riesgo. *Acta Comportamentalia*, 9, 463-486.
- Segerstrom, S. C. & Miller, G. E. (2004). Psychological Stress and Human Immune System: A Meta-analytic Study of 30 Years of Inquiry. *Psychological Bulletin*, 130, 601-630.
- Seyle, H. (1950). *The Physiology and Pathology of Exposure to Stress*. Montreal: Acta.
- Seyle, H. (1956). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill.
- Viladrich, C. & Doval, E. (1992, octubre). *Las ganancias acumuladas en el juego como predictor del riesgo asumido*. Memorias del I Congreso Internacional sobre Conductismo y las Ciencias de la Conducta, Guadalajara, México.
- Viladrich, C. & Doval, E. (1995, diciembre). *Relación entre el estilo interactivo: la eficacia individual en la toma de decisiones con riesgo*. Memorias del IV Congreso Internacional Latini Dies, Guadalajara, México.
- Weinstein, N. D. (2007). Misleading Test of Health Behavior Theories. *Annals of Behavioral Medicine*, 33, 1-10.

Wilson, P. W. F., D' Agostino, R. B., Levy, D., Belanger, A. M., Silbershatz, H. & Kannel, W. B. (1998). Prediction of Coronary Heart Disease using Risk Factors Categories. *Circulation*, 97, 1837-1847.