



Universitas Psychologica

ISSN: 1657-9267

revistascientificasjaveriana@gmail.com

Pontificia Universidad Javeriana

Colombia

Piña, Julio; Rivera, Blanca

Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su Qué y su Para Qué
Universitas Psychologica, vol. 5, núm. 3, octubre - diciembre, 2006, pp. 669-679

Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64750319>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



PSICOLOGÍA DE LA SALUD: ALGUNAS REFLEXIONES CRÍTICAS SOBRE SU *QUÉ* Y SU *PARA QUÉ**

JULIO PIÑA** Y BLANCA RIVERA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, MÉXICO

Recibido: Abril 5 de 2006

Revisado: Mayo 23 de 2006

Aceptado: Junio 12 de 2006

ABSTRACT

Despite the growth experienced by the Health Psychology around the world, still it's time in what we observe the absence of proposal kind *interface* that can meet the psychology as a professional discipline with the health field. This paper review some of the problems related to the multiple definitions of health psychology and to the misconceptions of the psychological phenomenon. Considering a psychological model of biological health, the arguments of *what* and *what for* can be approached the psychological variables associated to health are presented.

Keywords: Health Psychology, Professional Discipline, Health Field, Psychological Model.

RESUMEN

No obstante el crecimiento experimentado por la Psicología de la Salud en todo el orbe, todavía se observa la carencia de propuestas tipo *interfase* que permitan vincular a la psicología como disciplina profesional con el campo de la salud. Se revisan algunos de los problemas más acusados que enfrenta el citado campo de actuación, tanto en lo que hace a sus múltiples definiciones como a la pobre delimitación de lo propiamente psicológico. Se presenta una línea de argumentos en la que se justifica su *qué* y su *para qué* a partir de un modelo psicológico de salud biológica y la necesidad de contar con una metodología para la evaluación de las variables psicológicas que son pertinentes para el cuidado, mantenimiento o recuperación de la salud.

Palabras clave: Psicología de la Salud, disciplina profesional, campo de la salud, modelo psicológico.

* Se agradece al Dr. Carlos Ibáñez Bernal, de la Universidad Autónoma de Chihuahua, por la revisión que hizo a una primera versión de este trabajo.

** Correspondencia: Julio Alfonso Piña López. Blvd. Abelardo. L. Rodríguez 118 altos. Col. Centro. Hermosillo, Sonora. C.P. 83000 (México). Correo electrónico: jpina@salud.gob.mx.

... En consecuencia, propongo una primera tesis que sostiene que la psicología sólo tiene identidad disciplinaria cuando se le concibe como modo científico de conocimiento, y que aun cuando, como todo conocimiento analítico, el conocimiento psicológico es aplicable, su aplicación no se da de manera específica y directa como profesión, sino mediado interdisciplinariamente por disciplinas genuinamente profesionales que, poseyendo un encargo social específico respecto a la solución de problemas sociales, comparten como rasgo común de dicha problemática, una dimensión psicológica: la participación del comportamiento individual humano (Ribes, 1989; p. 852).

A partir del nacimiento formal de la psicología de la salud, que se sugiere tuvo lugar en los Estados Unidos de Norteamérica en la primera mitad de la década del setenta del siglo pasado² (véase Stone, 1991), con el correr de los años se han propuesto múltiples definiciones sobre este campo de actuación, definiciones que comparten una característica sobresaliente, a saber, que dado que se plantean sin el apoyo de un modelo teórico, tienen como consecuencia natural el que no siempre encuentran debida y claramente delimitada la dimensión psicológica respecto de los hechos de la salud y la enfermedad.

En efecto, sobre lo anterior es oportuno advertir que no se trata tan sólo de decir que la psicología de la salud es tal o cual cosa; que se diferencia de la psicología clínica, la salud conductual o la medicina conductual por tales o cuales razones; que se interesa por abordar tal o cual patología biológica; que se está en posibilidad de incidir en tal o cual nivel de atención a la salud; que se pueden utilizar tales o cuales estrategias, procedimientos o técnicas para la prevención de una enfermedad o su rehabilitación, entre otras cosas.

Si con las definiciones se pretende darle sentido y sentar las bases para articular tanto el discurso como la práctica de la psicología con el discurso y la práctica del resto de disciplinas profesionales involucradas en el campo de la salud, lo anterior no será suficiente hasta tanto no se especifique, sin *ambigüedades*, en qué consiste la dimensión psicológica en la salud y la enfermedad.

Contrario a lo que pudiera pensarse, lo previamente dicho no es un asunto menor, es un asunto toral, y por ello es imprescindible que las definiciones sobre psicología de la salud se afirmen en un modelo teórico. Éste debe contribuir, primero, a delimitar con precisión qué es lo psicológico y cuáles son las categorías analíticas que permitirán su correcta interpretación; segundo, a procurar su evaluación sistemática, en estricta armonía con las medidas biológicas y sociales pertinentes a la salud y la enfermedad.

² Aunque de acuerdo con el Dr. Francisco Morales Calatayud, del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, Cuba, el término Psicología de la salud ya se venía utilizando de manera sistemática en ese país desde 1968 (véase Morales, 1997).

Para estar en condiciones de justificar nuestra propuesta de una psicología de la salud diferente a la que se tiene hoy en día, inicialmente se revisarán algunas de las definiciones más reconocidas y aceptadas en la literatura anglosajona y en español; en la Tabla 1 se muestran algunos ejemplos.

Tal y como se puede observar, en todas estas definiciones se refleja cuán diversas pueden ser las formas de concebir a la psicología de la salud: en algunas de ellas, como son los casos de las de Stone, Matarazzo y Morales, se trata de definiciones bastante generales, esto es, de aquellas que contemplan buena parte de las funciones y actividades que los psicólogos pueden desarrollar en el citado campo; en otras, casos de las de Torres y Beltrán (1996), Bloom (1988), Holtzman et al. (1988), Rodríguez y Palacios (1989), así como la de Carrobbes (1993), son más específicas, en la medida en la que en ellas se plantea, parcialmente, qué modelo u orientación teórica subyace, así como cuáles variables psicológicas se consideran relevantes para su estudio.

El problema con tales definiciones, particularmente con estas últimas, es que, aun cuando se haga referencia a cierta caracterización de lo psicológico, su descripción es bastante genérica y no necesariamente va acompañada de los criterios lógicos que posibilitarán definirlo con la precisión requerida; permítansenos aclarar al respecto:

Decir, por ejemplo, que la psicología de la salud estudia la conducta, ideas, actitudes y creencias, como en el caso de la definición de Bloom, implica aceptar el supuesto de que los seres humanos somos racionales, rechazándose explícitamente que también nos comportamos con base en nuestras emociones, afectos y motivos -fenómeno éste tradicionalmente enmarcado en el rubro de motivación (cfr. Ribes, 1990a)-. Así, en la propuesta de Bloom estas tres variables no encuentran cabida, lo que tendría que llevarnos a preguntar si constituye ello una seria limitación para el análisis de lo psicológico, cuya respuesta es en definitiva inequívoca: sí. En efecto, si lo psicológico se reduce a sus componentes racionales, qué es lo que se podría argumentar en contra de la infinidad de estudios en los que se ha demostrado cómo es que variables como las mencionadas regulan y/o modulan de manera importante el comportamiento de las personas previo a, o durante el curso de una enfermedad.

Recuérdese, a guisa de ejemplo, que uno de los componentes principales en el estudio de la relación entre el conocido como *comportamiento Tipo A* y el infarto del miocardio es justamente el de la hostilidad/agresividad (i.e., Fernández & Mercado, 1996; Friedman & Rosenman, 1959, 1974; Jenkins, Rosenman & Friedman, 1967; Niaura, Todaro, Stroud, Spiro III, Ward & Weiss, 2002). En el ámbito de la intervención psicológica, o sea, una vez que ya se ha presentado un infarto del miocardio, se ha demostrado que esas variables pueden facilitar o

TABLA 1: DEFINICIONES SOBRE PSICOLOGÍA DE LA SALUD POR AÑO DE APARICIÓN

Autor (es)	Definición
Stone (1979)	La psicología de la salud es una especialidad de la psicología que comprende la aplicación de los conceptos y métodos psicológicos a cualquier problema surgido en el sistema de salud, ya sea que se hable de los niveles de atención a la salud, de salud pública, de educación y planificación de la salud, o bien de otros componentes del sistema, añadiendo que la práctica tradicional de la psicología clínica vendría a constituirse en una de sus subdivisiones.
Matarazzo (1980)	Agregado de las contribuciones profesionales, científicas y educativas de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y el diagnóstico de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas.
Torres y Beltrán (1986)	Por psicología de la salud debe entenderse una actividad profesional encaminada a estudiar e influir sobre aquellos aspectos de la esfera psicológica (actitudes, concepciones, conductas, valores, hábitos, etcétera) que facilitan la vinculación estrecha entre el equipo de salud y la población, en un esfuerzo conjunto para identificar y dar solución a los problemas de salud que aquejan a la segunda.
Bloom (1988)	La psicología de la salud tiene que ver con el estudio científico de la conducta, las ideas, actitudes y creencias relacionadas con la salud y la enfermedad
Holtzman, Evans, Kennedy e Iscoe (1988)	La psicología de la salud se interesa en la relación biopsicosocial de la mente y el cuerpo en un medio sociocultural determinado, así como en el desarrollo de nuevas tecnologías del comportamiento para la promoción y el mantenimiento de la salud.
Rodríguez y Palacios (1989)	La psicología de la salud es un área que permite la aplicación de los alcances metodológicos de otras áreas de la psicología y con esto una incidencia en la conducta particular de los individuos y de sus comunidades, para el cuidado, mantenimiento y promoción de la salud como un <i>estilo de vida</i> , planteando una alternativa diferente de la organización del comportamiento individual y colectivo al respecto.
Carrobbles (1993)	Especialidad de la psicología que se centra en los problemas de la salud, sean físicos o médicos, con el objeto de prevenir su ocurrencia o de procurar su rehabilitación, siempre con base en los conocimientos, principios y la metodología científica, añadiendo que el comportamiento constituye uno de los determinantes principales, tanto de la salud como de muchas enfermedades.
Morales (1997)	Por psicología de la salud debería entenderse a la rama aplicada de la psicología dedicada al estudio de los componentes de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención a la salud, poniendo especial énfasis en la identificación de los procesos psicológicos que participan en la determinación de la salud, en el riesgo de enfermar, en la condición y en la recuperación de la salud, fundamentalmente.

inhibir la práctica de comportamientos ajustivos que son necesarios en razón de la enfermedad (Corace y Endler, 2003; Lane, Carroll, Ring, Beevers & Lip, 2002; Strik, Lousberg, Cheriex & Honig, 2004).

Algo similar se ha encontrado en el problema del VIH/Sida. En diversas investigaciones en las que ha participado el autor de este trabajo, de manera sistemática se ha reportado que variables de corte racional como los conocimientos y las creencias, ya sea que se les analice de manera independiente o junto con otras variables, juegan un papel irrelevante en la predicción de la práctica de diversos comportamientos de riesgo o de prevención, mientras que variables como la disponibilidad o no de competencias funcionales, los motivos y las situaciones interactivas sí lo hacen (i.e., Piña, 2004a; Piña & Corral, 2001; Piña & Werner, 2004; Urquidi & Piña, 2005). Por su parte, en el ámbito de la intervención se menciona cómo es que variables de tipo emocional, afectivo y motivacional facilitan o interfieren con la práctica de diferentes comportamientos ajustivos, sobre todo los relacionados con la adhesión al tratamiento antirretroviral, por mencionar un tópico de enorme trascendencia hoy en día (Bayés, 1999; Remien, Hirky, Johnson, Weinhardt, Whittier & Minh-Lee, 2003; Sánchez-Sosa, 2002; WHO, 2003).

¿Y qué es lo que se puede decir de las propuestas de Holtzman et al. y de Carrobbles? Mientras que los primeros se apoyan en un modelo biopsicosocial, el segundo justifica su definición a partir de un modelo conductual; empero, valdría la pena preguntarnos ahora qué es lo que nos dicen ambos modelos. Sugerir que la psicología de la salud se basa en un modelo biopsicosocial, suena a verdad de perogrullo, toda vez que en estos momentos difícilmente alguien pondría en tela de duda que lo biológico, lo psicológico y lo social se encuentran íntimamente ligados. Un problema inadvertido y sobre el que ningún autor que se apoya en el modelo ha reparado, es que se pasa por alto que lo biológico y lo social comprenden un rango de fenómenos de mayor generalidad, en tanto que lo psicológico opera en un sentido opuesto; es decir, lo psicológico no se aplica a lo genérico; antes bien, se aplica a lo individual. Podemos ahora preguntarnos, entonces, cómo es que en el modelo biopsicosocial se conjugan estos elementos y cómo es que se le definen.

Si se revisan con detenimiento las propuestas vinculadas con ese modelo -las cuales provienen originalmente de las propias reflexiones sobre el campo de la medicina, primero, y de la medicina conductual, después (Engel, 1977; Schwartz, 1982)-, el lector seguramente se encontrará con que en ninguna de ellas se hace explícita una definición de qué es lo psicológico. No basta con asegurar que la psicología de la salud debe utilizar como modelo central explicativo el biopsicosocial,

asumiendo que así se reconoce el peso de las variables biológicas, psicológicas y sociales; mucho menos lo es que a los psicólogos de la salud interesa la parte psicológica y la conductual, partiendo del erróneo supuesto de que ambas son entidades distintas, posición mantenida por diferentes autores (Baum & Posluszny, 1996; Becoña, Vázquez & Oblitas, 1995, 2000; Smith & Suls, 2004; Williams, Holmbeck & Greenley, 2002).

Tampoco se trata, como recientemente propuso Ray (2004), de sugerir que el modelo de salud y enfermedad, conocido como modelo biopsicosocial, provee los conceptos y los componentes para cambiar nuestra forma de ver el mundo, añadiendo que esos componentes incluyen a los neurotransmisores, hormonas y citoxinas, que constituyen el vehículo que provee la información entre los sistemas nervioso, endocrino e inmune.

Pues bien, al margen de que se omitan los argumentos que justifiquen por qué la separación de lo psicológico y lo conductual, por un lado, o de que en la actualidad se haga referencia al modelo en cuestión a partir de lo que se conoce como psiconeuroinmunología, por el otro, en ese modelo se desconoce qué es lo que incluye a lo psicológico: si a los conocimientos y creencias; si al atender, percibir, sentir, razonar, imaginar, pensar y hablar; si a fenómenos tales como las emociones, afectos y motivos, etcétera³.

Hay que entender, finalmente, que no es un problema de simples agregados. Se insiste, pues, en que no se trata tan sólo de asegurar un planteamiento biopsicosocial, sino de reconocer que cada una de estas dimensiones posee sus propias categorías analíticas, a partir de las cuales será posible reconocer las diferencias en la función lógica que cumplen los conceptos fundamentales. De otra suerte, como es moneda corriente en la psicología de la salud, se seguirá inclusive incurriendo en el error de suponer que el de comportamiento, como concepto psicológico, puede ser tratado apelando al funcionamiento de sus partes separadas e independientes (véase Ribes, 2004), partes que convencionalmente son definidas en la forma de comportamiento, por un lado, y de procesos cognoscitivos, por el otro.

Como acertadamente señala Borja (2000), si lo antes dicho no es resuelto satisfactoriamente, no será posible elaborar las categorías sintéticas que faciliten la comunicación entre las disciplinas científicas y/o

³ Aun cuando Cohen y Herbert (1996) desde la perspectiva de la psiconeuroinmunología han de alguna manera señalado la importancia de variables como los estados afectivos y las relaciones interpersonales, el problema sigue siendo el mismo: la carencia de un marco teórico de referencia que permita su definición y evaluación rigurosas.

profesionales involucradas en la salud y la enfermedad. Dicho lenguaje es fundamental para estar en una mejor posición de traducir los conocimientos científicos a términos que reflejen el devenir de la actividad humana concreta, o sea, a unos que sean susceptibles de dar cuenta de manera puntual de la especificidad de lo psicológico, así como de lo biológico y lo social.

Por lo que hace a la definición de Carrobes, hacer referencia a un modelo conductual supone una diversidad de cosas: aproximaciones teóricas, perspectivas metodológicas y una vasta cantidad de procedimientos y técnicas potencialmente utilizables para la prevención de una enfermedad o su rehabilitación. No hay que olvidar que en sus orígenes el modelo conductual surgió como contrapartida del modelo médico en el contexto del mal llamado campo de la salud *mental*, de tal suerte que, por utilizar una expresión coloquial, su extrapolación a los campos de la salud o la enfermedad física se dio como algo natural.

Se aceptó, entonces, sin ningún reparo, que bastaría con definir el comportamiento a partir de cualquier aproximación teórica, fuese la de Skinner o de otras tantas que se enmarcan en los así llamados enfoques cognoscitivo-conductuales -por ejemplo, Bandura (2001), justificándose así la idoneidad y pertinencia del modelo. A fin de cuentas, puesto que la psicología conductual asegura haber probado su poder científico y tecnológico, lo de menos sería responder a una pregunta: ¿qué es lo psicológico? No hay que pasar por alto que en el caso particular de la psicología conductual, el propio concepto de comportamiento ha sufrido incontables transformaciones, que de acuerdo con Ribes (1982) no son sólo de naturaleza lógica sino también epistémica y semántica -tal y como ocurrió con la definición original de Watson, seguidas por las de Skinner, Hull, Tolman, Bandura, etcétera-.

Ciertamente, respecto del modelo conductual podemos estar de acuerdo con que el comportamiento del individuo constituye el objeto de estudio de la psicología, pero no entendiéndolo como la manifestación externa o el producto de supuestos procesos que acaecen dentro del organismo, como es frecuente encontrar en las definiciones propuestas por los autores antes mencionados y que son trasladadas a la psicología de la salud sin un riguroso examen de sus implicaciones. Dicho en otras palabras, no basta con justificar una psicología de la salud basada en el modelo conductual, sobre todo si no se reconoce que el comportamiento, como interacción del organismo y el ambiente, se construye históricamente, y que su organización funcional, tanto en lo que se refiere a los procesos compartidos como a las diferencias individuales, exige la postulación de un conjunto de categorías

analíticas y de conceptos que justamente permitan dar cuenta de los distintos niveles en los que opera lo psicológico.

Si todo lo anterior no es resuelto de una vez por todas en el contexto de la relación aludida, o sea, entre la psicología y el campo de la salud, se seguirán creando interdisciplinas o multidisciplinas, que se caractericen por dos cosas, según cada autor: por un lado, por constituirse en concepciones plurales en donde todo cabe, sabiéndolo acomodar, y por el otro, en concepciones en las que no se tenga debida y claramente delimitado en qué consiste la dimensión psicológica respecto de los hechos de la salud y la enfermedad (Piña, 2003a; Ribes, 1990b).

Por supuesto, evitar confusiones y malos entendidos en el discurso sobre la relación entre la psicología y el campo de la salud, así como sobre qué es lo psicológico frente a los hechos de la salud y la enfermedad, no tiene otra intención que la de evitar, en la práctica cotidiana, confusiones y malos entendidos a propósito de qué es lo que finalmente los psicólogos hacen y cómo lo hacen respecto de ambos hechos. Ésta es sin duda una tarea prioritaria pero que, lo antes dicho así lo confirma de manera contundente, no siempre es compartida por el colectivo de psicólogos que se interesan en el citado campo.

A diferencia de las definiciones antes mencionadas, se propone aquí que la psicología de la salud debe entenderse simple y llanamente como un 'campo de actuación profesional en el que los psicólogos poseen tanto los *conocimientos* —saber acerca de las cosas— como las *competencias* —saber hacer las cosas de modo eficiente— indispensables para cumplir con las funciones de investigación, prevención y rehabilitación, fundamentalmente, con especial énfasis en la investigación de qué y cómo las variables psicológicas facilitan o dificultan la práctica de los comportamientos instrumentales de riesgo o de prevención, con el objeto de prevenir una enfermedad y promover la salud'.

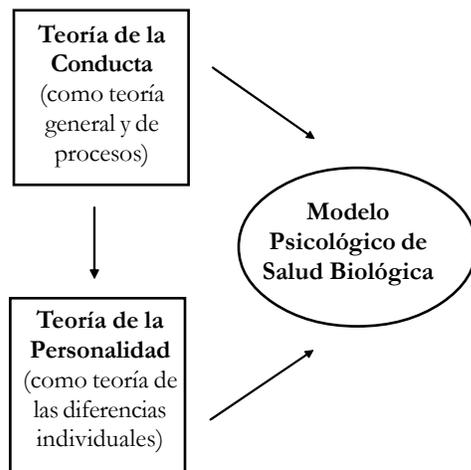
Si se parte del entendido de que la psicología de la salud constituye en esencia un campo de actuación profesional con un propósito particular, el de incidir de manera eficiente y eficaz sobre un problema social, el de salud, parafraseando a Ibáñez (1994), es indispensable contar con un modelo teórico y metodológico que permita plantear hipótesis sobre el problema en cuestión; sobre qué conocimientos se requieren para incidir sobre éste, y, finalmente, qué tipo de competencias son necesarias para conseguir este objetivo.

Aquí se subraya como una tarea fundamental, en una primer instancia, la de contar con un modelo teórico en el que se defina con precisión qué es lo psicológico y cómo es que interactúa con lo biológico y lo social. Se requiere, asimismo, en un segundo momento, disponer

de los recursos metodológicos que posibiliten tanto la práctica de la investigación como el diseño, instrumentación y evaluación de programas de intervención en todas sus variantes.

Desde nuestra óptica, la psicología de la salud, al menos tal y como es concebida en algunos lugares de México y España, fundamentalmente, cumple con los dos requisitos anteriores. Primero, se cuenta con un modelo psicológico de salud biológica (Ribes, 1990b), cuyos antecedentes se encuentran en una teoría de la conducta (Ribes & López, 1985) y una teoría de la personalidad (Ribes & Sánchez, 1990); ver la Figura 1.

FIGURA 1: MODELO PSICOLÓGICO DE SALUD BIOLÓGICA Y SUS ANTECEDENTES TEÓRICOS.



Cuatro supuestos fundamentan dicho modelo; se citará en extenso (Ribes, 1990b; p. 18-19):

- 1) 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.
- 2) 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.
- 3) Los factores biológicos se representan como la condición misma de existencia del individuo práctico y de las reacciones biológicas integradas a su actividad.
- 4) 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 propia historia personal.

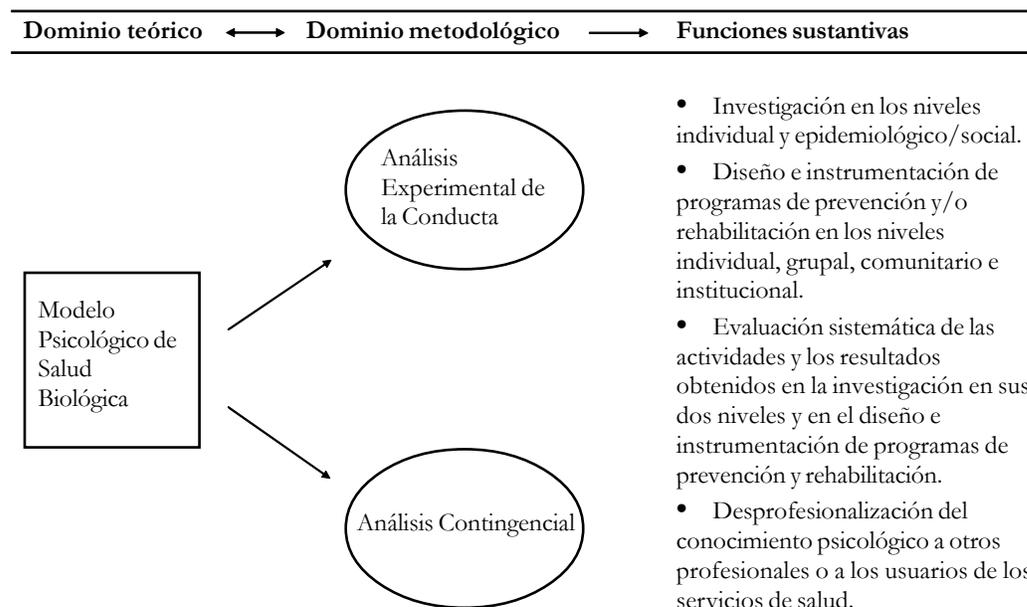
Llegado a este punto, nos parece oportuno preguntarnos en qué consiste la dimensión psicológica de la salud: simple y sencillamente en la participación del individuo comportándose —categoría general que incluye conceptos que tradicionalmente se enmarcan en los rubros de atender, percibir, sentir, razonar, imaginar, hablar y pensar, principalmente—, entendiendo al comportamiento como la interacción molar del organismo con el ambiente físico, químico, ecológico y/o social (Ribes y López, 1985). En pocas palabras, tiene que ver con el comportamiento de los individuos, esto es, con su hacer y decir en diferentes situaciones en las que se encuentran implicados objetos, eventos u otros individuos.

A partir de lo anterior, es importante destacar lo siguiente: El hecho de que se plantee un modelo psicológico de salud no significa que la noción de lo psicológico deba ser diferente de aquella que ampara teóricamente al modelo, casos de la teoría de la conducta y la teoría de la personalidad; tampoco lo sería si se estuviera hablando de psicología y educación, por poner un ejemplo, pues carece de sentido plantearse una definición de lo psicológico en una teoría y plantearse una diferente en un modelo que se presume deviene de ésta. Lo psicológico, definido a partir del comportamiento individual, comprende, por lo tanto, a esos eventos a los que se hacía mención líneas arriba —atender, percibir, sentir, etcétera—, pero también comprende a fenómenos que forman parte del lenguaje de los afectos, la motivación y la personalidad. Algunos de estos eventos y fenómenos podrán ser concebidos perteneciendo a un tipo particular de categoría, i.e., logros o resultados, circunstancias, tendencias, propensiones, estados, etcétera, pero en todos los casos todos tienen como punto de partida el comportamiento como categoría general que resume a lo psicológico.

Ahora bien, para los propósitos que involucran la descripción, el análisis y la investigación, esa dimensión psicológica puede ser desagregada en tres factores: a) la forma en la que el comportamiento participa en la modulación de los estados biológicos; b) las competencias que definen la efectividad del individuo para interactuar con múltiples situaciones que directa o indirectamente afectan la salud, y c) las maneras consistentes que tipifican a un individuo en su contacto inicial con situaciones que pueden afectar potencialmente su condición biológica.

Estos dos últimos factores, que se justifican en una teoría de la personalidad (véase Ribes & Sánchez, 1990), si se analiza con detenimiento son parcialmente o en definitiva no son tenidos en cuenta en la inmensa mayoría de los modelos que se han incorporado al multicitado campo de actuación.

FIGURA 2: INTERSECCIÓN ENTRE LA PSICOLOGÍA Y EL CAMPO DE LA SALUD A PARTIR DEL MODELO PSICOLÓGICO Y DOS TIPOS DE METODOLOGÍA.



Se trata, pues, de intersectar tanto el modelo psicológico de salud biológica y dos tipos de metodología —la del análisis experimental de la conducta y el análisis contingencial— con los problemas de la investigación biomédica y su aplicabilidad en el campo de la salud (ver Figura 2), buscando que a partir de la práctica de la investigación y sus productos, en la forma de nuevos conocimientos respecto de los principios del funcionamiento psicológico, se traduzcan en intervenciones tanto preventivas como terapéuticas (Sánchez-Sosa, 1998).

En el caso del dominio teórico aportado por el modelo psicológico, y del metodológico aportado tanto por el análisis experimental como por el análisis contingencial, en la Figura 2 se destacan dos tipos de investigación que hasta la fecha han rendido frutos. En el dominio metodológico y respecto de la primera se pueden encontrar trabajos en los que se han estudiado estilos interactivos, casos del de tendencia al riesgo (Doval, Viladrich & Riba, 1999; Ribes & Sánchez, 1992; Santacreu, Santé & López, 1999), persistencia o logro (Santacreu & García-Leal, 2000) y tolerancia a la frustración (Moreno, Hernández, García & Santacreu, 2000), estilos que por sus características guardan una importante correspondencia con la práctica de comportamientos instrumentales relacionados con el VIH/Sida e infarto del miocardio, por ejemplo. Por lo que hace a la metodología del análisis contingencial, Díaz-González, Rodríguez, Robles, Moreno y Frías (2003) han presentado una propuesta para la evaluación de competencias

funcionales y su relación con la prevención de la infección por VIH en población abierta, así como sobre competencias conductuales, motivos, comportamientos de adhesión al tratamiento y situaciones interactivas vinculadas con estrés en personas que viven con VIH o sida (Piña, 2003b; Piña, Corrales, Mungaray & Valencia, 2006; Piña, Valencia, Mungaray & Corrales, aceptado).

Son, pues, trabajos a partir de los cuales, siguiendo una lógica especial, la de campo, ha sido posible identificar la forma en que interactúan los factores o variables -los propios del individuo y los relativos al ambiente en sus diferentes modalidades- con efectos potenciales sobre la salud. El siguiente paso consiste en procurar estrategias de intervención, fundamentalmente en su modalidad preventiva, tendientes a conseguir que se mantenga y/o mejore la condición de salud de las personas el mayor tiempo posible y con la mejor calidad de vida también posible (véase Ardila, 2000; Botero, 2005; Godoy, 1999; Hepworth, 2004; Keefe & Blumenthal, 2004; Michie & Abraham, 2004; Piña & Obregón, 2003; Schneiderman, Antoni, Saab & Ironson, 2001; Vinck, Oldenburg & von Lengerke, 2004).

Finalmente, nos parece oportuno plantear varios asuntos. En primer lugar, estamos de acuerdo aquí con lo comentado por la profesora Susana Robles Montijo, de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (comunicación personal, 25 de enero de 2005), en el sentido de que lo que damos en llamar ‘psicología de la salud’ constituye una categoría general en la que confluyen todas las iniciativas

orientadas a la prevención de una enfermedad y/o para la promoción de la salud, y en consecuencia, pudiera quedar en el lector la impresión de que la hemos reducido a una psicología interconductual de la salud, a partir de los elementos aportados líneas atrás.

Estamos obligados a aclarar que no ha sido ese el *leit motiv* sobre el cual se ha construido este trabajo sino otro del que, si bien es cierto que reconocemos la existencia de múltiples iniciativas enmarcadas principalmente en los modelos biopsicosocial⁴ y conductual, también estamos obligados a analizar su viabilidad teórico-conceptual para dar cuenta de lo propiamente psicológico, y en otro momento, para hacer converger la psicología de la salud en el nivel empírico con los modelos biológico y sociocultural. De no conseguir este objetivo, seguramente tendremos una psicología de la salud en la que, como apuntábamos antes, todo cabe, sabiéndolo acomodar.

En segundo lugar, es necesario que de una vez por todas se discuta exhaustivamente si con las definiciones sobre psicología de la salud y los modelos que las amparan —en caso de existir, o en su defecto, que éstos sean viables— se está hablando de psicología de la salud, o por el contrario, tal y como comentamos en otro lugar (Piña, 2003a), de una *pseudo* psicología de la salud, esto es, de una extensión clínica de la psicología potencialmente aplicable a los hechos de la salud y la enfermedad. Ejemplos de esto último se pueden encontrar en los trabajos en los que incorrectamente se sostiene la existencia de la así llamada psicología clínica y de la salud (véase Arnett, 2001; Belar, 1997) o la psicología clínica de la salud (Reynoso & Seligson, 2005).

En tercer lugar, queremos destacar el hecho de que a partir de la definición presentada antes, no creemos aquí que las funciones y actividades que deban entrenarse en términos de competencias profesionales para los psicólogos de la salud incluyan el diseño de políticas públicas en materia de salud. Ciertamente, éste es un tema que en países como Cuba y los Estados Unidos de Norteamérica está siendo tratado profusamente (p.e., Saab et al., 2004; Von Lengerke et al., 2004), aunque no hay que pasar por alto que en sí se trata de actividades que se insertan propiamente dicho en el ámbito de lo político y no de lo estrictamente profesional. Y claro está, que si en ambos países el tema del diseño de las políticas públicas forma parte activa en la agenda de la discusión, al menos desde nuestra óptica, ello se debe a razones extra-profesionales producto de la conformación de gremios plenamente

consolidados, situación que en países como el nuestro, por ejemplo, no existen ni por asomo (Piña, 2004b).

Finalmente, está el asunto del papel de la psicología de la salud en el campo de la salud y el rol a jugar en éste por los profesionales de la psicología. El hecho de que aquí hayamos insistido en la necesidad de contar con un modelo teórico que guíe el quehacer de los psicólogos en el multicitado campo, no significa que éstos, de manera directa, deban intervenir profesionalmente sobre los problemas que aquejan a la población, apoyados en una diversidad de técnicas, estrategias y procedimientos. Antes bien, y dadas las características de la psicología como disciplina científica, o en proceso de serlo, se requiere entender qué psicología es la que se va a ‘aplicar’, es decir, qué elementos teóricos y metodológicos servirán como sustento para la transferencia del conocimiento psicológico a ámbitos no psicológicos. Nótese que hacemos referencia a la transferencia del conocimiento, toda vez que no corresponde a los profesionales de la psicología la *aplicación* directa del conocimiento psicológico sobre los usuarios de los servicios, en virtud de que la psicología, a diferencia de la medicina, por ejemplo, no posee un encargo social determinado (Ribes, 2005).

Al respecto, nos referimos con un encargo social determinado, al incuestionable hecho de que los profesionales de la medicina, por poner el ejemplo más conspicuo, son quienes históricamente han hecho uso del conocimiento generado por otras disciplinas —biología, anatomía, fisiología, bioquímica, genética, etcétera— para incidir sobre los problemas de la salud. El que sean ellos quienes busquen recuperar la salud una vez que ha acaecido una enfermedad mediante determinado tratamiento o a través de la cirugía, no tiene nada de particular; antes bien, se responde a un compromiso que se funda en una fuerte raigambre social porque así se ha establecido convencionalmente.

En un sentido opuesto corresponde a los profesionales de la psicología hablar de y tratar con la salud, y no hablar de y tratar con la enfermedad. En segundo lugar, corresponde, asimismo, definir con la debida precisión qué hacer, cómo y por qué hacerlo. Qué hacer, implica reconocer qué psicología es la que se pretende ‘aplicar’, esto es, con base en qué aproximación teórica y metodológica se abordará la problemática de salud que aqueja a la población y las circunstancias en la que ésta se presenta; aquí, por ejemplo, se ha puesto especial énfasis en un modelo psicológico de salud y especialmente en una metodología, la del análisis contingencial. Cómo hacerlo y por qué, implica que ahora no sólo se dispone de los recursos teóricos y metodológicos, sino que adicionalmente se sabe caracterizar cada situación social en la que se configura determinado problema de salud. Un individuo no es

⁴ En virtud de los elementos aportados —ausencia de especificidad de lo psicológico y cómo interactúa con lo biológico y social—, nos parece incorrecto hacer referencia a un modelo como tal, por lo que consideramos mejor hablar de un simple agregado de palabras (Piña, en revisión).

una entidad aislada de un entorno social y de los condicionantes institucionales que establecen cuándo y por qué él deja de serlo para convertirse en un 'paciente', de tal forma que el profesional de la psicología no puede 'aplicar' su conocimiento para revertir la enfermedad de manera directa al margen de una valoración social concreta.

Por lo tanto, el papel del psicólogo en el campo de la salud debe darse en términos profesionales como desprofesionalización: el psicólogo, a partir del conocimiento generado por y desde la disciplina básica, transfiere el conocimiento a otros profesionales practicantes de alguna interdisciplina particular: medicina, promoción de salud, enfermería, trabajo social, etcétera, de un lado, o a los usuarios de los servicios, por el otro, con el objeto de que sean ambos quienes hagan uso de dicho conocimiento -previamente traducido a un lenguaje tipo interfase-. *Dicho en otras palabras, el psicólogo de la salud debe asumir, sin demérito de otras actividades sustantivas, el papel de una suerte de educador en el sentido amplio del término. De un educador capaz de identificar la dimensión individualizada de los problemas sociales y de su evaluación; de alguien capaz de enseñar a otros a seleccionar, adaptar y utilizar los procedimientos y las técnicas para generar los cambios deseados en los comportamientos que pueden afectar potencialmente la salud o que coadyuvan a su recuperación una vez que se ha perdido* (cfr. Chaves, Gomes, Russel & Werner, 2005).

Referencias

- Ardila, R. (2000). Prevención primaria en psicología de la salud. En Luis A. Oblitas & E. Becoña (Eds.), *Psicología y salud* (pp. 53-65). México: Plaza y Valdés.
- Arnett, J. L. (2001). Clinical and health psychology: Future directions. *Canadian Psychology*, 42, 36-48.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Bayés, R. (1999). Aspectos psicosociales en la adhesión al tratamiento antirretrovírico en la infección por VIH. *Publicación oficial de la Sociedad Española Multidisciplinaria del SIDA*, 10, 165-166.
- Baum, A. & Posluszny, D. M. (1999). Health psychology: Mapping biobehavioral contributions to health and illness. *Annual Review of Psychology*, 50, 137-163.
- Becoña, E., Vázquez, F. L. & Oblitas, L. E. (1995). Estado actual y perspectivas de la psicología de la salud. *Psicología contemporánea*, 2, 100-111.
- Becoña, E., Vázquez, F. L. & Oblitas, L. E. (2000). Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. En L. E. Oblitas y E. Becoña (Eds.), *Psicología de la salud* (pp. 11-52). México: Plaza y Valdés.
- Belar, C. D. (1997). Clinical health psychology: A speciality for the 21st century. *Health Psychology*, 16, 411-416.
- Bloom, B. L. (1988). *Health Psychology: A psychosocial perspective*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Borja, J. (2000). Psicología, salud, ciencia y tecnología. *Psicología y Salud*, 10, 15-29.
- Botero, C. (2005). Efectividad de una interacción cognitivo-conductual para el trastorno de estrés postraumático en excombatientes colombianos. *Universitas Psychologica*, 4, 205-219.
- Carrobbles, J. A. (1993). Prólogo. En M. A. Simón (Ed.), *Psicología de la salud: aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide.
- Chaves, E. M., Gomes, N., Russel, R. & Werner Sebastiani, R. (2005). Psicologia da Saúde-Hospitalar: Da formação a realidade. *Universitas Psychologica*, 4, 49-54.
- 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.
- Corace, K. M. & Endler, N. S. (2003). Psychosocial predictors of cardiac rehabilitation patients' quality of life. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 8, 1-26.
- Díaz-González, E., Rodríguez, M. L., Robles, S., Moreno, D. & Frías, B. (2003). El análisis contingencial como sistema analítico para la evaluación de competencias funcionales relacionadas con la prevención del VIH/sida. *Psicología y Salud*, 13, 149-159.
- Doval, E., Viladrich, M. C. & Riba, M. D. (1999). La consistencia individual en situaciones de riesgo como base para la evaluación de las diferencias individuales. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 2, En línea en: www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.htm.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Fernández, G. & Mercado, D. (1996). Enfermedades aprendidas. En G. R. Ortiz (Coord.), *Psicología y salud: la experiencia mexicana* (pp. 85-96). Xalapa, México: Universidad Veracruzana.
- Friedman, M. & Rosenman, R. H. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *Journal of the American Medical Association*, 169, 1286-1295.
- Friedman, M. & Rosenman, R. H. (1974). *Type A behavior and your heart*. New York: Knopf.
- Godoy, J. F. (1999). Psicología de la salud: delimitación conceptual. En M. A. Simón (Ed.), *Manual de*

- psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 39-75). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Hepworth, J. (2004). Public health psychology: A conceptual and practical framework. *Journal of Health Psychology, 9*, 41-54.
- Holtzman, W. H., Evans, R. I., Kennedy, S. & Iscoe, I. (1988). Psicología y salud: contribuciones de la psicología al mejoramiento de la salud y la atención primaria. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 105*, 245-282.
- Ibáñez, C. (1994). Psicología y pedagogía interconductual. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 20*, 99-113.
- Jenkins, C. D., Rosenman, R. H. & Friedman, M. (1967). Development of an objective psychological test for the determination of the coronary prone behavior pattern in employed men. *Journal of Chronic Disease, 20*, 371-379.
- Keefe, F. J. & Blumenthal, J. A. (2004). Health psychology: What will the future bring? *Health Psychology, 23*, 156-157.
- Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beevers, D.G. & Lip, G. Y. H. (2002). The prevalence and persistence of depression and anxiety following myocardial infarction. *British Journal of Health Psychology, 7*, 11-21.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist, 35*, 807-817.
- Michie, S. & Abraham, C. (2004). Interventions to change health behaviours: Evidence-based or evidence-inspired. *Psychology and Health, 19*, 29-49.
- Morales, F. (1997). *Introducción a la psicología de la salud*. Hermosillo, México: UNISON.
- Moreno, L., Hernández, J. M., García, O. & Santacreu, J. (2000). Un test informatizado para la evaluación de la tolerancia a la frustración. *Anales de Psicología, 16*, 143-155.
- Niaura, R., Todaro, J. F., Stroud, L., Spiro III, A., Ward, K.D. & Weiss, S. (2002). Hostility, the metabolic syndrome, and incident coronary heart disease. *Health Psychology, 21*, 588-593.
- Piña, J. A. (s.f.) El modelo biopsicosocial en psicología y salud: ¿o se trata de un simple juego de palabras? *Revista Mexicana de Psicología* (en revisión).
- Piña, J. A. (2003a). Psicología clínica y psicología de la salud: en defensa de la psicología de la salud. *Suma Psicológica, 10*, 67-80.
- Piña, J. A. (2003b). Validación de un instrumento para medir competencias conductuales en personas VIH positivas. *Salud Pública de México, 45*, 293-297.
- Piña, J. A. (2004a). Eventos disposicionales que probabilizan la práctica de conductas de riesgo para el VIH/SIDA. *Anales de Psicología, 20*, 23-32.
- Piña, J. A. (2004b). La psicología y los psicólogos en el sector salud en México: algunas realidades perturbadoras. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 4*, 191-205.
- 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., Mungaray, K. & Valencia, M. A. (2006). Presentación de un instrumento que mide variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas VIH+. *Revista Panamericana de Salud Pública, 19*, 217-228.
- Piña, J. A., Valencia, M. A., Mungaray, K. & Corrales, A. E. (s.f.). Validación de un instrumento que mide situaciones interactivas vinculadas con estrés en personas VIH+. *Terapia Psicológica* (aceptado).
- Piña, J. A. & Obregón, F. J. (2003). Algunas reflexiones sobre el concepto de prevención en el contexto de la relación psicología y salud. En J. A. Piña, F. J. Obregón y J. A. Vera (Eds.), *Psicología y salud en Iberoamérica* (pp. 53-72). Hermosillo, México: UNISON.
- Piña, J. A. & Werner, R. (2004). Predictores psicológicos del uso inconsistente de condón en mujeres. *Estudios Vida e Saúde, 31*, 1057-1068.
- Ray, O. (2004). How mind hurts and heals the body. *American Psychologist, 59*, 29-40.
- Remien, R. H., Hirky, A. E., Johnson, M. O., Weinhardt, L. S., Whittier, D. & Minh-Lee, G. (2003). Adherence to medication treatment: A qualitative study of facilitators and barriers among a diverse sample of HIV+ men and women in four U.S. cities. *AIDS and Behavior, 7*, 61-72.
- Reynoso, L. & Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud*. México: Manual Moderno, UNAM, U. de G.
- Ribes, E. (1982). *El Conductismo: reflexiones críticas*. Barcelona: Fontanella.
- Ribes, E. (1989). La psicología: algunas reflexiones sobre su que, su por qué, su cómo y su para qué. En J. Urbina (Comp.), *El Psicólogo. Formación, ejercicio profesional y prospectiva* (pp. 847-860). México: UNAM.
- Ribes, E. (1990a). *Psicología general*. México: Trillas.
- Ribes, E. (1990b). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.

- Ribes, E. (2004). Behavior as abstraction, not ostension: Conceptual and historical remarks on the nature of psychology. *Behavior and Philosophy*, 32, 55-68.
- Ribes, E. (2005). Reflexiones sobre la eficacia profesional del psicólogo. *Revista Mexicana de Psicología*, 22, 5-14.
- Ribes, E. & López, F. (1985). *Teoría de la Conducta: un análisis de campo y paramétrico*. México: Editorial Trillas.
- Ribes, E. & Sánchez, S. (1990). El problema de las diferencias individuales: un análisis conceptual de la personalidad. En E. Ribes (Ed.), *Psicología general* (pp. 231-253). México: Trillas.
- Ribes, E. & Sánchez, S. (1992). Individual behavior consistencies as interactive style: Their relation to personality. *The Psychological Record*, 42, 369-387.
- Rodríguez, G. & Palacios, J. (1989). Algunas consideraciones sobre la psicología de la salud en México. En J. Urbina (Comp.), *El Psicólogo. Formación, ejercicio profesional, prospectiva* (pp. 473-482). México: UNAM.
- Saab, P. G., McCalla, J. R., Coons, H. L., Christensen, A. J., Kaplan, R., Johnson, S. B., Ackerman, M. D., Stepanski, E., Krantz, D. S. & Melamed, B. (2004). Technological and medical advances: Implications for health psychology. *Health Psychology*, 23, 142-146.
- Sánchez-Sosa, J. J. (1998). Desde la prevención primaria hasta ayudar al bien morir: la interfaz intervención-investigación en psicología de la salud. En G. Rodríguez y M.E. Rojas (Coords.), *La Psicología de la Salud en América Latina* (pp. 35-44). México: UNAM/Miguel Ángel Porrúa.
- Sánchez-Sosa, J. J. (2002). Treatment adherence: The role of behavioral mechanism and some implications for health care interventions. *Revista Mexicana de Psicología*, 19, 85-92.
- Santacreu, J. & García-Leal, O. (2000). La utilización de test comportamentales informatizados en el estudio de la personalidad: la evaluación de la persistencia. *Psicothema*, 12, 93-98.
- Santacreu, J., Santé, L. & López, V. R. (1999). Asunción de riesgo: una evaluación conductual. *Psicología y Salud*, 13, 5-18.
- Schneiderman, N., Antoni, M. H., Saab, P. G. & Ironson, G. (2001). Health psychology: Psychosocial and biobehavioral aspects of chronic disease management. *Annual Review of Psychology*, 52, 555-580.
- Schwartz, G. E. (1982). Testing the biopsychosocial model: The ultimate challenge facing behavioral medicine? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 1040-1053.
- Smith, T. & Suls, J. (2004). Introduction to the special section on the future of health psychology. *Health Psychology*, 23, 115-118.
- Stone, G. C. (1979). Psychology and health system. En G. C. Stone, F. Cohen & N. E. Adler (Eds.), *Health Psychology* (pp. 47-75). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Stone, G. C. (1991). An international review of the emergence and development of health psychology. En M. Jansen & J. Weinman (Eds.), *The International development of Health Psychology* (pp. 3-18). Churchill: Harwood Academic Publishers.
- Strik, J. J., Lousberg, R., Cheriex, E. C. & Honig, A. (2004). One year cumulative incidence of depression following myocardial infarction and impact on cardiac outcome. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 59-96.
- Torres, I. & Beltrán, F. J. (1996). *La Psicología de la Salud: campos y aplicaciones*. Xalapa, México: Universidad Veracruzana.
- Urquidi, L. E. & Piña, J. A. (2005). Efecto de los conocimientos, creencias y motivos sobre el uso de condón en hombres. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 10, 369-380.
- Vinck, J., Oldenburg & Von Lengerke, T. (Editorial, 2004). Health psychology and public health - Bridging the gap. *Journal of Health Psychology*, 9, 5-12.
- Von Lengerke, T., Vinck, J., Rütten, A., Reitmeir, P., Abel, T., Kannas, L., Lüschen, G., Rodríguez-Díaz, J. A. & Van der Zee, J. (2004). Health policy perception and health behaviours: A multilevel analysis and implications for public health psychology. *Journal of Health Psychology*, 9, 157-175.
- WHO (2003). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. Geneva: Author [WHO/MNC/03/01].
- Williams, P. G., Holmbeck, G. N. & Greenley, R. N. (2002). Adolescent health psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 828-842.