

Psicología y Salud (II): tendiendo puentes entre la Psicología Básica y la Aplicada. El rol del fenómeno de personalidad

Julio Alfonso Piña López¹
Luis Enrique Fierros Dávila²
Universidad de Sonora, México

Cirilo H. García Cadena³
Universidad Autónoma de Nuevo León, México

José Luis Ybarra Sagarduy⁴
Universidad Autónoma de Tamaulipas, México

Recibido: 24/01/2011

Revisado: 26/03/2011

Aceptado: 28/03/2011

Resumen

Una parte importante del contenido de lo psicológico en la salud y la enfermedad tiene que ver con la conducta de una persona en lo individual, es decir, con el fenómeno de personalidad. Sin una caracterización apropiada de este fenómeno se dificulta el cumplimiento de dos tareas sustantivas en la Psicología y Salud, a saber: 1) *identificar* y *evaluar* lo que una persona ha hecho en el pasado, de manera estable y consistente a lo largo del tiempo y entre situaciones, y 2) *traducir* los hallazgos en programas de prevención primaria, susceptibles de ser replicados bajo distintas condiciones y en diferentes escenarios. Con la finalidad de dar seguimiento a lo expuesto en un artículo previo (Piña, Ybarra, Alcalá y Samaniego, 2010), el presente trabajo se planteó con el objetivo de discutir por qué en el ámbito de la salud es fundamental que los modelos teóricos incluyan un conjunto debidamente articulado de categorías y conceptos que permitan vincular los niveles básico y aplicado, así como lo psicológico con los fenómenos de la salud y la enfermedad, dentro de los que se destaca el de personalidad.

Palabras clave. Psicología, salud, modelos teóricos, personalidad, prevención primaria.

Abstract

An important part of the psychological aspect in health and sickness has to do with the conduct of a person as an individual, that is to say, with the phenomenon of personality. Without an appropriate characterization of this phenomenon, compliance with two fundamental tasks in psychology and health is made difficult. These are 1) to *identify* and *evaluate* what a person has done in the past in a stable and consistent way over

¹ Investigador Independiente. Correspondencia: ja.pina@yahoo.com.mx

² Escuela de Psicología. Universidad de Sonora, México. Correspondencia: lfierros@psicom.uson.mx

³ Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Nuevo León, México. Correspondencia: garicimx@yahoo.com.mx

⁴ Unidad de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano. Universidad Autónoma de Tamaulipas, México. Correspondencia: jsagarduy@gmail.com

a period of time and between situations, and 2) to *translate* the findings into programs of primary prevention, able to be reproduced under different conditions and in different scenarios. With the purpose of following up what was stated in a previous article (Piña, Ybarra, Alcalá y Samaniego, 2010), this study was proposed with the objective of discussing why, in the context of health, it is fundamental that theoretical models include a properly coordinated set of categories and concepts which allow basic and applied levels to be linked, as well as the psychological aspect with the phenomena of health and sickness, among those which highlight personality.

Keywords. Psychology, Health, Personality, Theoretical Models, Primary Prevention.

Resumo

Uma parte importante do conteúdo do psicológico na saúde e a doença têm a ver com a conduta de uma pessoa no indivíduo, é dizer, com o fenômeno da personalidade. Sem uma caracterização apropriada de este fenômeno é difícil o cumprimento de duas tarefas substantivas na psicologia e saúde, que são as seguintes: 1) *identificar e avaliar* o que uma pessoa tem feito no passado de maneira estável e consiste ao longo do tempo e entre situações, e 2) *traduzir* os descobrimentos em programas de prevenção primária susceptíveis de serem replicados baixos diferentes condições e distintos cenários. Com a finalidade de dar seguimento ao exposto num artigo prévio (Piña, Ybarra, Alcalá y Samaniego, 2010), o presente trabalho foi planejado com o escopo de discutir por que no âmbito da saúde é fundamental que os modelos teóricos incluam um conjunto devidamente articulado de categorias e conceitos que permitam vincular os níveis básico e aplicado; assim como o psicológico com os fenômenos da saúde e a doença, dentro dos que é destacado o de personalidade.

Palavras chave. Psicologia, saúde, modelos teóricos, personalidade, prevenção primária.

Introducción

Por razones peculiares vinculadas con su nacimiento y posterior desarrollo, el campo de actuación, conocido como Psicología y Salud representa al día de hoy un motivo de profunda inquietud en lo teórico-conceptual y en lo empírico. En efecto, no sólo se ha vuelto cada vez más evidente la fragante confusión que ha resultado de la equívoca unión entre la Psicología Clínica y la Psicología y Salud, sino también el surgimiento de ciertas propuestas —llámensele teorías o modelos—. En la mayoría de los casos, estas propuestas se distinguen por: a) la definición incorrecta de aquello que se presume que es lo psicológico; b) la carencia de un discurso articulado en lo conceptual, comprometiendo con ello la estructura interna de esas teorías o modelos, y c) la consiguiente dificultad para fijar las reglas de correspondencia al momento de relacionar lo psicológico con los fenómenos de la salud y la enfermedad (Piña, 2003; Piña y Rivera, 2006).

¿Qué implicaciones tiene el que, pasadas más de tres décadas del nacimiento formal de

la Psicología y Salud, lo anterior siga teniendo vigencia? La respuesta, a nuestro modo de entender las cosas es simple: que gradualmente se va diluyendo la posibilidad de dar vida a un campo de actuación con *estatuto propio*. Esto es, un campo de actuación que en definitiva rompa con la tradición impuesta por la Psicología Clínica y la orientación clínico-patológica que le subyace (véase Goldiamond, 1974), pero sobre todo, uno en el que adquieran especial significación el diseño y validación empírica de modelos teóricos debidamente articulados en lo conceptual.

Éstos deben ser modelos que cuenten con un conjunto de categorías y conceptos que permitan vincular de manera expresa los niveles básico y aplicado, así como lo psicológico con los fenómenos de la salud y la enfermedad. ¿A qué categorías y conceptos nos referimos? Con base en el planteamiento original de Ryle (1949), nos referimos a las categorías disposicionales de *tendencias* —donde adquiere significación el concepto de personalidad—, de *inclinaciones y propensiones* —cuyo ejemplo conspicuo se tiene con el concepto de motivos o de motivación en su acepción

tradicional— y las *modales* —representadas por el concepto de competencias conductuales—. Por su importancia, y dados los propósitos que se persiguen en este trabajo, centraremos nuestra atención en la primera de esas categorías y en el concepto de personalidad.

En virtud de lo antes expuesto, y para dar seguimiento a lo analizado en un artículo reciente (véase Piña, Ybarra, Alcalá y Samaniego, 2010), el presente trabajo se planteó con el objetivo de discutir por qué en las actuales circunstancias resulta de primordial importancia que las teorías o modelos en Psicología y Salud cuenten con un conjunto debidamente articulado de categorías y conceptos que permitan vincular lo básico y lo aplicado, de igual manera, que lo psicológico con los fenómenos de la salud y la enfermedad. Para ello, el trabajo se desarrollará considerando dos grandes rubros: en el primero, se examina el quehacer psicológico que es de interés en ambos niveles, destacando el rol de las categorías y conceptos tipo *interfase* o *punto de unión*. En el segundo, la función lógica del concepto de personalidad, que junto con los motivos y competencias conductuales constituyen los ejemplos conspicuos de conceptos tipo *interfase* o *punto de unión* en la Psicología.

Tendiendo puentes entre lo básico y lo aplicado

Como es bien sabido, el conocimiento científico *no* se aplica de manera directa sobre los problemas que enfrenta el profesional de la psicología en la cotidianeidad. Es decir, el profesional no se apropia del conocimiento obtenido en el nivel básico y lo traslada sin más, de manera arbitraria, a los ámbitos en los que tiene sentido su posterior aplicación, a saber, los de salud, educación, ambiente, trabajo y convivencia social.

Antes que otra cosa, es necesario que entre uno y otro nivel se tiendan puentes cuya función primordial sería la de vincular ambos niveles, sin que se vea afectado el cumplimiento de sus compromisos sustantivos. Compromisos relacionados con la generación de conocimiento científico y tecnológico-práctico, respectivamente. Por decirlo en palabras llanas, estos puentes se “representarían” con base en las categorías y conceptos previamente mencionados. Sin embargo, habría que subrayar que el conocimiento psicológico potencialmente aplicable a los problemas de salud no sólo debe sustentarse teóricamente, sino que también requiere

seguir determinadas reglas; en palabras de Ribes (2009a): la *ciencia* hace preguntas, mientras que la *tecnología* ofrece soluciones.

Siguiendo este planteamiento, supongamos que por un momento se acepta que lo psicológico tiene que ver con la conducta, y ésta a su vez con lo que las personas dicen, sienten y hacen en la cotidianeidad; también, que por su propia naturaleza lo psicológico tiene que ver con la interacción de una persona una vez que entra en contacto con objetos, eventos u otras personas en determinada circunstancia social. Finalmente, supongamos que lo psicológico ocurre siempre como *ajuste funcional* entre la actividad que despliega una persona y su interacción con el ambiente físico-químico, ecológico y/o social o sus partes.

Lo que distinguiría al análisis de lo psicológico en este nivel sería la búsqueda del orden y la regularidad en el acontecer de los eventos. De acuerdo con Ribes y López (1985), el *orden*, concebido como una cierta *regularidad* en el acontecer de los eventos, es posible dentro del universo de lo abstracto y lo general, pues únicamente lo que es conceptualizado en dichos términos puede ocurrir de manera regular. De esto se desprende que ese nivel de análisis y su compromiso con la búsqueda del orden y la regularidad constituyan los elementos fundamentales sobre los que se justifica tanto la formulación inicial, como la posterior concreción y validación empírica de una teoría general y sobre la conducta psicológica.

Por consiguiente, en dicho nivel de análisis no hay cabida para el abordaje del fenómeno de personalidad, en el que, a diferencia de lo que ocurre en una teoría general, interesa identificar y evaluar la *estabilidad* y la *consistencia* en la conducta de una persona en lo *individual* (Fierro, 1982; Roberts, 2007). Según Ribes (2009b), la personalidad es un concepto que adquiere significación en la teorización psicológica si, y sólo si, se aplica a la descripción y al análisis del conjunto de características que hacen única a una persona en tanto que individuo, a la vez que diferente de otras personas. En tal sentido, una propuesta sobre el fenómeno de personalidad se relacionaría con una teoría general de la conducta, en la medida en que recuperaría de ésta una lógica y un modo particular sobre cómo “ver” y “comprender” los fenómenos psicológicos.

En el caso concreto de la Teoría de la Conducta de Ribes y López (1985) y la teorización sobre el fenómeno de personalidad, esta lógica es la de

campo. En los términos en que fue desarrollada, originalmente por Kantor (1959), dicha lógica se caracteriza, entre otras cosas, porque se reconoce que: a) para el análisis de los fenómenos psicológicos es necesario partir de la noción de causalidad interdependiente entre las acciones del organismo y los objetos, eventos y otras personas del ambiente, y b) hay diferencias en la función lógica de cada uno de los conceptos implicados en la estructura de las distintas teorías o modelos potencialmente aplicables a los fenómenos sociales.

Es justo lo consignado en el segundo inciso sobre lo que interesa discutir aquí; pues si bien es cierto que en la literatura nos podemos encontrar con una importante cantidad de trabajos en los que el fenómeno de personalidad se ha afirmado como el nodo de los análisis y las posteriores discusiones (Kubzansky, Martin y Buka, 2009; Ribes, 2009b; Romero, 2005; Walker y Winter, 2007), el problema de fondo sigue siendo el mismo: cómo es que se le define y cuál es la función lógica que se le asigna una vez que se hace uso del concepto en la Psicología y Salud.

La función lógica del concepto de personalidad en la Psicología y Salud

En la última década, se ha renovado el interés por esclarecer hasta qué punto las múltiples propuestas —teorías o modelos— en Psicología y Salud han cumplido con el cometido de dar cuenta de lo psicológico y de su relación con los fenómenos de la salud y la enfermedad. En general, los análisis realizados han girado en torno de si esas teorías o modelos deben:

- a) centrarse en la persona y sus características individuales, tal y como se les conciben en los modelos tradicionales —dentro los que destacan el de creencias en salud (Janz y Becker, 1984), de la acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975) y de la conducta planeada (Ajzen, 1985) —. Nos referimos a aquellas características que incluyen a fenómenos tales como las creencias, actitudes, intención conductual, control conductual percibido, autoeficacia, etcétera.
- b) o ir más allá de la persona comportándose en lo individual, incorporando para dicho fin a categorías como las de *identidad social* (Haslam, Jetten, Postmes y Haslam, 2009), *constructivismo social* (Marks, 2008), *contextos*

ecológico-sociales (Fisher, 2008) o la de *cultura* (Rüdell y Diefenbach, 2008).

Ahora bien, a nuestro parecer lo que se tendría que discutir, en principio, al menos en lo que concierne a los modelos tradicionales, es si el énfasis se coloca en la persona comportándose en lo individual; o en su defecto, si el uso que se hace de las palabras “persona” y/o “personalidad” no hace sino ocultar el hecho de que toda definición y todo análisis que se realizan sobre la conducta, invariablemente se justifican en términos actuariales o poblacionales. Lo que nos gustaría dejar claro sobre esto último, es que hay una enorme diferencia entre el análisis de la conducta individual y aquel que se realiza en términos actuariales o poblacionales.

Partiendo de que lo individual sólo tiene sentido cuando se hace referencia al fenómeno de personalidad, es decir, si Juan es Juan, lo que cabría esperar es que éste en la manifestación práctica y cotidiana de su individualidad —en el sentido de que su conducta es única, singular e idiosincrásica— se comporte de manera diferente a Ana, Lidia, Manuel, María, Pedro, etcétera. Esta manifestación de la individualidad de Juan debería entenderse entonces como lo menciona Ribes (2009b):

"(...) resultado o consecuencia de consistencias o invarianzas de comportamiento de cada individuo respecto de sí mismo. De este modo, las diferencias entre individuos pueden conceptuarse como un indicador secundario de las consistencias intra-individuales en el comportamiento, como consistencias en las que el individuo constituye su propio marco de comparación. Estas consistencias intraindividuales son la resultante de la acción de los procesos universales que rigen el comportamiento de todos los individuos y, por consiguiente, no constituyen entidades o procesos en sí mismos con atribuciones causales sobre el comportamiento" (pp. 146-147).

Dado que la individualidad es, digámoslo en palabras llanas, “algo muy propio” de uno como persona, su estudio se torna pertinente en la Psicología si, y sólo si, se le identifica y evalúa a partir de la conducta que se mantiene estable y consistente a lo largo del tiempo y entre situaciones. En tal virtud, el interés que subyace al fenómeno de personalidad y su conceptualización, sería el

de reconocer la *especificidad biográfica* de cada persona en lo individual, comparada consigo mismo y respecto de otras personas, que corresponderían a lo que Rubio, Santacreu y Hernández (2004) han dado en llamar las consistencias *intra*-individuales e *inter*-individuales, respectivamente.

Siguiendo esta lógica teórica y conceptual podemos ubicar sendos estudios conducidos por Ribes y colaboradores (véanse Ribes, Contreras, Martínez, Doval y Viladrich, 2005; Ribes y Sánchez, 1992), sobre el fenómeno de personalidad y la identificación y evaluación del estilo interactivo, conocido como *tendencia al riesgo*. Los hallazgos que a su juicio permiten avalar los supuestos teóricos considerados por Ribes y Sánchez (1990), sugieren que se observaron consistencias individuales en cada persona, tanto en lo que hace a las medidas repetidas con un intervalo en una misma tarea, como en lo que toca a evaluaciones simultáneas en dos tareas distintas, pero que comparten la misma estructura contingencial. En síntesis, según los autores, es posible hablar de la estabilidad y la

consistencia en la conducta de las personas a lo largo del tiempo y entre situaciones.

¿Qué importancia tienen esos hallazgos en el contexto del presente trabajo? Para responder a esta pregunta plantearemos el asunto de la siguiente manera: si convenimos en que es posible estudiar sistemáticamente el ámbito de lo individual, de ello se colige que el de personalidad formaría parte del conjunto de conceptos centrales en la teorización psicológica sobre el fenómeno. Empero, sobre ello es necesario aclarar que no estamos refiriéndonos a una teoría formal, en el mismo sentido en el que lo hicimos en el apartado previo, cuando aludimos a una teoría general de la conducta psicológica; nos referimos, por el contrario, a la función lógica que se le debería asignar al concepto de personalidad, como categoría tipo *interfase* o *punto de unión* para vincular a esa teoría general con los modelos potencialmente aplicables en la Psicología y Salud, así como a lo propiamente psicológico con los fenómenos de la salud y la enfermedad, según lo que se muestra en la Figura 1.

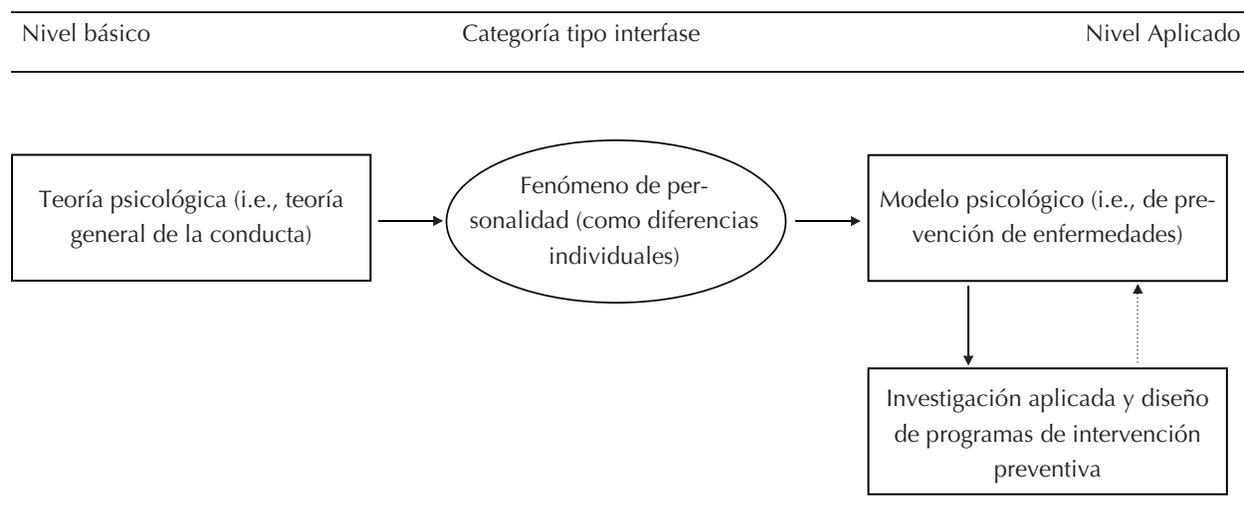


Figura 1. El fenómeno de personalidad y su rol como categoría tipo interfase en la Psicología y Salud.

Nótese que se subraya la función de servir como interfase o puente, porque para la aplicación del conocimiento psicológico es necesario contar con el soporte provisto por una teoría general de la conducta, y adicionalmente, con una caracterización apropiada del fenómeno de personalidad. Aquí

es necesario resaltar que sin esta última, se vería seriamente limitada la posibilidad de *predecir*, con una dosis razonable de certeza, cuán probable es que una persona se comporte de determinada manera a lo largo de una interacción o en distintas situaciones.

La clave, tal y como se deduce de lo antes dicho, se encuentra en el rol de predicción que debería distinguir al concepto de personalidad. En efecto, si en el caso que nos ocupa estamos hablando de problemas de salud, éstos únicamente se pueden *prevenir* en la medida en que se pueda *predecir* qué se ha hecho antes de manera estable y consistente, en qué situaciones y ante qué personas. Y es justo aquí donde tiene sentido el concepto de personalidad, en su rol como categoría tipo interfase o puente, y por extensión, en su rol como predictor de las conductas en el presente y en el futuro.

Ello tiene que ser así, pues retomando a Ryle (1949), las *categorías disposicionales* no describen ocurrencias particulares o comportamientos aislados; describen *tendencias* de comportamiento, esto es, patrones consistentes de conducta a lo largo del tiempo y entre situaciones. Describen también lo que una persona se *inclina* o es *propensa* a hacer (motivos que subyacen a la conducta), o lo que *puede* hacer en un cierto tipo de situación (desempeño competencial). Y si este es entonces el rol central de las categorías disposicionales, el concepto de personalidad, que forma parte de las categorías de tendencia, satisface el criterio de servir como interfase o puente y como potencial predictor de lo que una persona eventualmente hará en el futuro, en otro tiempo y en otra situación interactiva.

Quizá por las razones aludidas no resulte difícil entender por qué, por ejemplo, respecto del problema de la infección por el VIH/SIDA, de un total de 13 teorías o modelos que fueron analizados por Noar (2007), tan sólo en dos de ellos se encontró la presencia explícita del concepto de personalidad como parte de su estructura conceptual: en el modelo integrador para el cambio conductual de Fishbein (2000) y en el de dominio múltiple de Noar, Zimmerman, Palmgreen, Lustria y Horosewski (2006). Ciertamente, lo que restaría por averiguar es si ese concepto de personalidad que se ha añadido a la estructura conceptual de determinada teoría o modelo, guarda en realidad o no correspondencia con el resto de conceptos.

Al menos en lo que hace al modelo integrador de Fishbein, esa correspondencia interna es nula, pues no sólo se confunde una tendencia de conducta —en los términos previamente analizados, en el sentido de que una persona *tiende* a hacer algo de manera estable y consistente— con la especificación de rasgos o estados, sino que también el autor incurre en una segunda confusión: al no definir el

mencionado concepto de personalidad, lo termina igualando con otros conceptos que no tienen que ver con nada entre sí, como serían los de humor y emociones —. Los cuales formarían parte de las variables *distales* en su modelo; mientras que el de personalidad es un concepto que forma parte de las categorías de *tendencia*. Estos dos últimos forman parte de lo que Ryle agrupó como parte del lenguaje de la emotividad, en el que se incluyen conceptos como los motivos, los estados de ánimo las conmociones y los sentimientos, aclarando que los tres primeros no son actos ni estados, sino propensiones, en tanto que los sentimientos son acontecimientos (Piña, en preparación).

En síntesis, no siempre el añadido de uno o más conceptos a la estructura conceptual en las teorías o modelos aplicados en Psicología y Salud garantiza la *congruencia* —validez interna entre el conjunto de conceptos— y la *coherencia* —validez externa, en el sentido de hacer corresponder el lenguaje conceptual con el lenguaje de los datos o de los hechos, propiamente dichos— en el discurso psicológico respecto a los fenómenos de la salud y la enfermedad.

Por tanto, se puede observar en la Figura 1 la propuesta de una continuidad teórica que iría del nivel básico al aplicado, partiendo de una teoría general de la conducta (Ribes y López, 1985) y una sobre el fenómeno de personalidad (Ribes y Sánchez, 1990), para culminar en el nivel aplicado con un modelo teórico, como podría ser el de prevención de enfermedades (Piña, 2008), deudor del modelo psicológico de salud biológica de Ribes (1990). Como en esta continuidad se procura un respecto cabal de las reglas lógicas y conceptuales ya discutidas, por extensión, la probabilidad de que se mantenga un discurso que cumpla con los criterios de validez interna y externa será mayor. No se trata, pues, como recién se comentó en el párrafo previo, de ir incorporando conceptos sin ton ni son a las teorías o modelos, sólo por el simple hecho de que los autores consideren que se pueden mezclar conceptos provenientes de diferentes teorías generales, como si con ello se estuviese garantizando ese respeto cabal de la congruencia y la coherencia.

Conclusiones

Uno de los problemas más apremiantes que enfrentamos hoy día en el campo de actuación, conocido como Psicología y Salud, tiene que ver

tanto con la forma en que se define lo psicológico, como con la manera en que se le relaciona con los fenómenos de la salud y la enfermedad. En este trabajo hemos destacado la necesidad de que los modelos teóricos potencialmente aplicables a ambos fenómenos deben distinguirse por incluir un conjunto de categorías y conceptos que nos permitan vincular expresamente los fenómenos básicos con los aplicados, y en otro momento, la salud con la enfermedad desde lo propiamente psicológico (léanse Ardila, 1997; Fernández, 1993).

Hemos subrayado, asimismo, la importancia de considerar el fenómeno de personalidad y su caracterización como una categoría conceptual tipo *interfase* o *punte*. Lo anterior, poniendo el énfasis en aquello que, a partir de la biografía psicológica, haría a una persona diferente del resto. En este punto, se hizo mención a lo que interesaría del fenómeno —la estabilidad y la consistencia— y cómo se distingue de otros fenómenos que también tienen que ver con las diferencias conductuales —en el caso de los motivos y el desempeño competencial—.

Sin embargo, antes de proseguir consideramos oportuno hacer dos precisiones. Primero, que ante la notoria carencia de una caracterización apropiada del fenómeno y de la correcta definición del concepto de personalidad en las teorías o modelos tradicionales en Psicología y Salud, habría que tener especial cuidado al momento de interpretar los datos obtenidos en las investigaciones. Esto en el sentido de evitar arribar a conclusiones infundadas al confundir el uso que se hace de la noción de predicción en el campo de actuación. En efecto, tal y como se desprende del análisis que se ha hecho tanto del fenómeno como del concepto de personalidad, para fines prácticos sólo se puede *prevenir* un problema de salud en la medida en que se le pueda *predecir*, hablando conceptualmente, no estadísticamente.

Lo que queremos subrayar con lo antes dicho, es que se ha vuelto moneda corriente “validar” o “certificar” a los modelos teóricos a través del empleo de procedimientos estadísticos que incluyen las correlaciones y los análisis de regresión (Lipke y Ziegelman, 2008; Nigg y Jordan, 2005; Weinstein y Rothman, 2005), sin que tal proceso vaya acompañado de un riguroso examen de la estructura conceptual de cada teoría o modelo. No en balde, como correctamente han señalado Baranowski (2005) y Jeffery (2004), habría que

aceptar que esas teorías o modelos tradicionales, plagados de conceptos de corte cognoscitivo, no hacen sino difícil la tarea de definirlos, medirlos y de predecir con una dosis razonable de certeza qué harán las personas en determinada situación.

Segundo, aun cuando hemos argumentado a favor del fenómeno de personalidad, es también necesario aclarar que lo hicimos a partir de su ausencia manifiesta —tanto de su caracterización categorial como conceptual— en la mayoría de las teorías o modelos en Psicología y Salud, como por ejemplo, el de creencias en salud, el de la acción razonada o el de la conducta planeada, por mencionar a tres de los más conocidos.

Con ello, lo que estamos sugiriendo es que, de acuerdo con lo que se muestra en la Figura 2, desde el momento mismo en que se reconoce la existencia de múltiples niveles de análisis de la conducta humana —iniciando con el individual para culminar con el social, en su más amplia acepción—, resulta evidente que para los fines de una predicción y una comprensión más completa de las variables que eventualmente pueden afectar a la conducta de las personas con relación al cuidado, mantenimiento, pérdida y/o recuperación de su salud, habría también que considerar otras variables. Nos referimos fundamentalmente a aquellas que formarían parte de los ámbitos de lo *para-social* y lo sociocultural. No obstante y siguiendo justo lo discutido en el apartado previo, el *quid* del asunto nos tendría que conducir a una discusión más amplia en torno a los criterios que habría que considerar para estar en una inmejorable posición de integrar, con *sentido lógico* (esto es, con *sentido teórico*), los distintos niveles de análisis de la conducta. Por ejemplo, debería quedar claro que en virtud de que toda conducta humana ocurre en sociedad, a la par que se le aborda en su modalidad individual, también es prioritario identificar y analizar aquellas modalidades que implican sistemas o relaciones más generales. Modalidades tales como las de intercambio —que ubicamos en el ámbito de lo *para-social*—, en las que adquieren significación teórica fenómenos como la comunicación y cooperación. En la misma dirección podríamos mencionar las normas, costumbres y demás, que sin lugar a dudas prescriben y regulan la adquisición y puesta en práctica de las competencias de las personas en el plano individual (Ribes y López, 1985).

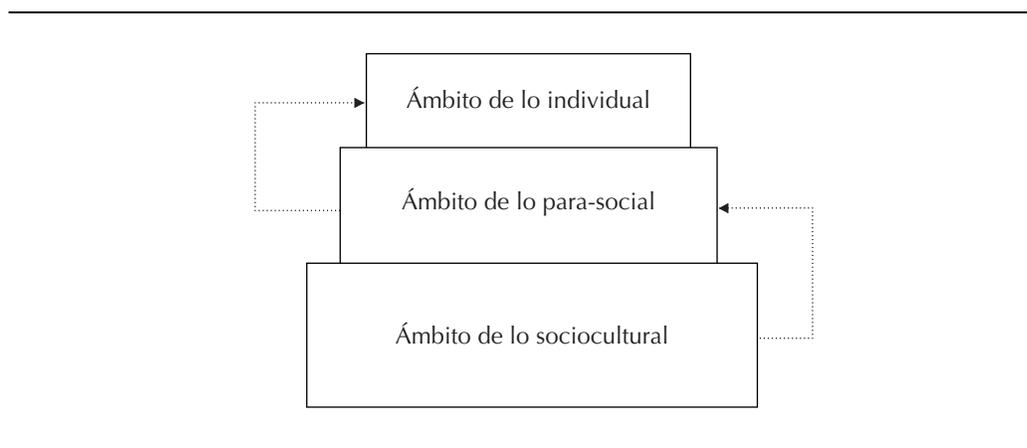


Figura 2. Ámbitos de significación en la salud y la enfermedad.

No tenemos la menor duda de que, en la medida en que se avance en el desarrollo de una propuesta debidamente articulada en lo teórico y en lo conceptual —en la que adquiera particular relevancia el respeto cabal en el uso de las categorías y conceptos—, será en la misma medida en que iremos disponiendo de más y mejores elementos para traducir el grueso de conocimientos en propuestas viables de intervención preventiva. Igualmente, estos elementos servirán para contribuir en definitiva a conseguir esa integración interdisciplinaria tan necesaria hoy día en la Psicología y Salud (Piña, 2010).

De ahí que una tarea impostergable en las actuales circunstancias tenga que ver con una revisión acuciosa, pero sobre todo crítica, de las teorías o modelos que usan en la cotidianeidad, las categorías y conceptos en las que se apoyan y, en particular, en lo que denominaremos aquí la continuidad en el discurso teórico: iniciando con aquel referido a la conducta que es común y compartida, pasando por la individual, para culminar con la para-social y la social, propiamente dicha. Y esta continuidad sólo podrá volverse realidad hasta que haya claridad en torno de cómo relacionar categorías y conceptos que, aun cuando son diferentes, comparten la característica de analizar a lo psicológico y sus diferentes niveles de complejidad en términos de relaciones de contingencia.

Referencias

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: a theory of planned behavior. En J. Kuhl y J. Beckman (Eds.), *Action-control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). New York, NY: Springer-Verlag.
- 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. DOI: 10.1177/1359105305048550.
- Fernández, J. (1993). Psicología Básica y Salud. *Anales de Psicología*, 9, 121-131.
- Fierro, A. (1982). Consistencia y estabilidad en la conducta de las personas: una revisión. *Anuario de Psicología*, 27, 72-86.
- Fishbein, M. (2000). The role of theory in HIV prevention. *AIDS Care*, 12, 273-278. DOI: 10.1080/09540120050042918.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fisher, E. B. (2008). The importance of context in understanding behavior and promoting health. *Annals of Behavioral Medicine*, 35, 3-18. DOI: 10.1007/s12160-007-9001-z.

- Goldiamond, I. (1974). Toward a constructional approach to social problems. *Behaviorism*, 2, 1-84.
- Haslam, S. A., Jetten, J., Postmes, I. y Haslam, C. (2009). Social identity, health and well-being. An emerging agenda for applied psychology. *Applied Psychology: An International Review*, 58, 1-23. DOI: 10.1111/j.1464-0597.2008.00379.x.
- Janz, N. K. y Becker, M. H. (1984). Health belief model: A decade later. *Health Education y Behavior*, 11, 1-47. DOI: 10.1177/109019818401100101.
- Jeffery, R. W. (2004). How can health behavior theory be made more useful for intervention research? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 1. DOI: 10.1186/1479-5868-1-10.
- Kantor, J. R. (1959). *Interbehavioral psychology: A sample of scientific system construction*. Chicago, IL: The Principia Press.
- Kubzansky, L. D., Martin, L. T. y Buka, S. L. (2009). Early manifestations of personality and adult health: A life course perspective. *Health Psychology*, 28, 346-372. DOI: 10.1037/a0014428.
- Lipke, S. y Ziegelman, J. P. (2008). Theory-based behavior change: Developing, testing, and applying theories for evidence-based interventions. *Applied Psychology: An International Review*, 57, 698-716. DOI: 10.1111/j.1464-0597.2008.00399.x.
- Marks, D. F. (2008). The quest of meaningful theory in health psychology. *Journal of Health Psychology*, 13, 977-981. DOI: 10.1177/1359105308098002.
- Nigg, C. R. y Jordan, P. J. (2005). Commentary: It's a difference of opinion that makes a horserace... *Health Education Research: Theory y Practice*, 20, 291-293. DOI: 10.1093/her/cyg124.
- Noar, S. M. (2007). An interventionist's guide to AIDS behavioral theories. *AIDS Care*, 19, 392-402. DOI: 10.1080/09540120600708469.
- Noar, S. M., Zimmerman, R. S., Palmgreen, P., Lustria, M. y Horosewski, M. L. (2006). Integrating personality and psychosocial theoretical approaches to understanding safer sexual behavior: Implications for message design. *Health Communication*, 19, 165-174. DOI: 10.1207/s15327027hc1902_8.
- Piña, J. A. (En preparación). Psicología y Salud: obstáculos y posibilidades de desarrollo en el Siglo XXI.
- Piña, J. A. (2003). Psicología Clínica y Psicología de la Salud: en defensa de la Psicología de la Salud. *Suma Psicológica*, 10, 67-80.
- 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. (2010). El rol del psicólogo en el ámbito de la salud: de las funciones a las competencias profesionales. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 15, 233-255.
- Piña, J. A. y 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., Ybarra, J. L., Alcalá, I. G. y Samaniego, R. A. (2010). Psicología y Salud (I): la importancia de llamarse modelo y apellidarse teórico-conceptual. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 2, 21-29.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y Salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ribes, E. (2009a). Reflexiones sobre la aplicación del conocimiento psicológico: ¿Qué aplicar o cómo aplicar? *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 35, 3-17.
- Ribes, E. (2009b). La personalidad como organización de los estilos interactivos. *Revista Mexicana de Psicología*, 26, 145-161.
- Ribes, E., Contreras, S., Martínez, C., Doval, E. y Viladrich, C. (2005). Individual consistencies across time and tasks: A replication of interactive styles. *The Psychological Record*, 55, 619-631.
- Ribes, E. y López, F. (1985). Teoría de la conducta: un análisis de campo y paramétrico. México: Trillas.
- Ribes, E. y 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 humano* (pp. 79-98). México: Trillas.
- Ribes, E. y Sánchez, S. (1992). Individual behavior consistencies as interactive styles: Their relation to personality. *The Psychological Record*, 42, 369-387.
- Roberts, B.W. (2007). Contextualizing personality psychology. *Journal of Personality*, 75, 1071-1081. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2007.00467.x.
- Romero, E. (2005). ¿Qué unidades debemos emplear? Las dos "disciplinas" de la Psicología

- de la Personalidad. *Anales de Psicología*, 21, 244-258.
- Rubio, V., Santacreu, J. y Hernández, J. M. (2004). The objective assessment of personality. An alternative to self-report based assessment. *Análisis y Modificación de Conducta*, 30, 827-840.
- Rüdel, K. y Diefenbach, M.A. (2008). Current issues and new directions in psychology and health: Culture and health psychology. Why health psychologist should care about culture? *Psychology and Health*, 23, 387-390. DOI: 10.1080/08870440701864983.
- Ryle, G. (1949). *The concept of mind*. New York, NY: Barnes y Noble.
- Sarver, V. T. (1983). A critical assesment of the Ajzen and Fishbein's theory of reasoned action. *Journal of Theory of Social Behavior*, 13, 155-163.
- Walker, B. M. y Winter, D. A. (2007). The elaboration of personal construct psychology. *Annual Review of Psychology*, 58, 453-477. DOI: 10.1146/annurev.psych.58.110405.085535.
- Weinstein, N. D. y Rothman, A. J. (2005). Commentary: Revitalizing research on health behavior theories. *Health Education Research: Theory y Practice*, 20, 294-297. DOI: 10.1093/her/cyg125.