



PSICOLOGÍA

Y SALUD:

TEMAS SELECTOS PARA EL DEBATE

Julio Alfonso Piña López
José Luis Ybarra Sagarduy



La **GENERACIÓN** del
CONOCIMIENTO
con **VALORES**



**Consejo de
publicaciones
UAT**

C.P. Enrique C. Etienne Pérez del Río
Presidente

Dr. José Luis Pariente Fragoso
VICEPRESIDENTE

Dr. Héctor Cappello García
Secretario Técnico

C.P. Guillermo Mendoza Cavazos
Vocal

Dr. Marco Aurelio Navarro Leal
Vocal

Mtro. Luis Alonso Sánchez Fernández
Vocal

Mtro. José David Vallejo Manzur
Vocal

CONSEJO EDITORIAL DE PUBLICACIONES UAT

Dra. Lourdes Arizpe Slogher, Universidad Nacional Autónoma de México • Dr. Amalio Blanco, Universidad Autónoma de Madrid, España • Dra. Rosalba Casas Guerrero, Universidad Nacional Autónoma de México • Dr. Francisco Díaz Bretones, Universidad de Granada, España • Dr. Rolando Díaz Loving, Universidad Nacional Autónoma de México • Dr. Manuel Fernández Ríos, Universidad Autónoma de Madrid, España • Dr. Manuel Fernández Navarro, Universidad Autónoma Metropolitana México • Dra. Juana Juárez Romero, Universidad Autónoma Metropolitana México • Dr. Manuel Marín Sánchez, Universidad de Sevilla, España • Dr. Cervando Martínez, University of Texas at San Antonio, eua • Dr. Darío Páez, Universidad del País Vasco, España • Dra. María Cristina Puga Espinosa, Universidad Nacional Autónoma de México • Dr. Luis Arturo Rivas Tovar, Instituto Politécnico Nacional México • Dr. Aroldo Rodríguez, University of California at Fresno, EUA • Dr. José Manuel Valenzuela Arce, Colegio de la Frontera Norte México • Dra. Margarita Velázquez Gutiérrez, Universidad Nacional Autónoma de México • Dr. José Manuel Sabucedo Cameselle, Universidad de Santiago de Compostela, España • Dr. Alessandro Soares da Silva, Universidad de São Paulo, Brasil • Dr. Alexandre Dorna, Universidad de CAEN, Francia • Dr. Ismael Vidales Delgado, Universidad Regiomontana, México • Dr. José Francisco Zúñiga García, Universidad de Granada, España • Dr. Bernardo Jiménez, Universidad de Guadalajara, México • Dr. Juan Enrique Marcano Medina, Universidad de Puerto Rico-Humacao • Dra. Úrsula Oswald, Universidad Nacional Autónoma de México • Arq. Carlos Mario Yory, Universidad Nacional de Colombia • Arq. Walter Debenedetti, Universidad de Patrimonio Colonia, Uruguay • Dr. Andrés Piqueras, Universitat Jaume I, Valencia, España • Dr. Yolanda Troyano Rodríguez, Universidad de Sevilla, España • Dra. María Lucero Guzmán Jiménez, Universidad Nacional Autónoma de México • Dra. Patricia González Aldea, Universidad Carlos III de Madrid, España • Dr. Marcelo Urra, Revista Latinoamericana de Psicología Social • Dr. Rubén Ardila, Universidad Nacional de Colombia • Dr. Jorge Gissi, Pontificia Universidad Católica de Chile • Dr. Julio F. Villegas, Universidad Diego Portales, Chile • Ángel Bonifaz Ezeta, Universidad Nacional Autónoma de México.

Psicología y Salud: Temas Selectos para el Debate

Julio Alfonso Piña López
José Luis Ybarra Sagarduy
Coordinadores



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA de
TAMAULIPAS



Consejo de
publicaciones
UAT



D. R. © 2016, Universidad Autónoma de Tamaulipas
Matamoros, s.n, Zona Centro, Ciudad Victoria, Tamaulipas, México. C.P. 87000
Consejo de Publicaciones UAT
Tel. (52) 834 3181-800 • extensión: 2948 • www.uat.edu.mx
Diseño de portada: Inventor Studio

 **Fomento Editorial** Una edición del Departamento de Fomento Editorial
de la Universidad Autónoma de Tamaulipas

Edificio Administrativo, planta baja, CU Victoria
Ciudad Victoria, Tamaulipas, México
Libro aprobado por el Consejo de Publicaciones UAT

Colofón S.A. de C.V.
Franz Hals 130,
Col. Alfonso XIII,
Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01460
Ciudad de México, 2016.
www.paraleer.com • Contacto: colofonedicionesacademicas@gmail.com

ISBN: 978-607-8513-20-8

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra incluido el diseño tipográfico y de portada, sea cual fuere el medio, electrónico o mecánico, sin el consentimiento por escrito del Consejo de Publicaciones UAT.

Impreso en México • *Printed in Mexico*

El tiraje consta de 1,000 ejemplares

Este libro fue dictaminado y aprobado por el Consejo de Publicaciones UAT mediante un especialista en la materia. Asimismo fue recibida por el Comité Interno de Selección de Obras de Colofón Ediciones Académicas para su valoración en la sesión del primer semestre de 2016, se sometió al sistema de dictaminación a “doble ciego” por especialistas en la materia, el resultado de ambos dictámenes fueron positivos.

Agradecimientos

A los doctores Luis Enrique Fierros Dávila, Jesús Francisco Laborín Álvarez y José Méndez Venegas, quienes aceptaron nuestra invitación para fungir como *revisores técnicos*.

A los colaboradores, cuyas aportaciones fueron medulares en los distintos capítulos; a todos ellos nuestro más sincero agradecimiento.

Finalmente, a las autoridades académico-administrativas de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, por su valioso apoyo para la publicación de la presente obra.

Índice de contenido

Presentación	9
Capítulo 1. Psicología y salud en México: Una década después la realidad aún sigue siendo perturbadora	13
1.1. Introducción	13
1.2. La universidad pública en México: La investigación en psicología y salud	15
1.3. ¿Qué tipo de investigación se promueve en las universidades públicas en México?	20
1.4. El papel de los Institutos Nacionales de Salud	22
1.5. Apuntes finales	31
Bibliografía	33
Capítulo 2. Bases para un enfoque interdisciplinario en el ámbito de la salud en México: Reflexiones críticas sobre las Unidades Médicas de Especialidad (UNEME)	39
2.1. Introducción	39
2.2. Las UNEME en México y el supuesto de la interdisciplinariedad	41
2.3. De la prevención clínica a la prevención sin apellidos o extensiones	47
2.4. Apuntes finales	51
Bibliografía	53
Capítulo 3. La CIE y la psicología: entre su importancia y su pertinencia hay un largo y sinuoso camino	59
3.1. Introducción	59
3.2. Las dimensiones biológica y psicológica en la salud	62
3.3. En la salud mental lo que se diagnostica no es equivalente a una enfermedad	68
3.4. En la salud mental el diagnóstico constituye un acto de valoración social	80
3.5. Apuntes finales	84
Bibliografía	86

Capítulo 4. El concepto de conducta en psicología y salud: Niveles de análisis	93
4.1. Introducción	93
4.2. El concepto de conducta y sus niveles de análisis	96
4.3. Conducta social y conducta psicológica: Especificidad y complementariedad	99
4.4. El vínculo entre lo social y lo psicológico: Creencias y costumbres	106
4.5. Apuntes finales	111
Bibliografía	112
Capítulo 5. El plan de estudios 2011-2 sobre psicología de la salud en la Universidad de Sonora: ¿Un mito genial o el asalto a la razón?	119
5.1. Introducción	119
5.2. Los planes de estudio y sus características formales en la Universidad de Sonora	120
5.3. El plan de estudios 2011-2 sobre psicología de la salud: Descripción general	121
5.4. Los ejes curriculares y el contenido de las materias: La sinrazón de la razón	141
5.5. Apuntes finales	172
Bibliografía	174
Notas sobre los colaboradores	181

Presentación

Ley de Dunne: El territorio detrás de la retórica está generalmente minado con equivocaciones¹

Psicología y Salud: Temas Selectos para el Debate, consta de cinco capítulos en los que se abordan asuntos que consideramos revisten especial interés hoy día para quienes nos desempeñamos profesionalmente en el ámbito de la salud:

1. La realidad de la psicología y salud en México, con énfasis en su estatuto como disciplina de conocimiento y profesión.
2. El papel de las Unidades Médicas de Especialidad (UNEME) en México y la necesidad de un enfoque interdisciplinario para atacar las enfermedades crónicas más apremiantes que afectan a millones de personas en el país.
3. La importancia y/o pertinencia del sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en la psicología.
4. La necesaria definición de conducta con relación a los fenómenos de la salud y la enfermedad, así como la identificación y definición de las categorías de análisis que son pertinentes desde las perspectivas social y psicológica.
5. El diseño de planes de estudio sobre psicología de la salud, caso del que se instrumentó entrada la presente década en la unidad Cajeme de la Universidad de Sonora.

Es un libro que recoge la experiencia académica y profesional de un grupo de psicólogos de Cuba, México y Perú, participantes activos e interesados en el ámbito de la salud. Considerando las temáticas y sus contenidos, confiamos que los cinco capítulos aportarán elementos para reflexionar críticamente en torno a qué se tiene que conocer (formación teórico-metodológica) y qué saber hacer (entrenamiento en competencias para la prevención-rehabilitación) en dicho ámbito, lo que presupone el dominio de conocimientos, habilidades y destrezas para saber cuándo, por qué, en qué circunstancias y cómo intervenir para:

- a) promover la salud
- b) prevenir el acaecimiento de una enfermedad
- c) coadyuvar en su rehabilitación cuando se ha diagnosticado

¹ Bloch, 1992; p. 77

Si aspiramos a que en México y en los países de nuestra América Latina y el Caribe el de psicología y salud se apuntale como un campo de actuación sólido y en el que los psicólogos nos desempeñemos de igual a igual que el resto de profesionales de la salud, antes que otra cosa hay que asumir con responsabilidad nuestros propios fallos, superar las limitaciones, pero sobre todo, abandonar la complacencia. Como bien se señala en la *Ley de Dunne* referida al inicio de este apartado, tanta retórica sólo puede traer consigo equivocaciones, de las que muy frecuentemente los auto-nombrados psicólogos de la salud suelen ser sus propias víctimas.

De ahí que no podemos seguir esperanzados en que los problemas que hoy día se enfrentan en el ámbito que relaciona la psicología con la salud se resolverán por decreto o un acto de fe; mucho menos, por obra y gracia de la suerte o del azar. Sólo en la medida en que abandonemos la complacencia y los artilugios que devienen del “poder” que emana de los gremios y los grados académicos, será en la medida en que se transite en la dirección correcta: superar los lugares comunes para dar paso gradual a propuestas que nos permitan afianzar un trabajo que se justifique en lo teórico-conceptual, y que a la par se distinga por su solidez en lo metodológico, tanto al momento de conducir una investigación tecnológica o aplicada, como al intervenir para fines de prevención o rehabilitación. Guardando las debidas proporciones, hacemos eco de las palabras del doctor Emilo Ribes Iñesta, cuando a propósito del prefacio de su obra *Psicología general* escribió las siguientes palabras:

Por ello, este libro no es un texto introductorio. Es un libro para el recién iniciado como para aquel ya endurecido por la experiencia que procuran los años de docencia, investigación y práctica profesional. Es un tratado crítico y, en esa medida, constituye el producto de un proceso autocrítico al que el propio autor se ha sometido. Digamos, metafóricamente, que los pecados que se señalan son los pecados ya expiados (Ribes, 1990; p. 5).

M. en C. Julio Alfonso Piña López

Programa de Salud Institucional

Universidad de Sonora, México

Dr. José Luis Ybarra Sagarduy

Unidad de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano

Universidad Autónoma de Tamaulipas, México

Referencias

- Bloch, A. (1992). *El libro completo de las Leyes de Murphy*. México: Diana.
- Ribes, E. (1990). *Psicología general*. México: Trillas.

Capítulo 1

Psicología y salud en México: una década después... la realidad aún sigue siendo perturbadora

Leyes no recíprocas sobre las expectativas:
Expectativas negativas producen resultados negativos
Expectativas positivas producen resultados negativos²

Julio Alfonso Piña López³
José Luis Ybarra Sagarduy⁴
Claudia Sánchez-Bravo⁵
María del Pilar Meza-Rodríguez
Leticia Ascencio Huertas⁶
Everardo Camacho Gutiérrez⁷

1.1. Introducción

A mediados de la década pasada, uno de los autores publicó el artículo intitulado *La psicología y los psicólogos en el sector salud en México: algunas realidades perturbadoras*, en el que se cuestionaba que en los principales marcos normativos sobre salud —entiéndanse la Ley General de Salud y sus Reglamentos secundarios— se consideraban tangencialmente tanto a la psicología como a los psicólogos que ya se desempeñaban profesionalmente en el ámbito que relaciona la psicología con la salud; asimismo, se dieron cuenta de algunas aportaciones que estaban realizando los psicólogos de la salud en el país, básicamente en materia de investigación (Piña, 2004). Subsecuentes trabajos del mismo autor, en los que se ha dado a la tarea de revisar y analizar las aportaciones en el rubro de la investigación, bien desde las universidades o bien desde las instituciones de salud —i.e., institutos nacionales, hospitales generales, hospitales de zona, clínicas y centros ambulatorios, principalmente (Piña, 2005, 2012, 2014), han desvelado varios asuntos, sin duda motivo de preocupación:

² Bloch, 1992; p. 20.

³ Programa de Salud Institucional. Universidad de Sonora, México

⁴ Unidad de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano. Universidad Autónoma de Tamaulipas, México

⁵ Departamento de Psicología. Instituto Nacional de Perinatología, México

⁶ Servicio de Cuidados Paliativos. Instituto Nacional de Cancerología, México

⁷ Laboratorio de Psiconeuroinmunología. Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente, México

1. Cuando cabría esperar que con el paso de los años la productividad de los artículos de investigación creciera exponencialmente,⁸ los hechos apuntan en una dirección opuesta. Sirva mencionar que en el primero de los trabajos se reportó una baja productividad en 16 revistas internacionales editadas en español (*i. e.*, Acta Colombiana de Psicología, Anales de Psicología, Avances en Psicología Latinoamericana, International Journal of Clinical and Health Psychology, etcétera),⁹ con un total de 52 artículos publicados, que equivalen a 8.6 artículos por cada uno de los años comprendidos en el periodo 2005-2010.
2. Además, no obstante que las enfermedades crónicas no-transmisibles (en lo sucesivo, ECNT) se han afirmado como las principales causas de mortalidad general en México desde la década del noventa del pasado siglo, la investigación sobre el papel de la dimensión psicológica en las enfermedades del corazón, la hipertensión, la diabetes y los tumores malignos, principalmente, es escasa; más escasa es aún la investigación experimental y la de corte aplicado en la que se hayan sometido a prueba programas de intervención diseñados *ex profeso*.

Una conclusión a la que podemos arribar sobre el respecto la resumimos así: una mayor cantidad de psicólogos que se viene incorporando al ámbito de la salud no garantiza que se realizará más investigación, ni mucho menos que con ésta se generará conocimiento científico y tecnológico que contribuya a mejorar los programas disciplinarios (esto es, de y para la propia psicología como profesión) e interdisciplinarios (es decir, de la psicología como profesión interactuando con otras disciplinas profesionales, como las biomédicas, la enfermería y el trabajo

⁸ Además, hay que tener en cuenta la creciente cantidad de psicólogos que se incorpora a las instituciones de salud, aun cuando infortunadamente no existen registros confiables de cuántos sean ni en dónde se desempeñan. Para formarnos una mejor idea, el dato más cercano que se tiene fue publicado por Rodríguez y Rojas (1998), quienes mencionaron que en ese entonces había alrededor de 2 mil psicólogos trabajando en la prestación de servicios de salud (hoy, conservadoramente, quizá esa cifra sobrepase a los 5 mil psicólogos). Un problema adicional tiene que ver con que en nuestro país, salvo sus contadas excepciones, no existen plazas destinadas para psicólogos como tales, las cuales en las instituciones de salud por lo regular son “etiquetadas” en la categoría de Personal Para-Médico.

⁹ La selección de las revistas se realizó a partir de su indización en bases de datos reconocidas en español (DIALNET, LATINDEX, PSICODOC y Scielo, principalmente) e inglés (APA, Current Contents, DOAJ, Index Medicus/Medline/PubMed, Journal Citation Reports, Scopus, Ulrich’s International Directory, etcétera).

social) en materia de salud; por consiguiente, tampoco constituye garantía de que esa investigación se distinguirá por su impacto social, es decir, por su validez externa (Sánchez-Sosa, 2009).

1.2. La universidad pública en México:

La investigación en psicología y salud

¿Dónde está la raíz de esto que es hoy día motivo de preocupación para quienes nos desempeñamos profesionalmente en el ámbito de la salud? Sin duda, en las universidades, sobre todo en las públicas. Cuando Ribes (2009a) aseguraba que la universidad pública es una institución responsable no sólo de crear nuevo conocimiento a través de la investigación, sino también de transmitirlo y de reflexionar en torno a los fundamentos mismos del proceso de conocimiento y su uso social, adelantaba una problemática que ya se venía haciendo evidente en nuestro país. Por su importancia, se citará al autor en extenso:

En la universidad sólo puede enseñarse lo que se hace. De ahí que se tenga que elegir entre una universidad sabia y original, o una universidad repetidora y divulgadora. Para optar por el primer y genuino tipo de universidad es necesario que en ella la prioridad sustantiva sea la investigación, como actividad vinculada a la generación, transformación y reflexión del origen y uso del conocimiento. La universidad sólo puede enseñar en la medida en que investigue y reflexione sobre el conocimiento producida en ella y por otros (Ribes, 2009a; p. 75).

Luego entonces, si en las universidades públicas en México se investiga poco, y si además el impacto social de sus productos es, en lo que toca a la salud y la enfermedad, insuficiente, sin temor a equivocarnos se podría afirmar que en aquéllas no se está cumpliendo con lo señalado por Ribes sobre la universidad sabia y original; antes bien, todo parece indicar que en general tenemos universidades repetidoras y divulgadoras.¹⁰ Esto último da pie para lanzar otra pregunta: ¿dónde fallan las universidades públicas en nuestro país? También, sin duda, en los programas de formación y entrenamiento de los psicólogos.

¹⁰ Se recomienda la lectura del Capítulo 5 en esta obra, en donde se analiza el plan de estudios sobre psicología de la salud, aprobado en la Universidad de Sonora en 2011; es uno que ejemplifica y resume mucho de lo expuesto por Ribes, a propósito de las universidades repetidoras y divulgadoras.

En efecto, los programas de Licenciatura en Psicología¹¹ se caracterizan por *malformar* —se carece de una propuesta sólida sobre la psicología como disciplina de conocimiento— y *mal entrenar* —al mal definir el perfil de egreso, se pone énfasis en la enseñanza-aprendizaje de procedimientos y técnicas que se concibe de manera rígida, rutinaria y estereotipada— a los estudiantes, dando a entender que una cosa es la psicología como empresa científica, y otra muy distante y diferente la psicología como profesión (Piña, 2010; Ribes, 2006).

Puntualizamos: sin psicología (básica) como disciplina de conocimiento *no* puede haber psicología aplicada; la primera “nutre” a la segunda de una lógica y las categorías conceptuales para dar cuenta de la dimensión psicológica que, como en el caso que nos ocupa, es pertinente a la salud y la enfermedad (Ardila, 1997; Ribes, 1990). Por tanto, el que se siga confundiendo a la psicología básica con la aplicada, que se privilegie la segunda por sobre la primera y, finalmente, que la “enseñanza” se limite a la descripción de cómo han de usarse procedimientos y técnicas para promover el cambio conductual —con independencia de cómo se le defina—, lo que traerá consigo al final del proceso no será otra cosa que una psicología aplicada: a) desprovista de una lógica y unos fundamentos teórico-conceptuales, y b) a psicólogos aceptando el supuesto de que el conocimiento psicológico se puede aplicar de manera *directa*, vía la identificación, evaluación o “diagnóstico” de un problema, primero, y de la selección de los procedimientos y técnicas *ad hoc* para su “aplicación”, después.

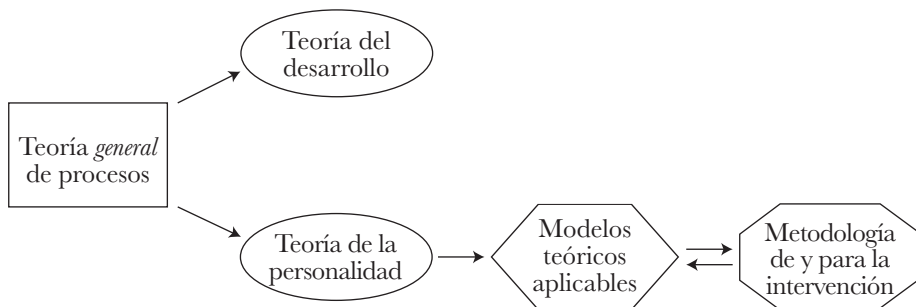
En las actuales circunstancias, reflexionar críticamente sobre lo que Ribes (2005) ha dado en llamar la *responsabilidad formativa* de las instituciones de educación superior; pero también sobre el *perfil* de egreso de los futuros psicólogos, debería ser una tarea menos que obligada para el colectivo de quienes se auto-nombran

¹¹ *Aun cuando se pone énfasis en los programas de Licenciatura, tampoco se pueden pasar por alto a los de Postgrado, que en México se clasifican según el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) en programas de “investigación” y “profesionalizantes”. Hasta el día de hoy sólo hemos encontrado un trabajo publicado en el que se analiza el impacto de uno de estos últimos programas, el de Residencia en Medicina Conductual de la FES-Iztacala de la UNAM (Reynoso, Bravo, Anguiano y Mora, 2012), por lo que a todas luces se carece de estudios sistemáticos en los que se haya demostrado la pertinencia de uno u otro tipo de postgrados, así como su impacto positivo en el ataque y solución de los problemas de la salud y la enfermedad. Hay aquí una deuda pendiente por saldar en materia de científicos y profesionales de la psicología que demuestren ser competentes, en el sentido de conocer y saber hacer (ser experto o dominar la técnica) al momento de incidir sobre esos problemas.*

psicólogos de la salud. La primera comprende a la formación, propiamente dicha, en lo teórico y lo metodológico, como requisito indispensable para posteriormente entrenar a los estudiantes en las competencias que son pertinentes a los distintos ámbitos y problemas sociales: ambiente, convivencia social, educación, de las organizaciones y salud.

Se parte del entendido de que, si se tratan de corregir las insuficiencias en la formación y el entrenamiento de los futuros psicólogos, es necesario desarrollar y apuntalar programas de Licenciatura que contribuyan a dotar a los estudiantes de las herramientas teóricas (conocimientos), metodológicas y de las competencias (habilidades y destrezas) pertinentes para atacar y resolver aquellos problemas. Para tal fin, es imprescindible que en los programas de Licenciatura se explicité cuál es el dominio fenomenológico de la disciplina: qué es lo psicológico, cómo se le definirá y cómo se le estudiará.

Figura 1.1. La relación entre distintas teorías sobre la fenomenología de lo psicológico y los modelos aplicables a los problemas sociales.



Fuente: Adaptada de Piña, Fierros, García-Cadena e Ybarra (2011).

La fenomenología de lo psicológico, es preciso dejarlo en claro, tiene sentido en distintos momentos y circunstancias (Figura 1.1). En el contexto de una teoría general de procesos (la teoría psicológica, como se le conoce convencionalmente) se formula para dar cuenta de ciertos fenómenos, como por ejemplo, atender, percibir, hablar, razonar, pensar, etcétera. De dicha teoría se “nutren” otras teorías que la complementan; las del desarrollo y la personalidad son dos ejemplos conspicuos con los que se entienden e interpretan fenómenos que cobran importancia en ambientes específicos (Ribes, 2010). A su vez, de la teoría general de procesos y de

la personalidad se “nutren” los modelos teóricos aplicables a los problemas de la salud y la enfermedad (*i. e.*, Piña, 2008; Piña y Sánchez-Sosa, 2007; Ribes, 1990).

Formar a los futuros psicólogos incluye a *conocer* sobre una teoría general de procesos, una de la personalidad y los modelos teóricos aplicables a los problemas sociales; también, sobre los métodos que son pertinentes a cada teoría o modelo, según sean sus categorías conceptuales (competencias formativas). De ahí que, con base en este tipo de formación es que posteriormente se tendrían que entrenar las competencias en la forma de habilidades y destrezas; en el ámbito de la salud incluirían a planear, evaluar e investigar (competencias básicas), así como a promover la salud, prevenir una enfermedad y rehabilitar (competencias específicas).

Nótese que se parte de la relación *conocer-entrenar* para los fines de que se aprenda a hacer en aquellas situaciones donde acaecen los problemas y que requieren la experticia o el dominio de la técnica. Es nuestra intención, además, precisar que con entrenar no nos referimos a una práctica en la que los problemas se clasifican adoptando ciertos criterios, para luego concluir que para cada uno existe un listado de procedimientos y técnicas *ad hoc* para atacarlos y resolverlos. Psicológicamente hablando no existen problemas *a priori*, como tampoco procedimientos y técnicas *ad hoc*.¹²

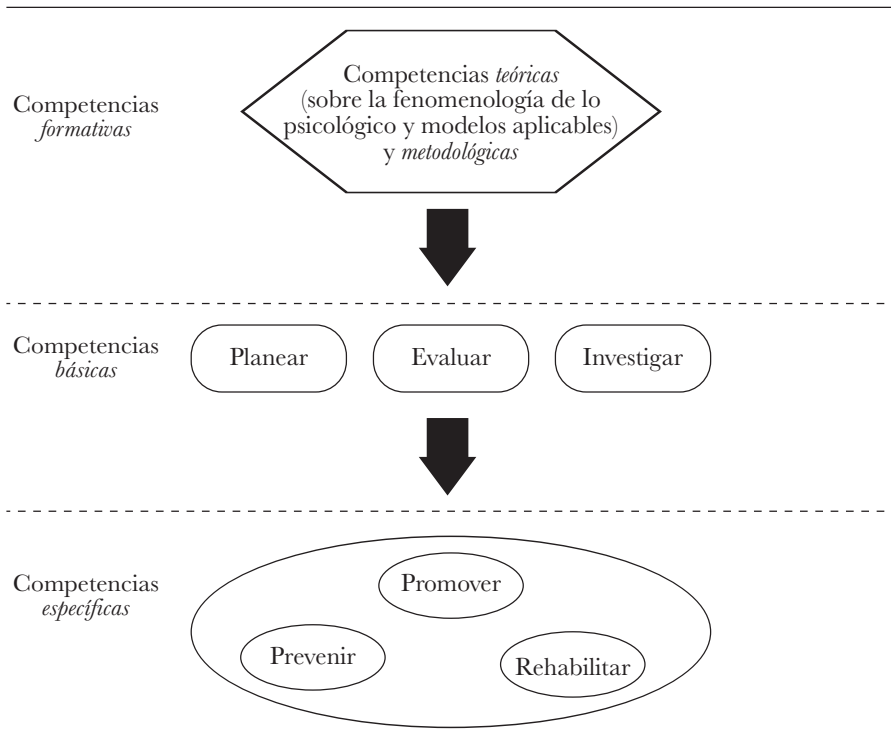
En razón de lo hasta aquí expuesto, formar y entrenar en competencias en el ámbito de la salud demanda que los estudiantes conozcan (teorías y modelos) y sepan qué hacer, cómo y por qué, al momento de atacar y pretender resolver los problemas en los que la dimensión psicológica juega un papel de capital importancia (Figura 1.2).

Sin el conocimiento provisto por una teoría general de procesos, una de la personalidad o un modelo teórico aplicable se puede hacer investigación, ciertamente, aun cuando desprovista de una lógica y de las categorías conceptuales que permitan: a) *predecir* qué tan probable es que una persona se comportará de determinada manera, previo y posterior al acaecimiento de una enfermedad,

¹² Dicho en otras palabras, al atacar y pretender resolver el problema de la “depresión” en una persona con VIH o sida, por ejemplo, no se busca la correspondencia lineal con un procedimiento o técnica, como si existiese de antemano un procedimiento o una técnica anti-depresión. La selección de uno u otra se tiene que ajustar a la naturaleza funcional del problema, considerando además cómo se le ha definido, conceptual y/u operacionalmente (véanse Arkowitz, 2009; Michie, Johnston, Francis, Hardeman y Eccles, 2008).

y b) *identificar y evaluar* qué operaciones de manipulación o intervención han demostrado su efectividad en el cambio conductual (Piña, 2015; Ribes, 2009b).

Figura 1.2. Competencias profesionales del psicólogo en general y en el ámbito de la salud.



Fuente: Adaptada de Piña (2015).

Por ello, cuando se hacía mención de la poca cantidad de investigación que se producía en México desde la psicología y salud, así como su limitado impacto al momento de atacar y pretender resolver los problemas de la salud y la enfermedad, explícitamente poníamos el *dedo en la llaga* con relación a la que llamaremos aquí una cadena consecutiva de errores que se está haciendo evidente en las universidades públicas: cuando los estudiantes se mal forman y mal entrenan, no podemos esperar resultados alentadores una vez que egresan y se insertan profesionalmente en el ámbito de la salud. Tal y como se verá en los siguientes apartados, no se trata de un asunto menor y sin importancia; antes bien, es fundamental para los propósitos de coadyuvar de manera competente —

eficiente, pues— en el ataque de aquellos problemas, en la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y en su rehabilitación.

1.3. ¿Qué tipo de investigación en psicología y salud se promueve en las universidades públicas en México?

Se recordará que al inicio de este trabajo se destacaba que al menos en nuestro país una deuda pendiente por saldarse tiene con la práctica de investigación. En el plano básico, la investigación es fundamental para generar conocimiento que eventualmente se traduzca en un mejor entendimiento de la relación entre lo psicológico y la salud-enfermedad. En el plano aplicado, lo es para generar conocimiento tecnológico o práctico que se conjugue con el obtenido por otras disciplinas científicas o profesionales en el marco de la interdisciplinariedad (Bueno, 2011; Flores, 2011; Piña, 2015).

Por lo que hace a la investigación básica, infortunadamente son escasos los trabajos realizados por psicólogos mexicanos, en particular en los que se han incluido a organismos no-humanos (ratas, fundamentalmente) como sujetos experimentales en el desarrollo de modelos para dar cuenta de diferentes enfermedades. Destacan a guisa de ejemplo los diseñados para la diabetes *mellitus* (Orduña, Hong y Bouzas, 2011), la hipertensión (Orduña, García, Menez, Hong y Bouzas, 2008), el mal de Parkinson (Sánchez-Betancourt, Anaya-Martínez, Gutiérrez-Valdez, Ordóñez-Librado, Montiel-Flores, Espinosa-Villanueva et. al., 2012) y la conducta alimentaria (González-Torres, López-Espinoza y Valerio Dos Santos, 2010; Martínez y Gómez, 2011; Torres-González, López-Espinoza, Martínez, Franco, Díaz, Sosa et. al., 2009). En otra línea destacan trabajos que han incluido a organismos humanos y no-humanos (ratas) en estudios experimentales que relacionan el fenómeno de personalidad con la salud-enfermedad (Camacho y Vega-Michel, 2009; Ribes, Contreras, Martínez, Doval y Viladrich, 2005; Vega-Michel y Camacho, 2015).

Sobre todos ellos, es importante señalar que son investigaciones que se han realizado en Centros o Institutos dedicados para tal fin en las principales instituciones educativas en nuestro país, casos de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la Universidad de Guadalajara (U de G) y el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Son las dos primeras instituciones con una importante tradición y un sólido desarrollo de investigación básica, que no ha permeado a otras instituciones educativas en el

país, que dicho sea de paso no cuentan ni con el personal debidamente formado ni con los recursos (*i.e.*, laboratorios, equipo, instrumental, insumos, etcétera) necesarios para conducir ese tipo de investigación.

En lo tocante a la investigación aplicada que se basa en preparaciones experimentales, hemos encontrado algunas propuestas de intervención con relación a pacientes oncológicos pediátricos (Gálvez, Méndez y Martínez, 2005; Valencia, Flores y Sánchez-Sosa, 2006); con cáncer de mama (Garduño, Riveros y Sánchez-Sosa, 2010; Sánchez-Sosa y Alvarado, 2008); con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión (García y Sánchez-Sosa, 2013; Riveros, Cortazar-Palapa, Alcalzar y Sánchez-Sosa, 2005); con cardiopatía isquémica (Canales, 2011); con insuficiencia renal crónica (Santillán, 2010); con diversas enfermedades gastrointestinales (Caballero, Pérez, Herrera, Manrique y Sánchez-Sosa, 2012); con la infección por el VIH (González y Landeros, 2002, 2008) y con fibromialgia (González y Landeros, 2009). Al igual que en el apartado anterior, la mayoría de esos estudios fueron realizados por psicólogos de la UNAM y de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), principalmente.¹³

En todos estos casos, es interesante hacer notar que también la mayoría de los profesionales de la psicología que se dedica a la labor de investigación egresó de los postgrados en psicología y salud, medicina conductual o investigación clínica que se ofertan en instituciones como la UNAM, el Instituto Politécnico Nacional (IPN) o la UANL. De ahí que, cuando desde hace poco menos de dos décadas Sánchez-Sosa y Hernández-Guzmán (1996) se preguntaban cuáles eran los retos en la formación del psicólogo aplicado, apuntaban con toda claridad; citaremos por su importancia en extenso:

[...] Como ciencia, la psicología ofrece al profesional la base para el diagnóstico, la intervención y la evaluación de sus servicios. Si no fuera por el conocimiento de los mecanismos naturales que regulan el comportamiento humano, no sería posible definir ni valorar el estado inicial de un problema psicológico a cualquier escala. Asimismo, en ausencia de dichos mecanismos o principios generales, no se podrían diseñar o derivar intervenciones orientadas a resolver el problema detectado.

¹³ *En septiembre de 2014 se publicó el ranking de las 10 principales universidades o institutos tecnológicos en México, cuyo lugar de privilegio lo ocupaba la UNAM; asimismo, se encontraban la U de G y la UANL, lo cual vendría a apoyar nuestra tesis de por qué resulta entendible que sean estas instituciones líderes en materia de investigación científica y aplicada en psicología.*

Finalmente, sin los criterios de credibilidad y confianza metodológicos propios de la ciencia, no sería posible valorar el impacto real (clínico, social, etc.) del trabajo del psicólogo (Sánchez-Sosa y Hernández-Guzmán, 1996; p. 213).

Si bien es cierto que en términos generales esos trabajos de investigación básica y aplicada son alentadores, el que los investigadores se concentren en dos o tres universidades y en unas cuantas instituciones de salud, es sin duda motivo de preocupación. Digámoslo así: aun cuando y por razones naturales que devienen del desarrollo de esas instituciones educativas y de salud, la investigación que se genera se distingue por su cantidad y calidad, también lo es que ni son todas las que están, ni están todas las que son. Sirva mencionar que tan sólo en nuestro país y hasta 2011 se habían contabilizado más de 400 Escuelas de Psicología, tanto públicas como privadas (Ribes, 2011),¹⁴ de las que al día de hoy se desconoce qué papel han desempeñado en la formación de científicos y profesionales de la psicología, por un lado, y cuál ha sido su impacto real en el ataque y solución de los problemas de la salud y la enfermedad.

Más preocupante aún, es que también se desconoce si se forman y entrenan a psicólogos competentes que, por lógica, no sólo conozcan de psicología y métodos, sino que sepan hacer investigación —básica y aplicada— que responda a las necesidades en materia de salud. Investigación de calidad, que se distinga por su novedad y que a la par aporte eventuales soluciones a los problemas de salud más apremiantes que siguen aquejando a millones de mexicanos.

1.4. El papel de los Institutos Nacionales de Salud

Hoy día existen en México 11 Institutos Nacionales de Salud (INS), cuyos objetivos principales son promover la investigación científica y aplicada en el campo de la salud, coadyuvar en la formación y capacitación de recursos humanos calificados, así como en la prestación de servicios de atención de alta especialidad (Ascencio, 2015). En la Tabla 1.1 se resumen las líneas generales y/o particulares de

¹⁴ *Hacia finales de 2014 se estimaba habían crecido hasta alcanzar más de las 900. Esto es, tan sólo en tres años prácticamente se duplicaron las Escuelas de Psicología, desconociéndose si todas y cada una de ellas, sean públicas o privadas, se han sometido a los controles y evaluaciones por diferentes instancias colegiadas. Las implicaciones de la falta de controles y evaluaciones son por supuesto muchas, una de las cuales, por una petición elemental de principio, tiene que ver con la calidad en la formación y entrenamiento de los futuros psicólogos.*

investigación que se plantean en cada INS; en pocas de ellas colaboran o bien son desarrolladas por los profesionales de la psicología. Donde se ha encontrado una mayor presencia de éstos en es los institutos Nacionales de Cancerología, Pediatría, Perinatología, Psiquiatría y Salud Pública; es decir, en cinco de los 11.

Tabla 1.1. Institutos Nacionales de Salud en México y principales líneas de investigación.

Institutos Nacionales	Ejemplos de líneas generales o particulares de investigación
Cardiología (INCar)	<i>Investigación básica y tecnológica</i>
	<ul style="list-style-type: none"> - Biología molecular - Biomedicina cardiovascular - Bioquímica - Farmacología - Instrumentación electromecánica
	<i>Investigación clínica</i>
	<ul style="list-style-type: none"> - Cardiopatía isquémica - Infarto del miocardio - Arritmias cardiacas - Influencia del SNA en el aparato cardiovascular
	<i>Investigación socioeconómica</i>
	<ul style="list-style-type: none"> - Ecología y salud - Medicina basada en evidencia - Salud cardiovascular y comunidad - Economía y salud
Cancerología (INCan)	<i>Investigación básica</i>
	<ul style="list-style-type: none"> - Virus y cáncer - Carcinogénesis - Epigenética y cáncer - Farmacogenética
	<i>Investigación clínica</i>
	<ul style="list-style-type: none"> - Cáncer cérvico-uterino - Cáncer de mama - Cáncer de pulmón - Calidad de vida en el paciente de cáncer

Institutos Nacionales	Ejemplos de líneas generales o particulares de investigación
Ciencias médicas y nutrición (INCMN)	- Biología de la reproducción
	- Endocrinología y metabolismo
	- Inmunología y reumatología
	- Vacunas: métodos de diagnóstico
	- Neurología
	- Nutrición animal
	- Genética
	- Infectología
Enfermedades respiratorias (INER)	- Epidemiología
	- Tabaquismo
	- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
	- Cáncer pulmonar
	- Tuberculosis
	- Enfermedades virales
	- Farmacología básica y clínica
Geriatría (INGer)	- Estrés oxidativo
	- Neurodegeneración
	- Inmunogenética del envejecimiento
	- Modelos animales del envejecimiento
	- Determinantes sociales de la salud
	- Redes sociales y familiares
	- Costos de la atención en salud
Medicina Genómica (INMG)	- Genómica de las enfermedades metabólicas
	- Oncogenómica
	- Genómica funcional del cáncer
	- Genómica de las enfermedades auto-inmunes
	- Genómica de las enfermedades atópicas
	- Genómica de poblaciones
Neurología y Neurocirugía (INNN)	- Enfermedad vascular-cerebral
	- Tumores del sistema nervioso
	- Alteraciones psiquiátricas
	- Demencias
	- Neurobiología

Institutos Nacionales	Ejemplos de líneas generales o particulares de investigación
Pediatria (INPed)	- Enfermedad vascular-cerebral
	- Tumores del sistema nervioso
	- Alteraciones psiquiátricas
	- Demencias
	- Neurobiología
Pediatria (INPed)	- Enfermedades infecciosas y parasitarias
	- Enfermedades oncológicas
	- Neurociencias
	- Obesidad y nutrición
	- Medicina ambiental y adicciones
- Salud reproductiva	
Perinatología (INPer)	- Enfermedad hipertensiva en el embarazo
	- Diabetes gestional y obesidad
	- Salud reproductiva del adolescente
	- Lactancia materna y nutrición perinatal
	- Enfermedades hereditarias y congénitas
- Salud mental en el proceso reproductivo	
Psiquiatria (INPsic)	- Fisiología nuclear
	- Neuroquímica
	- Fisiología integrativa
	- Alcoholismo y otras adicciones
	- Violencia e impacto en la salud mental
	- Epidemiología
- Aspectos psicosociales de trastornos mentales	
Rehabilitación (INReh)	- Ingeniería de tejidos
	- Medicina genómica
	- Quemaduras
	- Actividad física y lesiones deportivas
	- Neurorehabilitación y neurociencias
	- Transplante de piel y músculo-esquelético
- Enfermedades neuromusculares	
Salud Pública (INSP)	- Prevención y control del cáncer
	- Salud y grupos vulnerables

Institutos Nacionales	Ejemplos de líneas generales o particulares de investigación
	- Salud ambiental
	- Salud sexual, SIDA e ITS
	- Recursos humanos en salud
	- Protección social en salud
	- Evaluación de programas y políticas de salud

Nota: la delimitación de las líneas de investigación (*i.e.*, básica y tecnológica, clínica, socio-médica, etcétera) no está explícita en todos los Institutos Nacionales de Salud.

Fuente: Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud

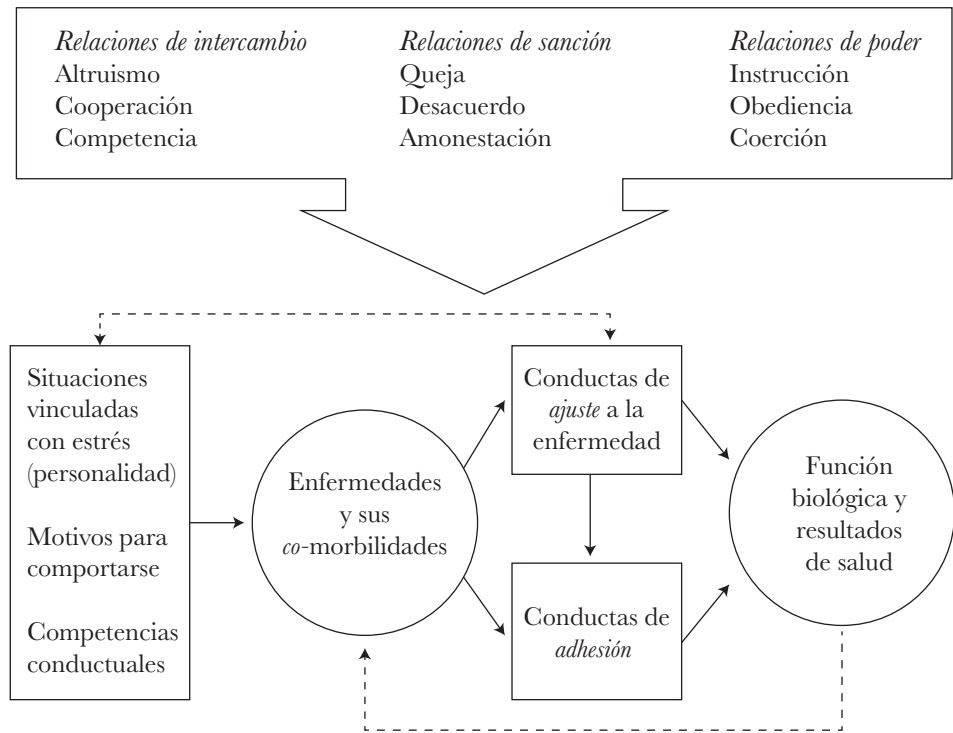
(Disponible en Internet: <http://www.ccinshae.salud.gob.mx>)

Esto último resulta entendible, pues la incorporación de los psicólogos a los INS data de finales de la década del ochenta y principios de la siguiente década del pasado siglo, sin que hasta el momento haya sido posible su incorporación definitiva en los Institutos Nacionales de Cardiología (INCar) y Geriátrica (INGer), por mencionar dos casos. Además, hay que tener en cuenta que no necesariamente en los restantes se considera al profesional de la psicología como un “igual” que otros profesionales de la salud, dígase el caso de los distintos especialistas biomédicos. Por tanto, y merced a la formación y el entrenamiento de sus cuadros, sumada a la experiencia acumulada con el correr de los años, los profesionales de la psicología en al menos tres de los INS han dejado de cumplir con los roles tradicionales de evaluación con fines clínicos y de intervención con fines de rehabilitación; en efecto, también se le ha venido dando un fuerte impulso a las tareas de investigación y diseño/evaluación de programas institucionales. Por ejemplo, en el INPer desde la pasada década se le viene dando forma a un programa de psicología —articulado con los programas biomédicos— para la mejor atención de mujeres que enfrentan problemas de sexualidad en pareja o que viven con el virus del papiloma humana, cáncer de mama y ginecológico, así como con diabetes (Meza, Mancilla, Morales-Carmona, Sánchez-Bravo, Pimentel-Nieto y Carreño, 2011; Pimentel-Nieto, Morales-Carmona, Sánchez-Bravo y Meza-Rodríguez, 2013).

En la misma dirección se tiene al diseño/evaluación de programas institucionales (Meza, 2007; Sánchez-Bravo y Carreño, 2007; Sánchez-Bravo, Carreño, Watty y Belmont, 2013), a los que anteceden la investigación aplicada

y con los que se busca desarrollar modelos de intervención clínica basados en la evidencia. Asimismo, y como parte de un proyecto de investigación inter-institucional, se está preparando un modelo teórico para la investigación e intervención (Figura 1.3), cuya lógica parte de identificar, cuando se ha diagnosticado una enfermedad, cómo es que las relaciones de intercambio, sanción o poder —que tienen que ver con la conducta social— afectan a las variables psicológicas o a dos tipos de conductas, de ajuste a la enfermedad y de adhesión a los tratamientos.

Figura 1.3. Propuesta de modelo de investigación e intervención en el INPer.



Fuente: elaboración propia.

Así, en el modelo se plantea que la conducta social podría afectar directamente a las conductas de ajuste a la enfermedad o de adhesión a la terapéutica, o bien hacerlo indirectamente, a través de las variables psicológicas de proceso. Es importante subrayar que se trata de un modelo teórico en el que se ha privilegiado la continuidad teórica, en los que se reconocen dos niveles de análisis

de la conducta, la social y la psicológica, a partir de los planteamientos de Ribes (1988, 1992, 2001).¹⁵

Por otro lado, especial atención merece el Instituto Nacional de Cancerología (INCan), en el que se ha venido trabajando un Modelo de Atención Psicooncológica en Cuidados Paliativos en la fase terminal de la enfermedad oncológica. El Servicio de Cuidados Paliativos en el INCan existe desde hace más de dos décadas, en conjunto con la Clínica del Dolor, aun cuando no es sino hasta 2010 que se formalizó la separación del servicio de manera independiente y con ello se dio pie a la creación del Programa de Atención y Cuidados en Oncología (PACO), en el cual se inscribe el Área de Atención Psicológica.¹⁶

El objetivo principal es el de la evaluación y atención de problemas “emocionales” de pacientes y familiares ante el avance de la enfermedad oncológica —desde la confirmación del diagnóstico, pasando por la evolución de la enfermedad, el encontrarse fuera de tratamiento oncológico y el deterioro físico—, para culminar con el fallecimiento y el manejo del duelo para los dolientes. La ruta de atención por parte del Área de Psicología está estrechamente relacionada con el Modelo Médico del Programa de Atención y Cuidados en Oncología establecido en el INCan, en donde se reciben pacientes, quienes: 1) Acuden por primera vez al Instituto al servicio de pre-consulta, en donde al ser valorados por un médico oncólogo se determina que se encuentran fuera de tratamiento oncológico y sólo tienen la opción de manejo paliativo, y 2) Son referidos por algunas de las áreas de especialización oncológica, en donde ya han recibido tratamiento oncológico (quimioterapia, radioterapia o cirugía), pero que a pesar de ello enfrentan la progresión de la enfermedad oncológica o bien su recaída, sin posibilidad de continuar con alguno de los tratamientos mencionados.

¹⁵ *En la experiencia de dos de las autoras del presente capítulo (quienes justo laboran en el Instituto Nacional de Perinatología), un componente que han encontrado influye de manera determinante en las conductas de ajuste a la enfermedad y de adhesión a los tratamientos, es precisamente el social. Sin embargo, no ha sido sino hasta el planteamiento de dicho modelo en el que por primera vez se han conjuntado para su análisis y medición dos variables, las sociales y las psicológicas, que responden a una misma lógica teórica.*

¹⁶ *El ITESO es una de las pocas universidades que en el nivel de pregrado forma a sus estudiantes en el área de los cuidados paliativos desde una perspectiva psicológica. De hecho el informe de Cuidados Paliativos en México realizado por Human Rights Watch, menciona al ITESO como una institución formadora de psicólogos de pregrado en la mencionada área (<http://www.hrw.org/node/130141/section/7>).*

Una vez que los pacientes ingresan al Programa PACO, son valorados por el Área Médica, cuyo personal determina los síntomas a paliar y el tratamiento más adecuado ante las necesidades físicas del paciente. Posteriormente son referidos al Área de Psicología para determinar la condición psicológica del paciente y la familia (Ascencio, Rangel-Domínguez y Allende, 2013). A continuación se describen las principales actividades que realizan los psicólogos que se forman parte del Servicio de Cuidados Paliativos en el INCa:

1. Valorar el estado emocional del paciente y del cuidador primario, que acuden al servicio por primera vez derivado de otros servicios para su atención integral. Se busca identificar las necesidades de atención psicosocial, establecer un diagnóstico psicológico en los diversos escenarios en los que se organiza la atención paliativa (consulta externa, hospitalización, hospital de día, visita domicilia y el denominado *call center*).
2. Valorar psicológicamente a los miembros de la familia, con el fin de identificar su dinámica, la organización, las pautas de comunicación y el impacto emocional que tienen en aquéllos el diagnóstico oncológico, el pronóstico y la cercanía de la muerte; la finalidad es la de determinar las necesidades de atención psicológica e instrumentar estrategias de atención en el nivel familiar y coadyuvar en la atención integral e interdisciplinaria de la atención en cuidados paliativos, a través de reuniones familiares programadas.
3. Diseñar y proporcionar tratamiento psicológico al paciente, al cuidador primario y a los integrantes de la familia, tomando en cuenta: 3a) la condición de salud y la sintomatología física al momento de la valoración; 3b) los resultados aportados por las escalas de sobrevida, de funcionalidad física que reporta el área médica, y 3c) las necesidades de atención psico-social detectadas en la valoración psicológica inicial realizada con el paciente, cuidador primario y familia ya sea con consultas programadas o bien el área de hospitalización.
4. Proporcionar psicoterapia grupal con los cuidadores primarios en un grupo abierto una vez a la semana, a través de técnicas cognoscitivo-conductuales (solución de problemas, psico-educación, expresión y validación emocional y *counselling*) para fortalecer el rol de cuidador primario (asignado o elegido), fomentar conductas de auto-cuidado en la esfera física, emocional y espiritual, así como promover el acompañamiento al final de la vida.
5. Realizar seguimientos telefónicos (*call center*) en casos en los que por deterioro físico, limitaciones de traslado o limitaciones para que el paciente acuda al

Instituto, o bien cuando existe una condición emocional importante que requiera vigilancia estrecha como: ideación e intentos suicidas, crisis de ansiedad o problemas relacionados con el cuidador primario (menores de edad, cuidadores de la tercera edad, limitada red de apoyo familiar o social, entre otras).

6. Participar con el equipo interdisciplinario en las visitas domiciliarias con el objeto de valorar emocionalmente al paciente o proporcionar intervención psicológica breve orientada en las necesidades psicológicas del paciente.
7. Promover la rehabilitación social de la familia una vez que fallece el paciente por medio del Taller de Duelo, que tiene como objetivo ofrecer las condolencias a la familia, cerrar el proceso de atención en el Servicio de Cuidados Paliativos, identificar cómo la familia afronta la pérdida y, en su caso, los factores de riesgos para un duelo complicado. Este proceso se lleva al cabo apoyándose en la psico-educación, el *counselling* y en diversas técnicas de expresión emocional.
8. Vigilar y promover en el personal de salud estrategias psicológicas para el manejo del estrés para evitar el *burnout*, el manejo de la muerte y el sufrimiento; asimismo, desarrollar competencias actitudinales y habilidades en la atención del paciente terminal y proporcionar psicoterapia de apoyo en caso necesario.
9. Realizar actividades docentes dentro de los cursos de entrenamiento en Cuidados Paliativos en los niveles de pre y posgrado en Medicina, Psicología, Enfermería y Trabajo Social y participar en la presentación y discusión de casos clínicos desde una perspectiva transdisciplinar y bioética.
10. Realizar investigación clínica aplicada desde la perspectiva psicológica en Cuidados Paliativos.

Dentro de los proyectos de investigación y revisiones teóricas desarrollados por el Área de Psicología y que han dado lugar a diversas publicaciones en revistas especializadas se encuentran los siguientes: Modelo de Atención Psicológica en Cuidados Paliativos Oncológicos (Ascencio et. al., 2013); comunicación de malas noticias (Ascencio, Allende, Castañeda-de la Lanza y Verástegui, 2013); atención domiciliaria (Allende, Ortega-Olvera, Verástegui, Domínguez-Ocadio, Monreal y Ascencio, 2013); efectos de la técnica de solución de problemas en cuidadores primarios (Rangel-Domínguez, Ascencio, Ornelas-Mejorada, Allende, Landa-Ramírez y Sánchez-Sosa, 2013); creencias y actitudes ante la muerte en el personal de salud (Ascencio, Allende y Verástegui, 2014); por

último, características de la población indígena en cuidados paliativos (Saldaña, Ascencio y Rangel-Domínguez, 2014). Asimismo, se han elaborado tesis de Postgrado, como parte del proceso de titulación en la Maestría de Medicina Conductual de la UNAM.

Finalmente, las temáticas y problemas abordados en el INCan han permitido fortalecer los procesos de atención psicológica, no sólo en el Instituto sino también en los Centros Oncológicos y Unidades de Atención de Cuidados Paliativos de diversas instituciones de la Secretaría de Salud, del Instituto de Seguridad Social y Salud para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); además, se ha coadyuvado en el fortalecimiento del abordaje psicológico para el paciente, el cuidador primario, la familia y el personal de salud, así como en la promoción dentro de la comunidad médica del reconocimiento y la inclusión de los psicólogos, como pieza angular en la atención integral de cuidados paliativos; finalmente, se trata de proponer, establecer y evaluar la pertinencia y alcances de líneas de investigación en el Área de Psicología en la atención del paciente terminal.

1.5. Apuntes finales

México enfrenta hoy día una fuerte problemática en materia de salud, caracterizada por el incremento sostenido de diferentes ECNT, dentro de las que atención especial merecen las del corazón, la hipertensión, la diabetes mellitus tipo 2 y los distintos tumores malignos (Córdova-Villalobos, Barriguete-Meléndez, Lara-Esqueda, Barquera, Rosas-Peralta, Hernández-Ávila et al., 2008). Éstas se asocian con sobrepeso y obesidad (Córdova-Villalobos, 2009), por un lado, así como con la forma en que nos comportamos cotidianamente: consumo de sustancias (alcohol y drogas), consumo de alimentos ricos en grasas y sales, carencia de ejercicio físico dosificado, etcétera (Piña, 2015).

Entender qué y cómo lo psicológico participa en la prevención y control clínico de esas u otras enfermedades precisa de investigación científica y tecnológica, justificada fundamentalmente en procedimientos experimentales. Tal y como hemos señalado recientemente (Piña, Sánchez-Bravo, García-Cedillo, Ybarra y García-Cadena, 2013), si aspiramos a trascender los lugares comunes una vez que los psicólogos se incorporan al ámbito de la salud, es requisito indispensable replantearnos sería y críticamente qué y cómo se están formando y entrenando a los psicólogos de la salud en nuestro país.

Ya no es sostenible el que en la mayoría de Escuelas de Psicología se siga privilegiando una suerte de psicología *folk* o del sentido común, en la confianza de que ello será suficiente para atacar y resolver —por una suerte de decreto— los problemas de la salud y la enfermedad en los que la dimensión psicológica cobra singular relevancia. Tampoco es sostenible la explosión desmedida de nuevas Escuelas de Psicología en el país, pues recordamos que cuando Ribes reportaba que hacia finales de la pasada década existían más de 400 Escuelas de Psicología en México, un cuestionamiento puntual que el autor hizo fue el que la mayoría carecía de programas de certificación por instancias colegiadas —por ejemplo, el Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología, CNEIP—, que cumplieran a cabalidad con esa encomienda; antes bien, su papel, concluyó el autor, estaba siendo meramente “nominal”.

Revertir el actual estado de cosas tiene, a nuestro parecer y entender, que llevarnos más temprano que tarde a una amplia y seria discusión sobre cómo se están formando y entrenando a los psicólogos, y de especial interés, a los que se incorporarán al ámbito de la salud. Es preciso diseñar, instrumentar y evaluar rigurosamente, sobre la base de criterios consensuados, los programas de Licenciatura en Psicología en México. No concebimos otra forma de allanar el camino para que los psicólogos de la salud respondan con eficiencia profesional a los problemas de la salud y enfermedad que aquejan a millones de mexicanos.¹⁷

¹⁷ Ciertamente, y que es motivo de análisis en otro espacio, tendríamos que discutir sobre el papel que diferentes asociaciones o sociedades están jugando en el ámbito que relaciona la psicología con la salud; destacan por su importancia la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud (ALAPSA), que cuenta con un capítulo México y el Caribe; asimismo se tiene a la Asociación Mexicana de Medicina Conductual (AMMC); está también el Sistema Mexicano de Investigación en Psicología (SMIP), que tiene una Red de Investigadores en Psicología y Salud y, finalmente, en la Universidades Públicas se tienen a los distintos Cuerpos Académicos sobre Psicología y Salud, que se reúnen los primeros meses de cada año.

Bibliografía

- Allende, S., Ortega-Olvera, L., Verástegui, E., Domínguez-Ocadio, G., Monreal, E. y Ascencio, L. (2013). La pieza perdida en la medicina actual: atención domiciliaria a pacientes paliativos oncológicos. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 12, 229-233.
- Ardila, R. (1997). Análisis experimental del comportamiento y psicología de la salud. *Psicología Conductual*, 5, 435-443.
- Arkowitz, H. (2009). Principles of change vs. therapy techniques or principles of change and therapy techniques: A commentary of Goldfried's 1980 paper. *Applied and Preventive Psychology*, 13, 5-7.
- Ascencio, L. (2015). Psicooncología y cuidados paliativos. En J. A. Piña y J. L. Ybarra (Coords.), *La psicología en el ámbito de la salud en México: investigación y aplicación del conocimiento* (pp. 25-46). México: Universidad Autónoma de Tamaulipas/Plaza y Valdés.
- Ascencio, L., Allende, S., Castañeda-de la Lanza, C. y Verástegui, E. (2013). La Comunicación de las malas noticias en Cuidados Paliativos. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 12, 276-279.
- Ascencio, L., Allende, S. y Verástegui, E. (2014). Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos. *Psicooncología*, 11, 101-116.
- Ascencio, L., Rangel-Domínguez, N. E. y Allende S. (2013). Proceso de atención psicológica en el Programa de Atención y Cuidados en Oncología del Instituto Nacional de Cancerología. *Psicooncología*, 10, 393-406.
- Bloch, A. (1992). *El libro completo de las Leyes de Murphy*. México: Diana.
- Bueno, R. (2011). Reflexiones acerca del objeto y metas de la psicología como una ciencia natural. *LIBERABIT*, 17, 37-48.
- Caballero, N. P., Pérez, I.N., Herrera, M.A., Manrique, M.A. y Sánchez-Sosa, J. J. (2012). Efectos de una intervención cognitivo-conductual sobre la adhesión terapéutica y regulación emocional en pacientes con enfermedades gastrointestinales. *Psicología y Salud*, 22, 257-273.
- Camacho, E. y Vega-Michel, C. (2009). Efectos de diferentes programas de evitación de ruido en inmunoglobulina (IgA) salival en niños. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 19, 51-61.

- Canales, L. (2011). Intervención cognitivo-conductual para la disminución del estrés en pacientes con cardiopatía isquémica. *Suma Psicológica*, 8, 21-28.
- Córdova-Villalobos, J. A. (2009). Sobrepeso y obesidad, problemas de salud pública en México. *Cirugía y Cirujanos*, 77, 421-422.
- Córdova-Villalobos, J. A., Barriguete-Meléndez, J., Lara-Esqueda, A., Barquera, S., Rosas-Peralta, M., Hernández-Ávila, M., et. al. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública de México*, 50, 419-427.
- Flores, C. J. (2011). De los modelos animales a la práctica psicológica: el surgimiento de algunas técnicas aplicadas a problemas de salud. *Suma Psicológica*, 18, 115-123.
- Gálvez, A.B., Méndez, J. y Martínez, C. (2005). Preparación psicológica basada en la información y manejo de la ansiedad en pediatría oncológica. *Acta Pediátrica de México*, 26, 35-43.
- García, R. y Sánchez-Sosa, J. J. (2013). Efectos de la entrevista motivacional en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Psicología y Salud*, 23, 183-193.
- Garduño, C., Riveros, A. y Sánchez-Sosa, J. J. (2010). Calidad de vida y cáncer de mama: efectos de una intervención cognitivo-conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1, 69-80.
- González, M.T. y Landero, R. (2002). Efectividad del adiestramiento en inoculación del estrés en personas con VIH/sida. *Psicología y Salud*, 12, 49-56.
- _____ (2008). Efectos de la inoculación al estrés sobre la percepción de estresores en personas con VIH. En J. A. Piña y J. J. Sánchez-Sosa (Coords.), *Aportaciones de la psicología al problema de la infección por VIH: investigación e intervención* (pp. 141-160). México: Universidad de Sonora/Plaza y Valdés.
- _____ (2009). Impacto de una intervención virtual en la disminución de los síntomas somáticos en personas con fibromialgia. En J. Moral de la Rubia (Comp.), *Investigaciones en psicología social, personalidad y salud* (pp. 153-168). México: Consorcio de Universidades Mexicanas.
- González-Torres, M. L., López-Espinoza, A. y Valerio Dos Santos, C. (2010). Efecto del tipo de controlabilidad del estrés sobre la conducta alimentaria en ratas. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 36, 111-127.

- Martínez, H. y Gómez, I. C. (2011). Modelos experimentales en el estudio y prevención de los trastornos alimentarios: el caso de la anorexia por actividad. En J. L. Ybarra, J. J. Sánchez-Sosa y J.A. Piña (Eds.), *Trastornos y enfermedades crónicas: una aproximación psicológica* (pp. 23-44). México: El Manual Moderno.
- Meza-Rodríguez, M.P. (2007). Guía clínica de intervención psicológica de la mujer con cáncer de mama y ginecológico. *Perinatología y Reproducción Humana*, 21, 72-80.
- Meza-Rodríguez, M.P., Mancilla, J., Morales-Carmona, F., Sánchez-Bravo, C., Pimentel-Nieto, D. y Carreño, J. (2011). Adaptación psicológica en mujeres con infección por el virus del papiloma humano. *Perinatología y Reproducción Humana*, 25, 17-22.
- Michie, S., Johnston, M., Francis, J., Hardeman, W. y Eccles, M. (2008). From theory to intervention: Mapping theoretically derived behavioural determinants of behaviour change techniques. *Applied Psychology: An International Review*, 57, 660-680.
- Orduña, V., García, A., Menez, M., Hong, E. y Bouzas, A. (2008). Performance of spontaneous hypertensive rats in a peak-interval procedure with gaps. *Behavioral Brain Research*, 191, 72-76.
- Orduña, V., Hong, E. y Bouzas, A. (2011). Timing behavior in streptozotocin-induced diabetic rats. *Behavioral Brain Research*, 224, 189-194.
- Pimentel-Nieto, D., Morales-Carmona, F., Sánchez-Bravo, C. y Meza-Rodríguez, M.P. (2013). Intervención psicológica oportuna en pacientes embarazadas con diabetes. *Perinatología y Reproducción Humana*, 27, 98-105.
- Piña, J. A. (2004). La psicología y los psicólogos en el sector salud en México: algunas realidades perturbadoras. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 191-205.
- _____ (2005). Psicología de la salud en México en el periodo 2000-2004: análisis, investigación y difusión. *Psicología y Salud*, 15, 157-168.
- _____ (2008). Variaciones sobre el modelo psicológico de salud biológica de Ribes: justificación y desarrollo. *Universitas Psychologica*, 7, 19-32.
- _____ (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.
- _____ (2012). Investigación e intervención en psicología y salud: un estudio bibliométrico en revistas editadas en México en el periodo 2005-2010. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 4, 37-47.

- Piña, J. A. (2014) Productividad sobre psicología y salud en México en revistas internacionales editadas en español (2005-2010). *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 19, 68-80.
- _____ (2015). *Psicología y salud: obstáculos y posibilidades para su desarrollo en el siglo XXI*. Hermosillo, México: Editorial de la Universidad de Sonora.
- Piña, J. A., Fierros, L.E., García-Cadena, C.H. e Ybarra, J.L. (2011). Psicología y salud (II): tendiendo puentes entre la psicología básica y la aplicada. El rol del fenómeno de personalidad. *Pensamiento Psicológico*, 9, 203-212.
- Piña, J. A., Sánchez-Bravo, C., García-Cedillo, I., Ybarra, J.L. y García-Cadena, C.H. (2013). Psicología y salud en México: algunas reflexiones basadas en el sentido común y la experiencia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 9, 347-360.
- Piña, J. A. y Sánchez-Sosa, J. J. (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH. *Universitas Psychologica*, 6, 399-407.
- Rangel-Domínguez, N.E., Ascencio, L., Ornelas-Mejorada, R.E., Allende, S., Landa-Ramírez, E. y Sánchez-Sosa, J. J. (2013). Efectos de la solución de problemas sobre los comportamientos de autocuidado de cuidadores de pacientes oncológicos en fase paliativa: Un estudio piloto. *Psicooncología*, 10, 365-376.
- Reynoso, L., Bravo, M.C., Anguiano, S.A. y Mora, M. (2012). La evaluación de la residencia en Medicina Conductual. ¿La historia se repite? *Revista de Educación y Desarrollo*, 23, 45-53.
- Ribes, E. (1988). Delimitación de la psicología y la sociología: ubicación de la psicología social. *Revista Sonorense de Psicología*, 2, 72-81.
- _____ (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- _____ (1992). Factores macro y micro-sociales participantes en la regulación del comportamiento psicológico. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 15, 39-55.
- _____ (2001). Functional dimensions of social behavior: Theoretical considerations and some preliminary data. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 27, 285-306.
- _____ (2005). Reflexiones sobre la eficacia profesional del psicólogo. *Revista Mexicana de Psicología*, 22, 5-14.
- _____ (2006). Competencias conductuales: su pertinencia en la formación y práctica profesional del psicólogo. *Revista Mexicana de Psicología*, 23, 19-26.

- Ribes, E. (2009a). La investigación en la universidad pública. *Ciencia*, 60, 70-77.
- _____ (2009b). Reflexiones sobre la aplicación del conocimiento psicológico: ¿Qué aplicar o cómo aplicar? *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 36, 3-17.
- _____ (2010). Lenguaje ordinario y lenguaje técnico: un proyecto de currículo universitario para la psicología. *Revista Mexicana de Psicología*, 27, 55-64.
- _____ (2011). La psicología: Cuál, cómo y para qué. *Revista Mexicana de Psicología*, 28, 85-92.
- 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.
- Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcazar, F. y Sánchez-Sosa, J. J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 445-462.
- Rodríguez, G. y Rojas, M. (1998). La psicología de la salud en América Latina. En G. Rodríguez y M. Rojas (Coords.), *La psicología de la salud en América Latina* (pp. 14-32). México: Universidad Nacional Autónoma de México/Miguel Ángel Porrúa.
- Saldaña, M., Ascencio, L. y Rangel-Domínguez, N.E. (2014). Características de la población indígena en México en Cuidados Paliativos por cáncer. *Medicina, Salud y Sociedad*, 4, 268-284.
- Sánchez-Betancourt, J., Anaya-Martínez, V., Gutiérrez-Valdez, A. L., Ordóñez-Librado, J. L., Montiel-Flores, E., Espinosa-Villanueva, J., et al. (2012). Manganese mixture inhalation is a reliable Parkinson disease model in rats. *Toxicology*, 33, 1346-1355.
- Sánchez-Bravo, C. y Carreño, J. (2007). Guía de intervención psicológica de la sexualidad humana en parejas. *Perinatología y Reproducción Humana*, 21, 33-43.
- Sánchez-Bravo, C., Carreño, J., Watty, A. y Belmont, A. (2013). Psicoterapia de grupo para parejas como modelos de intervención en una institución de tercer nivel. *Salud Mental*, 36, 291-305.
- Sánchez-Sosa, J. J. (2009). El impacto social de la investigación psicológica en salud. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, XXIV, 115-120.
- Sánchez-Sosa, J. J. y Alvarado, S. (2008). A behavioral self-recording procedure in the management of breast cancer: A field test with disadvantaged participants. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 34, 311-329.

- Santillán, C. (2010). Diseño, implementación y evaluación de un programa de intervención educativa para pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1, 37-46.
- Torres-González, C., López-Espinoza, A., Martínez, A.G., Franco, K., Díaz, D., Sosa, G.A., et al. (2009). Consumo de alimento y endulzante bajo condiciones de estrés inducido en ratas. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 35, 133-147.
- Valencia, A.I., Flores, A. y Sánchez-Sosa, J. J. (2006). Efectos de un programa conductual para el cuidado de pacientes oncológicos pediátricos. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 32, 179-198.
- Vega-Michel, C. y Camacho, E. (2015). Estilos interactivos y cortisol salival como parámetro biológico del proceso de salud. En J. A. Piña y J. L. Ybarra (Coords.), *La psicología en el ámbito de la salud en México: investigación y aplicación del conocimiento* (pp. 209-230). México: Universidad Autónoma de Tamaulipas/Plaza y Valdés.

Capítulo 2

Bases para un enfoque interdisciplinario en el ámbito de la salud en México: reflexiones críticas sobre las Unidades Médicas de Especialidad (UNEME)

Segunda Ley de Chisholm:
Las proposiciones, según las entiende el que las propone,
serán juzgadas de distinta forma por los demás¹⁸

Francisco Morales Calatayud¹⁹
Julio Alfonso Piña López²⁰

2.1. Introducción

En México, como en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, subsisten profundas desigualdades económicas y sociales que se traducen, entre otras cosas, en un acceso limitado a servicios de salud de calidad para el grueso de la población (Chertorivski y Fajardo, 2012; Gómez-Dantés, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola y Frenk, 2011). El panorama se complica si para tal efecto se tiene en cuenta la existencia del que se ha dado en llamar el régimen mixto de enfermedades infecciosas y crónicas, que afecta de manera especial tanto a los adultos jóvenes como a los mayores (Samper-Ternent, Michaels-Obregón, Wong y Palloni, 2012).

A ello hay que sumar los siguientes hechos:

1. El análisis de la epidemiología de las enfermedades crónicas transmisibles (ECT) y no-transmisibles (ECNT) es revelador, ya que el conocimiento de su historia natural y los factores de riesgo que se les asocian no se ha traducido en una prevención ciento por ciento efectiva; sirvan mencionar los casos de la infección por el VIH, la diabetes, las cardiovasculares y las cerebro-vasculares,

¹⁸ Bloch, 1992; p. 13

¹⁹ Polo de Salud Comunitaria de Paysandú. Universidad de la República, Uruguay

²⁰ Programa de Salud Institucional. Universidad de Sonora, México

cuya incidencia y/o prevalencia va en constante aumento (Aguilar-Salinas y Rojas-Martínez, 2012; Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, 2014; Contreras-Leal y Santiago-García, 2011; Secretaría de Salud, 2012).

2. Si bien en el ámbito clínico se destaca la importancia del estricto control de una ECT o una ECNT cuando ya se le ha diagnosticado, también en este rubro se han evidenciado algunos problemas. Por ejemplo, en un estudio nacional que incluyó a 2 054 personas con VIH bajo tratamiento con medicamentos antirretrovirales, en una medición del índice de adhesión — que incluía el seguimiento de un horario, instrucciones y tiempo transcurrido desde que dejaron de consumir los medicamentos— el porcentaje de no-adhesión fue del 45%, con las consiguientes implicaciones clínicas: resistencia a los medicamentos y el conocido como “rebote” viral (Balandrán, Gutiérrez y Romero, 2013). En otro, que contempló a pacientes diagnosticados con diabetes de siete estados de la República, se señala que si bien el 85% consumió los medicamentos prescritos y 69% siguió las recomendaciones de una dieta, tan sólo el 54% realizó ejercicio físico de manera regular (Hernández-Romieu, Elneavé-Olaiz, Huerta-Uribe y Reynoso-Noverón, 2011). Por último, en uno que incluyó una muestra también nacional de 10 898 pacientes con diagnóstico de hipertensión, con todo y que el 73.9% se encontraba en un régimen farmacológico, sólo el 51.2% mostró un adecuado control de la presión arterial (Campos-Nonato, Hernández-Barrera, Rojas-Martínez, Pedroza, Medina-García y Barquera, 2013).

Ante la imperiosa necesidad de dar respuesta a lo antes expuesto, es que en México se ha vuelto una prioridad el desarrollo de propuestas innovadoras, de cara a prevenir las ECT y ECNT, facilitar su control apropiado en el ámbito clínico, así como mejorar la calidad y el tiempo de sobrevida en quienes las padecen. Una de esas propuestas se tiene con la creación en 2008 de las conocidas como Unidades Médicas de Especialidad (UNEME), que se asegura combinan la prevención y el tratamiento oportuno y eficaz de las ECNT (Córdova-Villalobos, Barriguete-Meléndez, Lara-Esqueda, Barquera, Rosas-Peralta, Hernández-Ávila et al., 2008). Citaremos a los autores por su importancia en extenso:

[...] Las Uneme representan un modelo interdisciplinario de prevención clínica, diseñado para atender a pacientes con sobrepeso, obesidad, riesgo cardiovascular y

diabetes mellitus [...] En las Uneme es preciso llevar a cabo la evaluación integral, la educación del paciente sobre el padecimiento, el diseño del seguimiento a largo plazo, la prescripción eficaz y personalizada de programas de alimentación y actividad física, la identificación de barreras para alcanzar el cumplimiento de las recomendaciones y la selección del tratamiento farmacológico mediante protocolos estandarizados y manuales de procedimientos. Además, hay que identificar las complicaciones de la diabetes. Asimismo, se requiere la participación de un grupo multidisciplinario adiestrado (dos médicos, tres nutriólogos, dos psicólogos, tres enfermeras educadoras, tres trabajadoras sociales y personal administrativo) (Córdova-Villalobos, Barriguete-Meléndez et al., 2008; pp. 423-424).

No obstante que las UNEME se constituyeron en una alternativa viable para atacar las UNEME más apremiantes en el país,²¹ desde nuestra óptica enfrentan dos problemas de origen, que sintetizamos en: 1) El supuesto interdisciplinario del que se parte para el abordaje de las ECNT, y 2) El modelo médico-biológico que subyace tanto al concepto como a la práctica de prevención clínica.

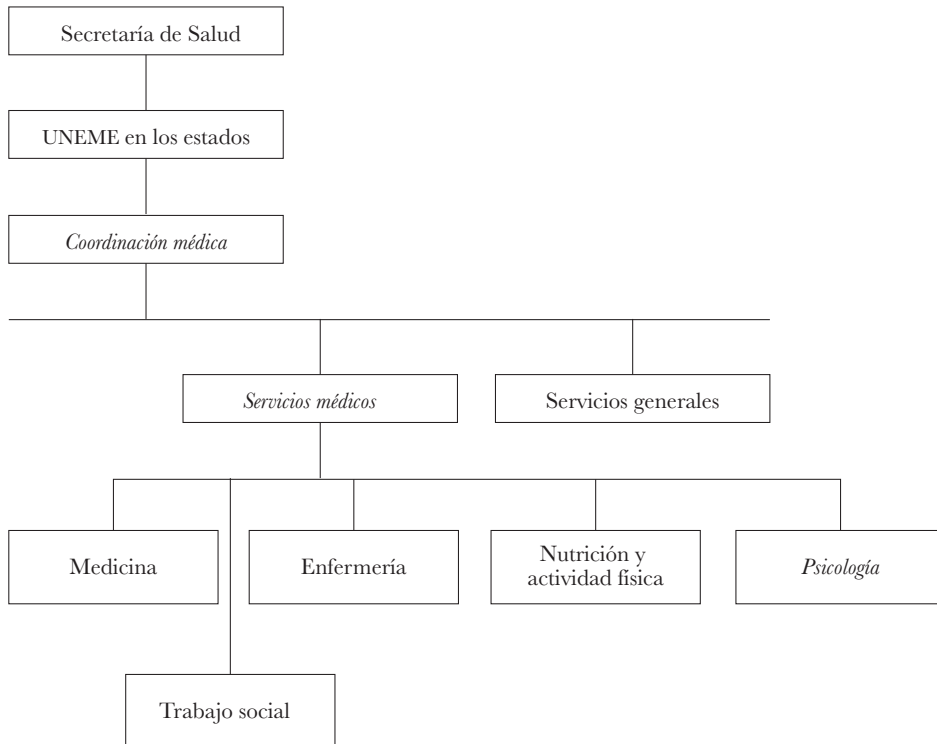
2.2. Las UNEME y el supuesto de la interdisciplinariedad

Cuando se revisa la estructura organizacional de las UNEME para el abordaje de las ECNT, lo que se observa en una primera instancia es una línea administrativa y operativa que descansa en los profesionales médicos. Ello trae consigo el que nutriólogos, enfermeras, trabajadoras sociales y psicólogos dependan jerárquicamente de aquéllos (Figura 2.1). Aún cuando pudiera dar la impresión que se trata de un asunto menor, el mismo entraña la clave para entender, entre otras cosas, que la interdisciplinariedad en las UNEME se funda en un supuesto cuestionable que descansa en el modelo médico-biológico de salud-enfermedad, como si fuera el único modelo funcional para atender los problemas de salud. En efecto, una lectura de otros trabajos publicados por varios de los autores que participaron en el de origen, es decir, el antes referido de Córdova-Villalobos, Barriguete-Meléndez et al. (2008), nos permitirá constatar que el supuesto de la interdisciplinariedad limita sobremanera a la psicología y los psicólogos en el

²¹ *Que dicho sea de paso se han extendido para atacar también ECT como la infección por el VIH, en los que se conocen como Centros Ambulatorios para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CAPASITS), así como el caso de los Centros para la Atención Primaria a las Adicciones (CAPA), en donde también se replica el mismo modelo.*

abordaje de las ECNT (véanse Córdova-Villalobos, 2009; Córdova-Villalobos, Lee, Hernández-Ávila, Aguilar-Salinas, Barriguete-Meléndez, Kuri-Morales et al., 2008; García-García, de la Llata-Romero, Kaufer-Horwitz, Tusié-Luna, Calzada-León, Vázquez-Velázquez et al., 2008).

Figura 2.1. Estructura de las UNEME en México.



Fuente: Adaptada de Córdova-Villalobos, Barriguete-Meléndez et. al. (2008).

Es de destacar en principio que, el hecho de reunir a profesionales de diversas disciplinas en un solo lugar, en este caso, una UNEME, no garantiza por sí sólo que se configure un trabajo en términos interdisciplinarios; se requiere, además, el abordaje de los problemas identificados por todas y cada una de las disciplinas profesionales intervinientes, de cara a promover acciones conjuntas para su pronta y mejor resolución. Adicionalmente, es necesario entender que el modelo médico dirigido a la atención es siempre individual, y al centrarse en la

naturaleza clínico-biológica de la enfermedad, resulta a todas luces insuficiente para atender a las ECT y ECNT.²²

Por tanto, y para que se pueda entender mejor de lo que se está hablando, cuando se describen las llamadas acciones de rectoría y los indicadores de evaluación y mejora continua de los Programas de Acción (Córdova-Villalobos, Lee et. al., 2008), en las primeras, concretamente en el punto 4 (*Adaptación de los programas educativos de los profesionales de la salud UNEME Enfermedades Crónicas*)²³, en su inciso “a” se señala lo siguiente: Desarrollo de las habilidades y competencias requeridas para el tratamiento de las enfermedades crónicas en los egresados de las escuelas de medicina, enfermería, psicología, nutrición y trabajo social. Sin embargo, en el punto 6 (*Adaptación de las habilidades y competencias de los profesionales de la salud para brindar el mejor tratamiento a los pacientes con enfermedades crónicas UNEME Enfermedades Crónicas*), llama la atención el contenido de los incisos “a”, “b” y “d”, en los que se señala que en las UNEME se privilegiarán cosas tales como:

a) Programas de educación médica continua disponibles sin costo para todas las unidades médicas de primer nivel;

b) Programas de certificación de habilidades (prescripción de alimentación, actividad física, adherencia, expediente electrónico, cultural) para el tratamiento de la diabetes, tabaquismo, las dislipidemias y la hipertensión arterial requeridas para el tratamiento y prevención de las enfermedades crónicas médicas de primer nivel, y

c) Integrar el concepto de prevención clínica para las enfermedades crónicas, en la Especialidad de Medicina Integrada.

El cuestionamiento que en principio hacemos es el siguiente: ¿por qué si se considera la importancia de distintas disciplinas profesionales en el ámbito de la salud, finalmente en las UNEME el énfasis se sigue colocando en los programas de educación médica continua y en el concepto de prevención clínica, aplicado a una

²² Hoy día, si una persona ha sido diagnosticada con la infección por el VIH o con diabetes mellitus (DM), por poner dos ejemplos, las probabilidades de éxito en el control clínico de cada enfermedad dependerá en buena medida de su conducta individual, así como de la manera en que afecta a y es afectado en su interacción cotidiana por otras personas significativas de su entorno social inmediato (Canales y Barra, 2014; Llangasekare, Burke, Chander y Gielen, 2014).

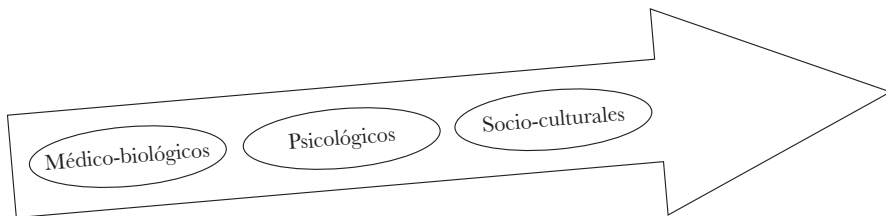
²³ Resaltados con cursivas nuestros.

especialidad de medicina integrada? Si los de salud y enfermedad son problemas sociales con diferentes dimensiones, en principio hay que reconocer y aceptar que cada una de éstas se inscribe en modelos generales también diferentes: el médico-biológico, el psicológico y el socio-ambiental.

El primero tiene que ver con las condiciones propias del organismo y los *sub*-sistemas que lo integran, *i.e.*, inmune, endocrino, cardiovascular, cerebrovascular, respiratorio, etcétera; el segundo con procesos y/o estados psicológicos que harían menos o más probable la práctica de conductas instrumentales de prevención, de riesgo, de ajuste a la enfermedad o de adhesión a los tratamientos; el último, con las condiciones de vida, que incluyen al ambiente físico y las prácticas *socio*-culturales que auspician o son responsables directas de alteraciones de la salud biológica, como la carencia de alimentos, agua potable y drenaje, fundamentalmente (Ribes, 1990).

Por tanto, es considerando en conjunto esos modelos generales (Figura 2.2) que empezaría a cobrar relevancia y sentido el quehacer interdisciplinario, que se configuraría a partir de un encargo social que es compartido por varias disciplinas profesionales, de cara a atacar y resolver los problemas de la salud y la enfermedad (Ribes, 2005). Cada una de las disciplinas participantes aportaría el conocimiento provisto por una o varias disciplinas científicas en la forma de conocimiento tecnológico y/o práctico, esto es, de conocimiento potencialmente aplicable a esos problemas. El punto medular, sobre el que ponemos el acento, es que interdisciplina no puede entenderse como la simple conjunción o suma de disciplinas profesionales que terminan sobreponiéndose unas sobre las otras; antes bien, se trata de esfuerzos articulados de colaboración que deben proveer los modelos teóricos que son pertinentes para el abordaje tanto de las ECNT como de las ECT.

Figura 2.2. Modelos generales en el ámbito de la salud.



Fuente: Piña (2015).

Los modelos deben contar con evidencia empírica suficiente respecto de sus fortalezas y, adicionalmente, distinguirse por aportar los recursos metodológicos y tecnológicos que son necesarios para prevenir una enfermedad, su rehabilitación una vez que se le ha diagnosticado, o bien proveer de los cuidados paliativos para ayudar a las personas a bien morir (Bayés, Arranz, Barbero y Barreto, 1996; Piña y Obregón, 2003; Ribes, 1990; Sánchez-Sosa, 1998). Esto último adquiere todavía mayor importancia, pues en los programas referidos páginas atrás, concretamente en los incisos “a” y “b” del punto 6, un componente medular se tiene con la formación y el entrenamiento en las competencias profesionales que son pertinentes para: a) conocer sobre las ECNT, sus determinantes y las medidas apropiadas para su prevención y control, y b) el desarrollo de diversas habilidades para cumplir con las actividades de prevención y control.

Si ser competente presupone conocer sobre algo (como fuente de conocimiento), tener la pericia o la experticia técnicas, así como hacer algo porque se sabe qué y cómo hacerlo (Ribes, 2011), para prevenir una enfermedad o procurar su control cuando ya se le ha diagnosticado se requieren diversas competencias, propias para cada uno de los profesionales de la salud. Nos referimos a que, por ejemplo, un médico en su proceso de formación profesional puede conocer sobre diabetes, los factores de riesgo, las medidas de prevención pertinentes, etcétera, pero no necesariamente disponer de las habilidades, la pericia o experticia técnicas para promover el cambio conductual.

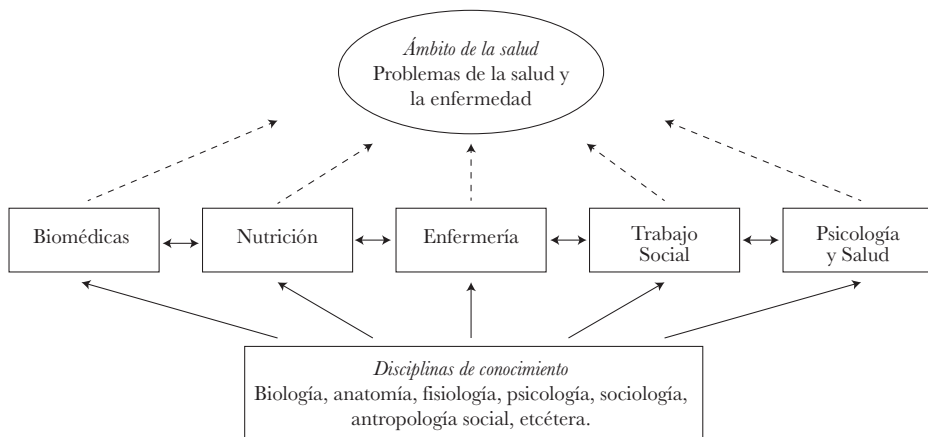
Esto es así porque el análisis, la evaluación y la instrumentación de acciones tendientes a prevenir la enfermedad tienen que ver con la conducta de las personas comportándose en lo individual; siendo ésta el objeto de estudio de la psicología, quienes deberían procurar el diseño, instrumentación y evaluación de los programas orientados a facilitar el cambio conductual de las conductas de riesgo por conductas de prevención, serían justo los profesionales de la psicología. Todavía más, en el ámbito clínico, o sea, cuando ya se ha diagnosticado a una persona con una enfermedad, son también los profesionales de la psicología quienes están formados y entrenados para diseñar, instrumentar y evaluar programas orientados a mejorar el control clínico de la enfermedad a través de la intervención con fines de rehabilitación: practicando conductas de ajuste a la enfermedad y las de adhesión a los tratamientos (Piña, 2010, 2015).

Dicho en otras palabras, las competencias de los profesionales biomédicos tienen necesaria y obligadamente que complementarse con las competencias de

otros profesionales, *no*-biomédicos. Los primeros no son especialistas en conducta humana en su dimensión psicológica; tampoco están formados ni han recibido entrenamiento en las competencias que son pertinentes para procurar el cambio conductual en cualquiera de sus modalidades. Esto presupone que, como parte de su proceso de formación y entrenamiento profesional, los médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, nutriólogos, etcétera, tienen necesaria y obligadamente que aprender y ejercitar los desempeños competenciales que les permitan interactuar eficientemente entre sí, dependiendo de los momentos por los que cursa una enfermedad.

Por ello, interdisciplina no puede ser equivalente a sobreposición, ni mucho menos a dependencia jerárquica, según se plantea en las UNEME. Debe implicar el reconocimiento y la aceptación de que el cuidado, mantenimiento, pérdida y eventual recuperación de la salud precisan para su abordaje tanto de conocimientos teóricos como de saberes metodológicos y tecnológicos provistos por distintas disciplinas profesionales (Figura 2.3). Por tanto, el quehacer interdisciplinario debe entenderse como una empresa que *integra* a científicos y tecnólogos en calidad de *pares* (D'Amour, Fenada-Videla, San Martín-Rodríguez y Beaulieu, 2005; Lando, Marshall y Williams, 2006; Morales y Piña, 1995; Whitfield y Reed, 2004).

Figura 2.3. Relación entre diferentes disciplinas en el ámbito de la salud.



Fuente: adaptada de Piña, Sánchez-Bravo, García-Cedillo, Ybarra y García-Cadena (2013).

En la medida en que se parte de una propuesta interdisciplinaria integradora y, en razón de que en las UNEME se señala la necesidad de fortalecer las *habilidades y competencias de los profesionales de la salud* para brindar el mejor tratamiento a los pacientes con enfermedades crónicas, no está por demás sugerir que en los diferentes momentos formativos a los que se exponen los futuros profesionales de la medicina, la nutrición, la enfermería y el trabajo social, un componente medular se tiene con el diseño de situaciones de enseñanza-aprendizaje para la adquisición y puesta en práctica de los conocimientos teóricos y las competencias que faciliten el relacionarse eficientemente con los usuarios de los servicios de salud en los diferentes niveles y ámbitos, partiendo de los aportes derivados de la psicología de la salud contemporánea (Sotelo y Fierros, 2006).

Ésta integra los aportes de diferentes áreas de la disciplina de conocimiento al amplio campo de la salud y no en el sentido tradicional de la psicología “médica”, que se centra sobre todo en habilitar al paciente para el desempeño de relaciones individuales asimétricas respecto del médico; además, se concibe al paciente como un “subordinado”, que debe seguir a pie puntilla las indicaciones expuestas por aquél, cumplimentándolas. En esa nueva dirección podemos encontrar ejemplos de trabajos a varios realizados en Chile (Santander, Pinedo y Repetto, 2012), Cuba (Domínguez, Morales y Landeros, 1999), España (Reig y Ferrer, 2005), los Estados Unidos de Norteamérica (Carr, Emory, Errichetti, Johnson y Reyes, 2007) y en el plano internacional (Chur-Hansen, Carr, Sánchez-Sosa, Tapanya y Wahass, 2008). En todos se ha incorporado explícitamente a la psicología en los planes y programas de estudio de las carreras de medicina, dotando a los estudiantes de habilidades específicas, tales como las de comunicación, para facilitar la toma de decisiones, para auspiciar en el primer contacto con los usuarios el cambio conductual, entre otras.

2.3. De la prevención clínica a la prevención sin apellidos o extensiones

Un segundo problema en las UNEME se relaciona con el concepto y la práctica de prevención clínica. Según se hace constar en el artículo original (Córdova-Villalobos, Barriguete-Meléndez et. al., 2008), sobre ésta se dice lo siguiente; se citará por su importancia en extenso:

[...] *La prevención clínica* incluye el conjunto de acciones instituíbles en una unidad médica para reducir la incidencia de ECNT y sus derivaciones. En ella se incluyen acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria, como la

detección selectiva de casos en riesgo de padecer ECNT (p. ej., familiares del caso índice), el desarrollo de un estilo de vida saludable para el paciente y los sujetos con quienes convive y el tratamiento eficaz de las ECNT y sus complicaciones. Las UNEME para el tratamiento de las ECNT son parte de las acciones selectivas de la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud. Su finalidad es promover conductas saludables y cambios de estilos de vida entre los pacientes y sus familias. Las acciones deben extenderse a escuelas, centros de trabajo y la población aledaña, mediante acciones de comunicación y educación continua. Por lo tanto, las UNEME combinan un enfoque terapéutico con un abordaje preventivo que resulta de la unión de la detección oportuna y las medidas de observancia poblacional (Córdova-Villalobos, Barriguete-Meléndez et al., 2008; p. 423).

En el lenguaje ordinario, prevención es un sustantivo que cuenta con varias acepciones, dentro de las cuales destacan dos: *acción y efecto de prevenir, por un lado, y preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar una cosa*, por el otro, clínica hace referencia: a) al que yace acostado o el que está enfermo, y b) al ejercicio práctico de la medicina relacionado con la observación directa del paciente y con su tratamiento. Por consiguiente, prevención clínica comporta que el abordaje de las ECNT se realiza con base en la lógica del modelo médico-biológico, cuya finalidad es elaborar el diagnóstico de una enfermedad, para posteriormente incidir sobre ésta vía la terapéutica correspondiente, incluyendo el uso de medicamentos o la cirugía. La clínica tiene como modelo de pensamiento a la enfermedad, no a la persona comportándose en un contexto y en determinada circunstancia social.

Dicha lógica encuentra su sustento en lo que Israel Goldiamond dio en llamar el modelo médico en su orientación clínico-patológica (Goldiamond, 1974). El énfasis que se pone en esa lógica es “eliminar” aquello que impide, incapacita o enferma a una persona, de manera tal que se requiere de una intervención externa —por un médico— para superar o eliminar el mal que le aqueja, es decir, la enfermedad. Ahora bien, si el lector presta atención al contenido de la cita textual previa, encontrará que *prevención clínica* en las UNEME contempla tanto a la detección selectiva de casos en riesgo de padecer una ECNT, el desarrollo de un estilo de vida saludable para el paciente, así como el tratamiento eficaz de las ECNT y sus complicaciones; por tanto, la idea que le subyace es que la misma

transita desde lo que propiamente dicho debiera ser prevención —en el sentido de anteceder o evitar un riesgo, un daño, una lesión o una enfermedad— hasta el apoyo en la terapéutica.

Aquí es importante subrayar que, si por prevención se entiende al conjunto de acciones orientadas a anteceder o evitar un riesgo, un daño, una lesión o una enfermedad, lo que se requiere *no* es una prevención clínica, que se afirma en una lógica particular, de tipo médico-biológica. Antes bien, lo que se requiere es una prevención que denominaríamos de amplio espectro, donde ahora el énfasis se coloque en una diversidad de acciones que incluyan a las de los tipos biomédico, psicológico y socio-ambiental (Morales, 2011). Nótese, sin embargo, que conforme se avanza en la especificación de las posibles acciones a considerar —propias de cada uno de los modelos implicados a lo largo del proceso de intervención preventiva—, las mismas serán más diversas e implicarán por consiguiente niveles de complejidad creciente. Ejemplos sobre el respecto se tienen con:

- a) Las campañas de inmunización preventivas de ECT, como la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH);
- b) La promoción de hábitos saludables, tanto de higiene personal como de sanidad ambiental;
- c) La adopción de hábitos alimenticios saludables, que propicien el desarrollo y la nutrición;
- d) El desarrollo de estilos de vida que reduzcan la propensión a condiciones que incrementen la vulnerabilidad biológica, como el aprendizaje de conductas que reduzcan o minimicen las reacciones de estrés;
- e) La promoción de conductas alternativas a las de riesgo, como realizar ejercicio físico dosificado y la convivencia social; la promoción de conductas de protección, cuidado y saneamiento ambiental, y
- f) La divulgación de medidas que favorezcan la planificación familiar y la prevención de infecciones sexualmente transmisibles (Ribes, 1990).

Lo que interesa destacar, es que la mayoría de las acciones comprendidas en los varios incisos —exceptuando el contenido en “a”— trascienden su aplicabilidad en los contextos institucionales (de las UNEME) y, por tanto, también trascienden los límites que impone la connotación *clínica* de prevención. Cuando Kaplan (2000) hacía mención de las diferencias entre prevención primaria y secundaria, a ésta la ubicaba dentro de la tradición del modelo biomédico, que requiere

de un diagnóstico y una terapéutica como condición necesaria y suficiente para justificar su existencia; esa es precisamente la idea que subyace a la prevención clínica en las UNEME, no la de prevención primaria —sin apellidos o extensiones, pues.

Por supuesto que es indispensable hacer una diferencia puntual entre ambos tipos de prevención, pues no es lo mismo inmunizar a la población y diagnosticar oportunamente una enfermedad, que plantearse la modificación de conductas que colocan a las personas en riesgo potencial de enfermar. Ésta demanda no sólo procurar las mejores condiciones en el ambiente, sino también hacer lo propio según sean los recursos conductuales de que dispongan las personas para evitar el acaecimiento de una enfermedad: identificando los recursos de que disponen —en términos de competencias—, especificando las metas a alcanzar (por ejemplo, reducir el consumo de alimentos altos en contenidos de sal saturada y grasas), planteándose los procedimientos o técnicas para el cambio conductual más idóneas, así como construir los repertorios conductuales y procurar su mantenimiento a lo largo del tiempo y entre situaciones (Follette, Bach y Follette, 1993; Piña y Obregón, 2003; Ribes, 1990).

Por lo demás, no sería exagerado afirmar que las acciones contenidas en los incisos que van del “b” al “f” están fuertemente enraizadas en lo psicológico: están vinculadas con la conducta de las personas en su vida cotidiana. Por tanto, son acciones preventivas “primarias” que encuentran su razón de ser en contextos distintos a los institucionales, tal y como se plantea en las UNEME: en los contextos familiar, escolar y comunitario, fundamentalmente. Esto último presupone que, desde un punto de vista psicológico, un campo fértil para la prevención de las enfermedades se tiene con el estudio del desarrollo psicológico, que de acuerdo con Ribes (2008) abarcaría el desarrollo de las competencias en el dominio de la vida. Éstas, que debieran ser formadas y entrenadas en el seno de la familia y las comunidades, primero, y de la escuela, después, requieren que aquellas personas significativas en la vida de los niños y adolescentes sean también competentes. Es decir, necesitan haber aprendido sobre qué, cómo y por qué determinadas conductas constituyen eventuales riesgos para la salud y en qué sentido se relacionan con la prevención de las enfermedades. Como apunta el autor, en la medida en que se aprende se conoce, y en la medida en que se conoce se sabe (por experiencia) el dominio o la aplicación de una técnica o de un tipo particular de experticia.

Cuando hablamos de competencias que se relacionan con múltiples conductas, su formación y entrenamiento puede darse a través de dos vías: una, la que denominaríamos deseable, fácil de instrumentar y menos costosa, conlleva el aprovechar los vínculos que otros profesionales de la salud (trabajadoras sociales y promotores de salud, principalmente) tienen con las personas en los contextos familiar y comunitario, recayendo en los profesionales de la psicología la formación y el entrenamiento de esas competencias a efecto de que sean “transmitidas”, “replicadas” y “reforzadas” en aquellos contextos.

La segunda implicaría el trabajo del psicólogo de manera un tanto cuanto más directa, sea en calidad de auspiciador y/o supervisor, en particular cuando el objetivo es diseñar, instrumentar y evaluar programas de intervención para el cambio conductual, sea en el seno familiar, comunitario o institucional. En suma, se trata de un tipo de prevención que está enraizada en un fuerte componente psicológico y en el análisis de las conductas que se conciben como “protectoras” de la salud.

2.4. Apuntes finales

La incoherencia es *la cosa que carece de la debida relación lógica con otra*. La práctica regular de las UNEME, al igual que la de otras que derivan de las políticas públicas, los sistemas, programas y servicios de salud, parece estar afectada por esta condición, dado que si bien en el discurso programático pueden encontrarse algunas referencias a la “interdisciplinariedad”, como se ha señalado antes, en el día a día de los servicios de salud no se dan las condiciones necesarias para la relación igualitaria, dialógica y mutuamente enriquecedora que la interdisciplina supone. Esta incoherencia es aún más notoria si se ha dicho que se quiere impactar sobre dimensiones claramente psicológicas como los estilos conductuales, las conductas de ajuste a la enfermedad y las vinculadas expresamente con la adhesión a los tratamientos.

Lo que sucede en las UNEME no es un asunto nuevo ni mucho menos aislado. Responde a pesados determinantes históricos, sociales y económicos que arrancan desde el establecimiento de la medicina como ciencia y de la profesión médica en el Renacimiento europeo (Saforcada 2006), que se han mantenido e incluso fortalecido con el paso de los años; incluimos los relativos al trabajo interdisciplinario, que están contenidos en importantes tratados de políticas de salud fomentados por organismos internacionales, como las relacionados con la

Estrategia de Atención Primaria de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 1978), los Determinantes Sociales de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2011) y la Cobertura Universal de Salud (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

Para abundar sobre el tema de los modelos en uso para la práctica en servicios de salud y su efecto limitador de la interdisciplina, puede ser útil recordar que desde fines de la década del setenta del pasado siglo fue introducido el concepto de Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 2005), autor que caracterizó esa realidad con alto sentido crítico, indicando que entre los principales rasgos estructurales de tal modelo están el biologismo, el individualismo, la a-historicidad, la a-sociabilidad, el autoritarismo y la participación subordinada y pasiva del paciente. También Saforcada (2006) ha señalado la existencia de lo que ha llamado Modelo Individual Restrictivo, organizado alrededor de la enfermedad y la clínica, con un marcado énfasis médico-biológico y en prácticas individualistas, que cierra la entrada para otras disciplinas.

A mediados de la década del 2000, en un análisis sobre la realidad de la psicología y los psicólogos en el ámbito de la salud en México se concluyó que aquella era en buena medida perturbadora, básicamente porque la psicología no figuraba siquiera en los marcos normativos sobre salud: la Ley General de Salud y sus Reglamentos Secundarios (Piña, 2004). En ésta, todo lo relacionado con la prevención, atención y curación de las enfermedades descansa en las aportaciones de los profesionales biomédicos, no en la de los psicólogos, nutriólogos, trabajadoras sociales, sociólogos de la salud, etcétera.

Por tal motivo, es necesario realizar una revisión a toda la legislación en salud e incorporar los requerimientos de otras disciplinas, entre ellas la psicología, para adecuarla a la realidad actual y potencializar todos los recursos humanos disponibles. El problema, es que esa realidad no ha cambiado sustancialmente con el correr de los años, pues si se considera que las UNEME, según se asegura, combinan tanto la prevención como el control clínico de las ECNT, la lógica del modelo médico-biológico que subyace a los conceptos y la prácticas de interdisciplina y prevención clínica no contribuye al reconocimiento explícito de qué es lo que los profesionales de la salud no-biomédicos pueden aportar al ámbito de la salud en México. Cuando en un país como el nuestro la incidencia y/o prevalencia de las ECT y ECNT sigue en constante aumento, tal y como se apuntó al inicio del presente trabajo, lo menos que se debería hacer en las

actuales circunstancias es replantearse los qué y cómo en el abordaje de ambas enfermedades.

Se trata, pues, de impulsar un quehacer interdisciplinario conjunto, en el que se respete la participación de los distintos profesionales de la salud y, con ésta, las aportaciones que pueden realizar para los fines de prevenir las enfermedades y coadyuvar a su control clínico cuando ya se han diagnosticado. Interdisciplina implica, pues, cooperación, no competencia; igualdad entre pares, no supeditación de una disciplina a otra (Morales, 1997). La realidad que hoy día se vive en México en materia de salud demanda de las autoridades sanitarias, de los diseñadores de políticas públicas y de los programas de acción, algo más que unos buenos deseos y unas mejores intenciones; es imperativo cerrar el círculo vicioso que durante décadas ha dominado en el ámbito de la salud, esto es, el del modelo médico-biológico que subyace a los conceptos y las prácticas de la salud y la enfermedad.

Renovarse constituye el reto, a no ser que se pretenda seguir empeñosamente por un camino que ha demostrado no ser el mejor. La epidemiología de las ECT y las ECNT así lo confirma; y como se diría coloquialmente, ¡al sol no se le puede tapar con un dedo!

Bibliografía

- Aguilar-Salinas, C.A. y Rojas-Martínez, R. (2012). Epidemiología de la diabetes y el síndrome metabólico en México. *Ciencia*, 63, 36-45.
- Balandrán, D., Gutiérrez, J.P. y Romero, M. (2013). Evaluación de la adherencia antirretroviral en México: adherencia de cuatro días vs. índice de adherencia. *Revista de Investigación Clínica*, 65, 384-391.
- Bayés, R., Arranz, P., Barbero, J. y Barreto, P. (1996). Propuesta de un modelo integral para una intervención terapéutica paliativa. *Medicina Paliativa*, 3, 114-121.
- Bloch, A. (1992). *El libro completo de las Leyes de Murphy*. México: Diana.
- Campos-Nonato, I., Hernández-Barrera, L., Rojas-Martínez, R., Pedroza, A., Medina-García, C. y Barquera, S. (2013). Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. *Salud Pública de México*, 55 (Supl. 2), S144-S150.

- Canales, S. y Barra, E. (2014). Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. *Psicología y Salud*, 24, 167-173.
- Carr, J. E., Emory, E. K., Errichetti, A., Johnson, S. B. y Reyes, E. (2007). Integrating behavioral and social sciences in the medical school curriculum: Opportunities and challenges for psychology. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14, 33-39.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (2014). *Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al cierre de 2014*. México: Autor.
- Chertorivski, S. y Fajardo, G. (2012). El sistema de salud en México: ¿Se requiere una transformación? *Gaceta Médica de México*, 148, 502-508.
- Chur-Hansen, A., Carr, J.E., Bundy, C., Sánchez-Sosa, J.J., Tapanya, S. y Wahass, S.H. (2008). An international perspective on behavioral science education in medical schools. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15, 45-53.
- Contreras-Leal, E.A. y Santiago-García, J. (2011). Obesidad, síndrome metabólico y su impacto en las enfermedades cardiovasculares. *Revista de Biomedicina*, 22, 103-115.
- Córdova-Villalobos, J. A. (2009). Sobrepeso y obesidad como problemas de salud pública en México. *Cirugía y Cirujanos*, 77, 421-422.
- Córdova-Villalobos, J. A., Barriguete-Meléndez, J. A., Lara-Esqueda, A., Barquera, S., Rosas-Peralta, M., Hernández-Ávila, M., et. al. (2008). Enfermedades crónicas no comunicables en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública de México*, 50, 419-427.
- Córdova-Villalobos, J. A., Lee, G. M., Hernández-Ávila, M., Aguilar-Salinas, C. A., Barriguete-Meléndez, J. A., Kuri-Morales, P., et al. (2008). Plan de prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas: Sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus, 2007-2012, y sistema de indicadores de la diabetes en México. *Endocrinología y Nutrición*, 16, 104-107.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martín-Rodríguez, L. y Beaulieu, M-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19 (Suppl. 1), S116-S131.
- Domínguez, J., Morales, F. y Landeros, M. (1999). Psicología de la salud en el curriculum de medicina: razones para el cambio. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 13, 19-27.

- Follette, W. C., Bach, P.A. y Follette, V. M. (1993). A behavioral-analytic view of psychological health. *Behavioral Analysis*, 1, 303-316.
- García-García, E., de la Llata-Romero, M., Kaufer-Horwitz, M., Tusié-Luna, M. T., Calzada-León, R., Vázquez-Velázquez, V., et al. (2008). Obesidad y síndrome metabólico como problemas de salud pública. *Salud Pública de México*, 50, 530-547.
- Goldiamond, I. (1974). Toward a constructional approach to social problems: Ethical and constitutional issues raised by applied behavior analysis. *Behaviorism*, 2, 1-84.
- Gómez-Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H. y Frenk, J. (2011). El sistema de salud en México. *Salud Pública de México*, 53 (Supl. 2), S220-S232.
- Hernández-Romieu, A. C., Elnecavé-Olaiz, A., Huerta-Uribe, N. y Reynoso-Noverón, N. (2011). Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores asociados con el control de la diabetes mellitus en México. *Salud Pública de México*, 53, 34-39.
- Llangasake, S. L., Burke, J. G., Chander, G. y Gielen, A. (2014). Depression and social support among women living with the substance abuse, violence, and HIV/AIDS pandemic: A qualitative explanation. *Women's Health Issues*, 24, 551-557.
- Kaplan, R.M. (2000). Two pathways to prevention. *American Psychologist*, 55, 382-396.
- Lando, J., Marshall, S. y Williams, B. (2006). A logic model for the integration of mental health into chronic disease prevention and health promotion. *Preventing Chronic Diseases*, 3, 1-4.
- Menéndez, E. L. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 1, 9-32.
- Morales, F. (1997). *Introducción a la psicología de la salud*. Hermosillo, México: Editorial de la Universidad de Sonora.
- _____ (2011). La investigación en psicología de la salud en Cuba: Experiencias y potencialidades. *Estudios de Psicología*, 16, 23-30.
- Morales, F. y Piña, J. A. (1995). La psicología y la salud hacia el siglo XXI: reflexiones desde la disciplina y la profesión. *Psicología y Salud*, 5, 127-138.
- Organización Mundial de la Salud (1978, septiembre). *Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, Rusia. Kazajstán, Rusia*: Autor.

- Organización Mundial de la Salud (2011). *Declaración de Río sobre determinantes sociales de la salud* (Disponible en http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf) [Consultado el 2 de abril de 2015].
- Organización Panamericana de la Salud (2014). *Estrategia para la cobertura universal de salud* (Disponible en <http://www.paho.org/dor/images/stories/archivos/chikungunya/CE154-12-s.pdf>). [Consultado el 2 de abril de 2015].
- Piña, J. A. (2004). La psicología y los psicólogos en el sector salud en México: algunas realidades perturbadoras. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 191-205.
- _____ (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.
- _____ (2015). *Psicología y salud: obstáculos y posibilidades para su desarrollo en el siglo XXI*. Hermosillo, México: Editorial de la Universidad de Sonora.
- Piña, J. A. y 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: Editorial de la Universidad de Sonora.
- Piña, J. A., Sánchez-Bravo, C., García-Cedillo, I., Ybarra, J. L. y García-Cadena, C. H. (2013). Psicología y salud en México: algunas reflexiones basadas en el sentido común y la experiencia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 9, 347-360.
- Reig-Ferrer, A. (2005). ¿Qué deberían saber los médicos de psicología? *Análisis y Modificación de Conducta*, 31, 273-311.
- Ribes, E. (1982). Reflexiones sobre una caracterización clínica del análisis conductual. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 8, 87-96.
- _____ (1990). *Psicología y salud: Un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- _____ (2005). Reflexiones sobre la eficacia profesional del psicólogo. *Revista Mexicana de Psicología*, 22, 5-14.
- _____ (2008). Educación básica, desarrollo psicológico y planeación de competencias. *Revista Mexicana de Psicología*, 25, 193-207.
- _____ (2009). Reflexiones sobre la aplicación del conocimiento psicológico: ¿Qué aplicar y cómo? *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 35, 3-17.

- Ribes, E. (2011). El concepto de competencia: su pertinencia en el desarrollo psicológico y la educación. *Bordón*, 63, 33-45.
- Saforcada, E. (2006). *Psicología Sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Samper-Ternent, R., Michaels-Obregón, A., Wong, R. y Palloni, A. (2012). Older adults under a mixed regime of infectious and chronic diseases. *Salud Pública de México*, 54, 487-495.
- Sánchez-Sosa, J.J. (1998). De la prevención primaria hasta ayudar al bien morir: la interface acción-investigación en psicología y salud. En G. Rodríguez y M. Rojas (Eds.), *Psicología y salud en América Latina* (pp. 33-44). México: Universidad Nacional Autónoma de México/Miguel Ángel Porrúa.
- Santander, J., Pinedo, J. y Repetto, L. (2012). Estatus de la enseñanza de la psicología de la salud en las escuelas de medicina de Chile. *Revista Médica de Chile*, 140, 946-951.
- Secretaría de Salud (2011). *Información histórica y estadísticas vitales. Nacimientos y defunciones 1893-2010*. México: Autor.
- Secretaría de Salud (2012). *Perfil epidemiológico de las enfermedades cerebrovasculares en México*. México: Editorial Inner Traditions.
- Sotelo, N. y Fierros, L.E. (2006). Utilidad de los esquemas conceptuales y mapas mentales en el proceso enseñanza-aprendizaje en residentes de pediatría. *Gaceta Médica de México*, 142, 457-465.
- Whitfield, K. y Reed, C. (2004). Assumptions, ambiguities, and possibilities in interdisciplinary population health research. *Review Canadienne Sante Publique*, 95, 434-436.

Capítulo 3

La CIE y la Psicología: entre su importancia y su pertinencia hay un largo y sinuoso camino

Corolario de Weinberg:

Un experto es una persona que evita los pequeños errores
pero cae en los grandes errores²⁴

Roberto Bueno Cuadra²⁵

Julio Alfonso Piña López²⁶

3.1. Introducción

A mediados de la década del cincuenta del siglo XIX William Farr propuso una primera clasificación de las enfermedades, que agrupó en epidémicas, generales de desarrollo y traumatismos, según fuera su localización anatómica (Ramos, Vázquez-Barquero y Herrera, 2002). Hacia finales del mismo siglo, en el marco de la reunión celebrada en el Instituto Internacional de Estadística en Chicago, en los Estados Unidos de Norteamérica, Jacques Bertillon presentó una lista internacional de las causas de mortalidad que, a decir de Laurenti (1993) y Ramos et. al. (2002), retomaba mucho de la propuesta original de Farr. Ambas, bien podría afirmarse, constituyen dos de los antecedentes en los que descansa la conocida como *Clasificación Internacional de Enfermedades* (en lo sucesivo, CIE).

La CIE, en sus diferentes modalidades y formatos, ha sido adoptada como marco de referencia por la mayoría de países del orbe desde principios del pasado siglo (Rodríguez, Fernández y Baly, 2000), siendo a partir de 1948 cuando se formalizó su institucionalización, al aprobarse en la Primera Asamblea Mundial de la Salud el *Manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos*

²⁴ Bloch, 1992; p. 77

²⁵ Instituto de Investigación de Psicología. Universidad de San Martín de Porres, Perú

²⁶ Programa de Salud Institucional. Universidad de Sonora, México

y *Causas de Defunción*. La versión lanzada en 1948 fue la CIE-6, la primera en incluir una sección dedicada a los desórdenes “mentales” (Thangavelu y Martin, 1995). En el campo de la llamada “salud mental”, la CIE se ha constituido como el sistema de diagnóstico más utilizado internacionalmente (Mezzich, 2002). No obstante que en sus inicios la CIE operó como un instrumento para la clasificación de las causas de mortalidad, para Reed (2011) ha pasado a cumplir con otras funciones, dentro de las que destacan cuatro, a saber:

1. La clasificación de las enfermedades.
2. La especificación de las causas de mortalidad.
3. La definición de las prácticas de salud pública prioritarias, y
4. El establecimiento de los procedimientos estandarizados para su diagnóstico.

Recientemente, Reed, Anaya y Evans (2012) publicaron un artículo en el que justificaban la importancia de la CIE en la psicología, con base en el siguiente argumento: puesto que desde 2011 en España se reconoció oficialmente a los psicólogos como profesionales sanitarios, el desconocimiento del sistema por aquéllos representaba un obstáculo en los intentos de tener mayor presencia en el campo de la salud mental. Además, los autores consideraron algunas virtudes de la CIE-10, como el haber sido construida a partir de las propuestas de profesionales de distintos países, y asimismo, que en su elaboración, en lo que toca a los trastornos mentales, se ha contado con la participación de psicólogos. Un punto aparentemente fuerte en su argumentación es que en un estudio previo a la construcción de la CIE-10 se encontraron coincidencias notables en la forma en que los clínicos, con base en su experiencia diaria, “independientemente de su profesión, idioma o nivel de ingresos del país al que pertenecen” (Reed et al., 2012; p. 469), conceptualizan las categorías psicopatológicas y sus relaciones mutuas.

El estudio en cuestión (Reed, Roberts, Keeley, Hooppell, Matsumoto, Sharan et. al., 2013) consistió en pedir a grupos de psiquiatras y psicólogos que clasificaran categorías diagnósticas *predeterminadas*, reconocibles por usuarios del DSM o de la CIE (respecto de trastornos particulares, cierto porcentaje de los participantes declararon que no lo conocían, que nunca habían visto un caso de ese tipo o que no debería ser incluido en una clasificación psicopatológica). Un estudio de este tipo solamente revela las coincidencias en la clasificación de

categorías predeterminadas y definidas de antemano, aun cuando, por supuesto, sus resultados no indican que las entidades psicopatológicas así clasificadas existan. De manera similar a lo argumentado por otros autores (i.e., First, Pincus, Levine, Williams, Ustun y Peele, 2004), Reed y colaboradores también afirman que; citaremos en extenso:

[...] la utilidad clínica de una categoría de un trastorno mental o la conducta depende de: a) su valor como herramienta de comunicación entre clínicos, pacientes, familiares, sistemas administrativos, etc. b) sus características de implementación, como pueden ser la precisión de descripción, la facilidad de uso, o la viabilidad de su utilización; y c) su utilidad para seleccionar pautas de intervención y decisiones clínicas (Reed et al., 2012; p. 468).

Sin embargo, todos estos posibles valores se diluyen frente a la pregunta sobre la validez del modelo médico en el campo de la conducta, cuestión que no es analizada por Reed y colaboradores.

Como alguna vez señalara Kazdin (1983), incluso aunque se resolvieran los problemas de validez y confiabilidad de los sistemas diagnósticos, la situación seguiría siendo insatisfactoria debido a la persistencia del problema básico: ¿se puede hablar de enfermedad mental? Para nosotros, es absolutamente necesario examinar la pertinencia conceptual y científica de los sistemas de clasificación nosológica en el campo de la conducta.

En realidad, tanto la importancia como la pertinencia de la CIE dependerán, parafraseando a Wittgenstein (1953), de los “lentes” que los psicólogos nos pongamos para “ver” el sistema y cuál sea la utilidad práctica que se le confiera. Aquí se argumenta por qué la CIE, aun cuando eventualmente pudiera ser importante por las razones pragmáticas señaladas por Reed y colaboradores, no lo es en términos de su pertinencia. En esencia, el argumento que proponemos es que la CIE descansa en sendos modelos, uno biologicista y otro mentalista, ajenos ambos a la psicología.

Apoyándonos en Ribes (2000), en el primero podemos identificar dos conceptos claves: el de *cuerpo* (como estructura físico-biológica de un organismo) y el de *cerebro* (como estructura del sistema nervioso central responsable de las funciones biológicas). En el segundo, el de *mente*, como entidad no-extensa en el espacio, que cohabita en el cuerpo. Por tanto, siendo modelos ajenos a la psicología, con la CIE se incurre tácita o explícitamente en tres problemas, cuyas implicaciones no han

sido discutidas abiertamente por Reed²⁷ y colaboradores en diferentes trabajos (Reed, 2010, 2011; Reed et al., 2012), a saber:

1. No obstante se asume que lo psicológico es diferente de lo biológico, el primero inequívocamente termina siendo reducido al segundo.
2. Por consiguiente, lo psicológico se termina igualando a una enfermedad o un trastorno mental.
3. Finalmente y en razón del contenido de los dos primeros puntos, se concibe al psicólogo como un especialista de la salud mental calificado para certificar si una persona está “sana” o “enferma”, de igual manera que un médico general certifica que Jorge Luis tiene una infección en la garganta, un oncólogo que Ana María tiene cáncer de mama, un ortopedista que Arturo tiene una luxación en el hombro... y así sucesivamente.

3.2. Las dimensiones psicológica y biológica en la salud

Aseguraba Kantor (1978) que si lo psicológico se caracteriza por su propia especificidad y por un nivel de análisis de la realidad que lo hace distinto de lo biológico y lo social, por extensión lo psicológico no es ni puede ser reducido a una de estas dos dimensiones. En virtud de que cada una de ellas cobra sentido en diferentes disciplinas —psicología, biología y sociología, respectivamente—, por una cuestión elemental de principio cada una delimita o segmenta la parte de la realidad que le corresponde. A guisa de ejemplo, la psicología estudia la conducta (objeto material) y lo hace considerando las relaciones de contingencia o asociativas entre diferentes eventos de estímulo y de respuesta (objeto formal), tal y como acaecen en el ambiente físico-químico, ecológico y/o social (Kantor, 1921; Ribes, 1995; Roca, 2013).

Lo psicológico, además, se sintetiza en lo que las personas dicen, sienten y hacen cuando se comportan en lo individual, descansando en el sistema de relaciones que se actualizan como funciones. Lo psicológico no reside en el

²⁷ *Hacemos especial referencia a Reed, pues siendo coordinador del Grupo Asesor de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en materia de revisión de la CIE-10 (Reed et al., 2012), en ninguno de sus trabajos se ha discutido sobre la “sustancia”, esto es, lo psicológico, como tampoco sobre los modelos generales de la realidad que les subyacen. Una omisión sin lugar a dudas cuestionable, pues si se supone que se pone especial énfasis en la dimensión psicológica, sin una definición puntual de ésta es muy fácil que se incurra en serias equivocaciones al momento de pretender caracterizarla y marcar distancia respecto de otras dimensiones y los supuestos lógicos que les subyacen.*

organismo ni en las entidades externas con las que se relaciona; lo psicológico no está adentro, ni está afuera; está adentro y afuera, si se le define como interacción (Ribes, 2011). Así, si se dijera que una persona se está comportando psicológicamente, es porque lo está haciendo como organismo (dotado con una estructura físico-biológica que posibilita ciertos tipos de interacción) molar en el mundo (cuya existencia es distinta a la de la persona comportándose en lo individual); luego entonces, lo psicológico ocurre, se analiza y tiene sentido como relaciones en el mundo (Bueno, 2011a; Ribes, 2000).

De ahí que cada una de aquellas dimensiones y sus correspondientes categorías conceptuales nos proveen de los elementos básicos para entender por qué, en el caso de lo psicológico, aun cuando reconoce como condición necesaria, más no suficiente, de su existencia, tanto a lo biológico como a lo social, es a la vez diferente y específico. Por tanto, una dimensión no puede ser reducida a otra: *ergo*, lo psicológico no puede ser reducido a lo biológico o lo social, so riesgo de terminar haciendo bio-psicología o socio-psicología. Además, no hay que pasar por alto que la historicidad de lo biológico está descrita por la evolución de lo orgánico y se representa en la filogenia; la de lo psicológico se manifiesta siempre en el cambio ontogenético; en tanto que la de lo social es siempre construida y colectiva (Barraca, 2002; Ribes y López, 1985).

Dicho de otra manera, para el estudio y comprensión de los fenómenos psicológicos es necesario tener en cuenta un doble problema. Primero, el de su génesis e historicidad, pues en la medida en que el desarrollo psicológico inicia a partir de la gestación, adquiere significación en los contactos sucesivos del organismo con relación a los ambientes ecológico y social; la resultante de ese desarrollo es la individuación. Segundo, el de las diferencias individuales, pues en la medida en que éstas surgen en el transcurso del desarrollo y representan los modos únicos, singulares e idiosincrásicos de comportarse, lo que se requiere es comparar a la persona en lo individual consigo misma (Ardila, 2007; Ribes, 2005).

Abundando en lo dicho, lo psicológico existe no como sustancia, sino como interacción entre ciertas sustancias, en este caso, la interacción entre un individuo y determinados objetos-estímulo. Los términos mentalistas, como pensamiento, percepción o memoria, hacen referencia no a conductas o actividades específicas, sino más bien a las relaciones, circunstancias o propiedades de la conducta misma. Considérese el pensamiento: no hay separación entre

comportarse y pensar, pues sólo existe la conducta, en tanto que el pensar es algo de la conducta misma. Siempre nos comportamos y según qué es lo hagamos, en relación con qué o bajo qué circunstancias, tendrá sentido usar el término “pensar” para referirnos a la situación. Esta conceptualización puede resultar extraña a quienes están acostumbrados a “pensar” los objetos científicos en términos sustancialistas y a considerar que los términos psicológicos ordinarios describen ocurrencias de alguna clase de sustancia.

Para seguir con el ejemplo, se cree que el pensamiento es ocurrencia interna (cambios en alguna sustancia) y la conducta es co-ocurrencia externa (nuevamente, un cambio en alguna sustancia) resultante de la primera. Sin embargo, muchos constructos en las ciencias naturales están referidos no solamente a sustancias o estructuras, sino también a propiedades y relaciones; lo psicológico existe en esa segunda dimensión ontológica (Bueno, 2011b). Es por esta razón que lo psicológico no es reductible a lo biológico.

Evidentemente no hay eventos psicológicos sin eventos biológicos, como afirman Ezama, Alonso y Fontanil (2010), ya que toda actividad psicológica involucra alguna actividad fisiológica; la conducta (y por tanto, el pensar y otros fenómenos) sólo puede existir en primer lugar como actividad organísmica, del mismo modo en que una casa no puede existir sin ladrillos. No obstante, la biología sola no explica por qué, por ejemplo, un individuo prefiere una actividad a otra: explica lo que ocurre en su cuerpo cuando dicho individuo se dirige hacia el lugar en el que va a realizar esta actividad, pero no da razón acerca del origen de esa preferencia. De esta manera, se puede decir que lo biológico participa en lo psicológico, fundamentalmente:

a) En tanto estructuras de las cuales se conforma el individuo que interactúa, las que limitan la variedad de relaciones estímulo-respuesta que un individuo puede adquirir como miembro de una especie;

b) En tanto condiciones estructurales o funcionales individuales que también limitan el rango de relaciones estímulo-respuesta, y

c) En tanto condiciones situacionales que limitan la adquisición o la ocurrencia de relaciones estímulo-respuesta determinadas.

Esta visión de lo psicológico, obviamente, no es favorecida por quienes consideran que aquél, como tema científico, tiene que ver con alguna clase de sustancia. Así, se afirma que aunque la psicología es una disciplina autónoma en un sentido

epistemológico, los eventos que investiga, en cambio, son reductibles a entidades sustanciales como lo biológico (Bunge, 1990). Este proceso de sustancialización de lo psicológico se da en dos niveles, a saber; primero como reificación de los términos psicológicos ordinarios y luego como biologización de lo así reificado. Por tanto, en este marco, hablar del pensamiento o la memoria es hablar de eventos o de ocurrencias, y a renglón seguido, se plantea que estos eventos u ocurrencias son biológicos. Un corolario de esta concepción es que la conducta “observable” o “externa” puede ser explicada como un resultado de estos eventos biológicos internos.

Contrario de lo que afirma el reduccionismo biológico, no existe una identidad entre eventos psicológicos y biológicos. Así, por ejemplo, cuando pensamos hay actividad fisiológica que se está produciendo, pero dicha actividad *no* es el pensar. Y dado que lo psicológico no es sustancial en ningún sentido, no se puede ver con los ojos ni fotografiar. La conducta es sólo “observable” en el sentido de que el individuo u otros, juzgan que ciertos eventos físicos, en este caso, estímulos y respuestas, están relacionados entre sí. Los registros a los que podemos acceder gracias a las modernas técnicas de neuroimagen sólo muestran la actividad del tejido neuronal, no algún pensamiento o un recuerdo.

El concepto de pensamiento refleja la actividad de alguien comportándose bajo determinadas circunstancias y relaciones, no un tipo concreto de actividad que pueda identificarse en ciertas estructuras y procesos físicos específicos (y por tanto, “observables”, en el sentido de registrables sensorial o instrumentalmente). Esta clara distinción entre las dimensiones psicológica y biológica es crucial para enmarcar adecuadamente el problema de la “salud mental”, como uno completamente ajeno al modelo médico. Los términos psicológicos no hacen referencia a entidades ni eventos, ni físicos ni mentales, sino a aspectos de la propia conducta; y ésta, a su vez, no es solamente expresión de causas biológicas. Por tanto, las conductas específicas que juzgamos como “anormales” no pueden ser, salvo quizá en algunos pocos casos, resultado directo de alteraciones biológicas específicas.

Si nos apoyamos en el contenido de lo dicho, preguntaríamos ahora, ¿cómo se podría definir a la dimensión psicológica que es pertinente a la salud y la enfermedad? Con todo y que somos conscientes de la falta de acuerdo respecto de qué es lo psicológico, retomaremos aquí los planteamientos de Ribes (1990),

quien señala que: a) la descripción psicológica del continuo salud-enfermedad corresponde a la dimensión individualizada de las variables que tienen lugar entre los factores biológicos del organismo y aquellos que constituyen la acción fundamental de las relaciones socioculturales; b) los factores biológicos se representan como la condición misma de existencia del individuo y de las reacciones biológicas integradas a su actividad, y c) los factores socio-culturales se representan como las formas particulares que caracterizan a un individuo en su interrelación con las situaciones de su medio, según su historia personal.

A pesar de que tanto en la biología como en la biomedicina es posible estudiar las diferencias individuales,²⁸ en la psicología su estudio presupone como punto de partida la identificación y medición de las diferencias individuales considerando los modos únicos, singulares e idiosincrásicos de conducta. De ahí que ninguna persona sea, en *stricto sensu*, “igual” a otra persona.

Siendo la individualidad la dimensión definitoria de lo psicológico, su estudio y el problema de su medición comporta la identificación de lo que se conoce como un perfil funcional, o sea, un modo particular de conducta en una misma situación en momentos distantes, o en dos circunstancias de una misma situación en momentos próximos (Ribes, 2005). Por ello, lo psicológico en la salud y la enfermedad tiene que estudiarse haciendo referencia siempre a una persona comportándose en lo individual. Es ésta una razón de peso para plantear que no sólo se debería entender que lo psicológico es diferente de lo biológico y lo social, sino que también y por ningún motivo se le puede concebir formando parte de o siendo reducido —tal y como se establece implícitamente en la CIE— a lo biológico.

En efecto, habida cuenta de que la CIE es un sistema de clasificación de y para las enfermedades, desde el momento mismo en que se incluyó el Capítulo V, de los *Trastornos Mentales y del Comportamiento* (Tabla 3.1), automáticamente se aceptó un doble supuesto: primero, que lo psicológico puede ser reducido a lo biológico; segundo, que lo psicológico, en su acepción “mental”, al igual que el organismo biológico se “enfermaría”.

²⁸ En la forma de diferencias entre organismos y especies, como la modificabilidad fenotípica de los caracteres de los organismos individuales y de la especie, o bien vía la identificación de indicadores individuales que se conciben como predictores de los procesos inmunes o de predisposiciones genéticas (Ribes, 2005).

Tabla 3.1. Capítulos, códigos y títulos de la CIE-10.

Capítulos	Códigos	Título
I	A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
II	C00-D48	Tumores (neoplasias)
III	D50-D89	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad
IV	E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
V	F00-F99	<i>Trastornos mentales y del comportamiento</i>
VI	G00-G99	Enfermedades del sistema nervioso
VII	H00-H59	Enfermedades del ojo y sus manejos
VIII	H60-H95	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
IX	I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio
X	J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio
XI	K00-K93	Enfermedades del sistema digestivo
XII	L00-L99	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
XIII	M00-M99	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo
XIV	N00-N99	Enfermedades del aparato genitourinario
XV	O00-O99	Embarazo, parto y puerperio
XVI	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el periodo neonatal
XVII	Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
XVIII	R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
XIX	S00-T98	Traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas
XX	V01-Y98	Causas externas de morbilidad y mortalidad
XXI	Z00-Z99	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud

Fuente: adaptada de OPS/OMS (2008).

Así, la enfermedad, entendida como alteración orgánica o funcional (Moral, 2008), pasó a adquirir propiedades definitorias para dar cuenta de todo lo que acontece en el organismo, incluyendo ahora a la persona y su dimensión psicológica. Al darse por cierta la existencia de la enfermedad como alteración, todo lo que mal funciona en los planos biológico y psicológico es por tanto anormal, cuya base se asegura es biológica u orgánica (véase Fleck, 1986). En realidad, como afirma un psiquiatra en su crítica a los sistemas de clasificación psicopatológica (van Praag, 2000), se presume que a toda enfermedad mental subyace, “en principio” alguna condición fisiopatológica y, recíprocamente, se presume también que el conocimiento de dicha condición permitiría predecir el síndrome, su curso y su respuesta al tratamiento. Tales presunciones, sin embargo, involucran un reduccionismo biologicista que cada vez más despierta escepticismo (i.e., Alarcón y Foulks, 1995; Fuchs, 2012; Gatchel, 2004).

Así, el modelo médico-nosológico no sólo ha “biologizado” a lo psicológico, sino que a partir de aquél se ha concluido arbitraria y erróneamente que se puede clasificar a las personas como miembros equivalentes dentro de una categoría general (la de *Trastornos Mentales y del Comportamiento*) o una particular (i. e., bien de la de Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos o trastornos delirantes, bien de la de *Trastornos del humor*, o bien de la de *Trastornos del desarrollo psicológico*).

Es decir, en cualquiera de los casos la clasificación se hace considerando formas genéricas de conducta que son compartidas por las personas, eliminando toda posibilidad de un genuino análisis de la conducta en lo individual (Follette, Bach y Follette, 1993). Lo individual, como característica distintiva de lo psicológico, simple y sencillamente se extravió en el camino. Volveremos a este asunto más adelante. Preguntaríamos ahora, ¿qué implicaciones se desprenden de esto último, en particular referencia a la CIE? Respondemos a ésta en el siguiente apartado.

3.3. En la salud mental lo que se diagnostica no es equivalente a una enfermedad

Si la CIE como sistema de clasificación de enfermedades coloca el énfasis en asignar categorías a las enfermedades o situaciones relacionadas con la enfermedad a partir de una serie de criterios preestablecidos (Ramos et. al., 2002), lo que habría que analizar es si dicho sistema es pertinente para clasificar a lo propiamente psicológico. Si la respuesta es afirmativa, entonces lo que se tendría

que discutir es si lo psicológico puede ser tratado como si fuese equivalente a una enfermedad, de igual manera que se alude a las infecciosas y parasitarias, los tumores malignos, las del sistema nervioso, las del aparato genitourinario, etcétera.

El primer problema, relativo al concepto de “enfermedad mental”, es el de si se puede, en el campo de la conducta, hablar de “entidades clínicas” o “entidades nosológicas” discretas, perfectamente demarcables y separables entre sí, como se aprecia en la medicina y cuya identificación constituya el objetivo de la actividad de diagnosticar. La CIE, como sistema de clasificación de enfermedades, al adoptar en un principio el modelo biologicista lo que clasifica son enfermedades biológicas —del cuerpo o del cerebro—, de manera tal que lo que se hace es definir *a priori* formas genéricas de respuesta de los organismos como entes biológicos. Es posible hacerlo en la medida en que no hay, en lo general, lugar a duda cuando se dice, por ejemplo, que a Luis se le diagnosticó con un infarto del miocardio, a Rosa con diabetes tipo I o a Francisco con un trastorno orgánico por el consumo de sustancias. Los criterios que se utilizan para clasificar esas u otras enfermedades se justifican en la identificación que se hace de un daño, anomalía o lesión en la estructura y/o funcionalidad de algún sistema, aparato u órgano. Y aquí radica justo el problema principal de la CIE y de su modelo biologicista. De acuerdo con este modelo; citaremos en extenso:

[...] los constructos psicodiagnósticos [...] no son arbitrarios ni convencionales, en la medida en que están basados en grupos comunes de rasgos objetivos compartidos por pacientes mentales individuales de la misma clase psicopatológica. En otras palabras, están basados en la posesión por los pacientes de propiedades comunes o genéricas (Oulis, 2008; p. 138)

El primer paso en la construcción de todo sistema clasificatorio es, indudablemente, la delimitación de estos elementos comunes o propiedades definitorias. Pero, en psiquiatría, los elementos tomados en cuenta como propiedades definitorias difieren marcadamente de los que son considerados en otras ramas de la medicina. En las diferentes especialidades médicas, las entidades clínicas se diferencian entre sí por su etiología, curso y estructuras o funciones afectadas. La psiquiatría es bastante singular en este aspecto, puesto que las entidades clínicas “psicopatológicas” se definen más bien en función de un conjunto de “síntomas”. Es decir, es posible distinguir, digamos, la tuberculosis por el tipo particular de agente patógeno

implicado y los efectos específicos que éste causa en el organismo. En casos así se puede hablar de entidades en la medida que, entre otras cosas, el proceso de la enfermedad es esencialmente el mismo en todos los individuos. En cambio, no puede decirse algo equivalente respecto de las “entidades psicopatológicas”; Meehl (1995), por ejemplo, hizo una aguda observación con relación a la manera en que el “modelo médico” es aplicado por la propia psiquiatría en el área de la salud mental:

La ciencia médica más avanzada no identifica las categorías nosológicas con los síndromes definidos operacionalmente [...] La definición explícita de una entidad nosológica en la medicina no psiquiátrica es una conjunción de patología y etiología y por tanto se aplica a pacientes que son asintomáticos [...] aceptar el operacionismo (una errónea filosofía de la ciencia) y el modelo pseudomédico (definición por el síndrome solamente) engendra una enfoque de investigación equivocado (Meehl, 1995; p. 267).

En otras palabras, a diferencia de lo usual en otras ramas de la medicina, no existe una base sustancial, concreta, para definir entidades psicopatológicas. Como observa Timimi (2014):

[...] los diagnósticos listados en los principales manuales diagnósticos no están relacionados con ninguna clase de test físico o algún otro marcador biológico (aparte de las demencias) y de ese modo, a diferencia del resto de la medicina, los diagnósticos psiquiátricos no tienen correlatos patofisiológicos y ningún dato independiente está disponible para que el diagnosticador pueda sustentar su evaluación subjetiva del diagnóstico (Timimi, 2014; p. 209).

De manera muy importante, y volviendo a la debilidad de los criterios de filiación operacionista, no se han identificado “propiedades más allá de los síntomas o conductas, en aquéllos que tienen el diagnóstico que los distinguen de aquéllos que no” (Timimi, 2014, p. 209). Las críticas al concepto de entidades clínicas discretas en el campo de la conducta no sólo provienen de la psicología, sino incluso de la propia psiquiatría, aun cuando muchas de esas críticas no cuestionen el concepto de “enfermedad mental” (van Praag, 1999, 2000). Por lo general, los problemas percibidos en los sistemas clasificatorios tienen que ver con la imprecisión de las categorías diagnósticas o de los criterios para distinguir entre personalidad “normal” y “patológica” (Clark, Watson y Reynolds, 1995;

Kendell y Jablensky, 2003; Skodol, Gunderson, Pfohl, Widiger, Livesley y Siever, 2000; Widiger y Clark, 2000).

Es significativo que en algunos casos se admita la existencia de serios problemas de validez en estos sistemas de clasificación, mientras que a la vez se elogia su “utilidad”. Ocasionalmente se encuentran comentarios sobre la importancia de los factores sociales y culturales en la manera en que los profesionales o el público conceptualizan los “problemas” de conducta; sin embargo, tales comentarios continúan haciendo referencia a dichos problemas como “condiciones psiquiátricas” (Fabrega, 2008).

Por otro lado, nuestra preocupación no radica en mejorar los sistemas para clasificar “entidades psicopatológicas”, sino en cuestionar la pertinencia misma del concepto de “entidad psicopatológica”. Como ya adelantamos, todo evento psicológico involucra actividad orgánica de alguna clase, tanto si aquel evento se cataloga como “normal” o “patológico”; pero, no se define por dicha actividad ni se limita a ella. El concepto de “entidad psicopatológica” es biológicamente reduccionista, ya que una entidad se identifica como correlación entre ciertas formas de conducta tomadas como síntomas de procesos fisiológicos subyacentes específicos (Moore, 1975).

El segundo problema y más fundamental aún, tiene que ver con el concepto de “enfermedad mental y de su pertinencia, al margen de las cuestiones de la clasificación y el diagnóstico. Debido a la influencia del modelo médico en su orientación clínico-patológica, López y Costa (2012a) nos hacen saber que en el área de la salud mental, y en concreto en la psicología clínica, se ha configurado la que dan en llamar la *perversión psicopatológica*, con la cual se asume que una persona que experimenta algún “problema vital” se le puede diagnosticar como si éste fuese equivalente a una enfermedad; por tanto, que precisa de una intervención externa para su “curación” (Moré, 2013). Así, la manifestación práctica de conductas tales como sentirse triste buena parte del día, caminar en círculos hablando consigo mismo y lavarse las manos reiteradamente, entre muchas más, dejan de ser conductas motivo de estudio para convertirse en los “síntomas” de una “enfermedad mental” subyacente, que se clasifica en la forma de: trastornos del humor (afectivos); esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y delirantes; trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos, respectivamente. Empero, la conducta en su dimensión psicológica no puede ser tratada como si fuese equivalente a una enfermedad, mucho menos a un trastorno.

Cuando en la CIE se incluye en el Capítulo V a una diversidad de Trastornos y Síndromes (ver el Tabla 3.2), *¿inadvertidamente?* se asumió que todos ellos se rigen por los mismos principios y criterios consignados para el conjunto de 103 causas vigentes para clasificar la mortalidad de la población —sin considerar a la infantil, que dispone de dos listas individuales (Ramos et. al., 2002). Dicho de otra manera, si el cuerpo o el cerebro se enferman, también la “mente” se enferma.

Tabla 3.2. Los trastornos mentales y del comportamiento en la CIE-10.

Códigos	Títulos
F00-F09	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos
F10-F19	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancia psicoactivas
F20-F29	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes
F30-F39	Trastornos del humor (afectivos)
F40-F48	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos
F50-F59	Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos
F60-F69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos
F70-F79	Retraso mental
F80-F89	Trastornos del desarrollo psicológico
F90-F98	Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y la adolescencia
F99	Trastorno mental no especificado

Fuente: adaptada de OPS/OMS (2008).

El meollo del asunto estriba en entender que los de cuerpo, cerebro y mente constituyen conceptos que se enmarcan en modelos generales de una realidad que es distinta y que, por tanto, responden a lógicas también distintas (Alcaraz, 2004). Por ejemplo, para Ryle (1967), el cuerpo humano al estar en el espacio se encuentra sujeto a las leyes mecánicas que gobiernan a todos los cuerpos espaciales, mientras que la mente, al no encontrarse en el espacio, su contenido

y funciones no pueden estar sujetos a las leyes de la mecánica, sino de la *para*-mecánica. En esta tesitura, se cancela *de facto* toda posibilidad de asegurar que la mente exista y que, por consiguiente, se enferme, de igual forma en que lo hace el cuerpo.²⁹

Y sostenemos aquí que, por supuesto, no estamos negando que eventualmente haya personas que se sientan “tristes”, que caminen en círculos “hablando consigo mismas”, ni mucho menos quienes se “laven las manos reiteradamente”. Lo que negamos tajantemente es que la mente exista, de igual manera en que tienen existencia física una mesa, una pluma, un rayo de luz, una célula y un organismo comportándose con relación a objetos, eventos u otros organismos en el ambiente físico-químico, ecológico y/o social. Pero, todavía más y retomando de nuevo a López y Costa (2012a), el que aquéllas u otras conductas más se practiquen en determinados momentos y determinadas circunstancias, no se traduce en que, al considerárseles como “problemáticas”, a todas ellas les subyazca alguna condición “mental” que pueda calificársele como enfermedad (*véase* Pérez-Álvarez, 2013). Aquí es en donde justo adquiere singular importancia la idea de *des*-patologizar a lo psicológico a la que aluden López y Costa (2012a, 2012b); citaremos a los autores en extenso:

Según el modelo de “sede” y “causa”, la ficticia entidad patológica tendría su sede en el “interior”, dentro de la mente (“*tiene un trastorno de personalidad*”, “*padece un trastorno mental*”, “*padece de estrés postraumático*”, “*padece una fobia social*”, “*padece un trastorno de déficit de atención con hiperactividad*”), reificada también como una entidad realmente existente, como un “lugar” [...] a la espera de ser “descubierta” con la técnica diagnóstica adecuada (López y Costa, 2012a; p. 165).

Esto último tiene profundas implicaciones para la psicología y el quehacer de los psicólogos que se desempeñan profesionalmente en el ámbito que relaciona

²⁹ Además, es necesario discutir si hoy día se requiere de una categoría general intitulada Trastornos “Mentales” y del Comportamiento, sobre todo por lo que connota el concepto de mente. Cuando en la psicología suponíamos que se habían superado los vestigios de lo que Ryle (1967) dio en llamar el “mito del fantasma en la máquina”, en la CIE a la mente se le reinventó, por utilizar una expresión coloquial, asignándosele las mismas atribuciones, características y propiedades de conceptos como el de conducta, por ejemplo. Las implicaciones son por supuesto muchas, aun cuando quizá la más importante tenga que ver con que se da por sentado la existencia de la “mente”, sus “facultades” y “operaciones”, de igual manera que se habla de la existencia del “mundo”, del “cuerpo”, del “cerebro” y de la “conducta”.

a la psicología con la salud. Una de ellas tiene que ver con el problema de hacer equivalente a lo psicológico —en su caracterización mentalista— con lo biológico, y por ende, con la enfermedad. Otra de las implicaciones tiene que ver con el hecho que *¿inadvertidamente?* se acepta, adopta y asume a-críticamente lo que aquéllos dan en llamar la *ortodoxia psicopatológica*, con la cual se justifica y legitima la práctica social de que, una vez diagnosticada una “enfermedad mental” en cualquiera de sus formas, hay profesionales debidamente formados y entrenados para intervenir sobre quien la padece, apoyándose en una extensa gama de procedimientos y técnicas psicológicas.

De manera sorprendente, en la propia psicología conductista ha subsistido una clara inconsistencia al argumentarse que los mismos principios fundamentales gobiernan las conductas tanto “normales” como “anormales” (Maciá, 2005), inconsistencia que se revela en que, por un lado, la aceptación de leyes universales parece invalidar cualquier distinción cualitativa entre diferentes formas de conducta, y por el otro, se acepta también, en la misma expresión, la existencia de dos categorías de conducta: normales y anormales.

En muchos conductistas, el rechazo del concepto de enfermedad mental probablemente estuvo más motivado por su aversión a la idea de una mente inmaterial que por un compromiso con una teoría más parsimoniosa en la que tendría que haber poco lugar para distinguir entre conductas normales y anormales. Lo interesante sobre el respecto, es que el cuestionamiento de la “patologización” de la conducta no es un asunto realmente nuevo, analizado exclusivamente desde nuestra disciplina. También se le ha abordado desde la psiquiatría (*véase* Alarcón, 2000). Con singular agudeza, y a propósito de la CIE y del manual de diagnóstico estadístico (MDE, por sus siglas en español), Alarcón nos dice lo siguiente:

Tanto el DSM-IV como la CIE-10 son híbridos de esa convergencia descriptivo-fenomenológica, psicoanalítica, conductual y biológica. Hibridación doctrinaria que se disfraza de ateórica, que pretende ser sistémica ahí donde es sólo superposición o complemento diferente [...] Más aun, estas clasificaciones han fomentado la catalogación de nuevas condiciones clínicas, de nuevos diagnósticos, de lo que algunos han llamado la «patologización de la vida cotidiana» (Alarcón, 2000; pp. 14-15).

Pérez-Álvarez (2004) utiliza metafóricamente la distinción figura-fondo para explicar el hecho de que todo ser humano confronta una vida de problemas (el fondo), de los que algunos de ellos logra cierta prominencia (la figura). Y son

estos últimos los que, como expresión de ciertas pautas culturales modernas, son apreciados como “psicopatología”. Pero, “el fondo del cual ellos provienen y el contenido del cual están hechos son problemas de la vida. Estos problemas de la vida no son otros que los conflictos, frustraciones, desilusiones y cambios...” (Pérez-Álvarez, *op. Cit.*, p. 174). Nótese la congruencia de estos conceptos con los que fueron expuestos décadas atrás por Szasz (1960). Asimismo, en un texto clásico, Mowrer (1960) rechazó la concepción de que el individuo “neurótico” es un enfermo: el individuo “neurótico” es simplemente alguien que sufre. En realidad, los “síntomas” pueden cumplir diversas funciones y aún constituir un “estilo de vida” (Pérez-Álvarez, Sass y García-Montes, 2008). En definitiva, “los problemas de la vida no son enfermedades” (López y Costa, 2012b; p. 27).

Una expresión de la ortodoxia psicopatológica que venimos criticando la vemos en lo comentado por Becoña, quien observaba que la psicología clínica y la terapia conductual “han asumido totalmente el diagnóstico psiquiátrico como un elemento de intercomunicación entre profesionales, administradores y pagadores de servicios” (Becoña, 1999; p. 73), añadiendo que en la publicación de casos y de estudios se requiere el diagnóstico psiquiátrico y los métodos tradicionales de evaluación. Más recientemente, Díaz, Ruiz y Villalobos (2012) comentan reveladoramente cómo en el marco de la “terapia cognitivo-conductual” es bastante frecuente el uso de los criterios diagnósticos psicopatológicos para seleccionar los tratamientos.

De ahí que no sea extraño encontrarnos con que al patologizar a lo psicológico, al clasificarlo de igual manera en que se clasifica una enfermedad cualquiera, sean hasta los mismos psicólogos quienes bajo esta lógica clínico-patológica nos hablen de la incidencia y prevalencia de los “trastornos mentales” o del “comportamiento” (*i. e.*, García y Rincón, 2011; Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz et. al., 2003; Reed y Ayuso-Mateos, 2011; van Straten, Geraedts, Verdonck-de Leeuw, Andersson y Cuijpers, 2010), igual que los especialistas biomédicos hablan de la incidencia, prevalencia y mortalidad asociadas al cáncer de mama (de la Vara, Suárez-López, Ángeles-LLerana, Torres-Mejía y Lazcano-Ponce, 2011), de las cardiovasculares (Secretaría de Salud, 2012) o de la infección por el VIH (Valdespino, García-García, Conde-González, Olaiz-Fernández, Palma y Sepúlveda, 2007), por mencionar tres ejemplos.

La concepción clínico-patológica evidentemente repercute también en el papel asignado a los psicólogos como terapeutas. De acuerdo con Landa (2011):

[...] en el caso de la nascente psicología clínica, los criterios de aplicación adoptados tácitamente fueron de naturaleza médico-clínica. Desde el mismo momento en el que se incorporaron conceptos como desorden mental, psicoterapia, paciente, intervención, psicodiagnóstico, se definió tácitamente el *cómo*, es decir, la ideología con la cual se modificaría el objeto (Landa, 2011; p. 109).

Siguiendo la lógica del modelo médico, la utilidad fundamental del diagnóstico es proporcionar una guía para la elección del tratamiento. En el caso de la medicina, por dar un ejemplo, se prescriben fármacos de una clase determinada para tratar ciertas enfermedades de determinado tipo. Aplicada esta lógica al campo de la conducta, la labor del psicólogo clínico queda definida como una de diagnosticar trastornos mentales y, en función del diagnóstico, realizar un tratamiento, es decir, el abordaje de las complejas relaciones humanas queda reducido a un proceso clínico de diagnóstico y tratamiento de “disfunciones”.

Analizando con más detalle las características del modelo clínico-patológico en su aplicación a la conducta, Rodríguez (2009) planteó que:

[...] los distintos enfoques se han dedicado a construir procedimientos partiendo de criterios tales como: 1) las interacciones particulares de las que forman parte las formas de comportarse de un individuo y que se identifican como problemas, son iguales en todas las personas; 2) las soluciones están predeterminadas desde el momento mismo en que la anormalidad debe eliminarse; 3) las técnicas deben encaminarse a eliminar las morfologías o formas de comportamiento “patológicas”. Se supuso que para cada tipo de anormalidad se podría disponer de un procedimiento o paquete de procedimientos terapéuticos, fundamentados en un análisis técnico acerca de la naturaleza impuesta de la anormalidad, y no así en una evaluación funcional genuina de cada comportamiento (Rodríguez, 2009; p. 50).

En otras palabras, para el enfoque clínico-patológico existen determinados tipos de “trastornos psicopatológicos”, definidos como genéricos y es aquí en donde se diluye la situacionalidad única del individuo. Además, los trastornos psicopatológicos son definidos en términos morfológicos o topográficos (la ansiedad como diferente de la depresión). Dichos trastornos, además, deben ser “tratados”, y el tratamiento se concibe como un proceso de eliminación

de conductas desadaptativas o a veces sustitución por conductas “adaptativas” (la eliminación de los temores). Finalmente, para cada patología (es decir, morfología o topografía conductual) existen terapias más o menos específicas (la desensibilización sistemática para el tratamiento de varios tipos de ansiedad).

Tanto el diagnóstico entendido como categorización, así como la definición de las correspondientes categorías diagnósticas en términos morfológicos, cancelan toda posibilidad de análisis funcional de la conducta. En términos generales, un *análisis funcional* de la conducta consiste en un planteamiento de la posible red de relaciones existentes entre la propia conducta del individuo, aquellos factores o condiciones que la afectan y que son a su vez afectados por ella, y el contexto en que ella ocurre (Haynes y O’Brien, 2002; Rodríguez, 2009). Esto involucra mucho más que solamente la identificación de los eventos antecedentes y consecuentes para cada forma específica de respuesta de interés. En palabras de López y Costa, el análisis funcional de la conducta “se encuentra con comportamientos, con transacciones entre la biografía y las circunstancias del contexto y las hace explícitas con su historia, con sus funciones y significados, más allá de la mera apariencia morfológica de los datos brutos e inmediatos” (López y Costa, 2012b; p. 171). El diagnóstico psicopatológico es por ello la antítesis del análisis funcional pues, como observa Brown: “los síntomas [...] son tipos particulares de pensamientos o acciones y el problema es que la misma topografía de pensamiento o acción puede estar funcionalmente relacionada con una variedad de diferentes circunstancias medioambientales” (Brown, 2002; p. 246).

Algunas situaciones comunes ilustran este punto. Por ejemplo, supongamos dos individuos que muestran los mismos “síntomas”. Es altamente probable que entre ellos haya diferencias en aspectos como: a) la intensidad o frecuencia de las conductas “sintomáticas”, b) la manera en que tales conductas se relacionan o se influyen entre sí o c) las relaciones funcionales entre dichas conductas y otros factores relevantes en la vida de cada uno de los individuos en cuestión. Aun cuando estos dos individuos podrían recibir el mismo diagnóstico, cada uno de ellos representa una condición vital muy distinta y singular (Haynes, Godoy y Gavino, 2011). Por otro lado, diferentes sujetos con diferentes topografías conductuales pueden recibir diferentes diagnósticos, pero sus conductas podrían ser funcionalmente similares por lo que los tratamientos también podrían ser similares (Cipani y Schock, 2007). Del mismo modo, es también un hecho que

un mismo individuo puede presentar múltiples “problemas” de comportamiento, funcionalmente relacionados entre sí (Haynes et. al., 2011; Haynes y O’Brien, 2002).

Se ha afirmado que el análisis funcional de la conducta es necesariamente ideográfico (Haynes et. al., 2011) y se requiere algún comentario al respecto. La caracterización es correcta pero, a primera vista, quizá desorienta a quienes tienen presente que el análisis funcional de la conducta está emparentado con un enfoque científico de la conducta y que la ciencia es nomotética. Parte de la confusión se disipa cuando recordamos que, tal como sucede en cualquier instancia de “aplicación” o uso del conocimiento científico para intervenir en situaciones de importancia social, el análisis funcional de la conducta es un análisis de caso, en su contexto y concreción particular, y en este sentido su enfoque es claramente ideográfico. Pero el caso mismo se puede explicar o interpretar como la expresión única de procesos que en sí son universales y que son, éstos, el objetivo de la investigación científica. Sin embargo, ¿por qué poner énfasis en algo que parece tan obvio? Pensamos que se insiste en que el análisis funcional es ideográfico a manera de advertencia frente a cómo se entienden usualmente estos procesos universales. Si estos procesos universales corresponden a las categorías diagnósticas psicopatológicas es razonable, al diferenciar el análisis funcional del diagnóstico nosológico, enfatizar en que el primero es necesariamente ideográfico.

En el campo de la salud mental, el enfoque nomotético se practica como identificación de los “rasgos” o “características” de las conductas que son compartidos por muchos, o la totalidad de los individuos. Esto es lo que precisamente sucede con las categorías diagnósticas, las cuales se establecen como descripciones de entidades constituidas de la misma manera en todos los individuos en quienes se diagnostica, incluso aunque la “sintomatología” concreta puede variar de un individuo a otro. Pero lo propio puede decirse también de las “dimensiones” continuas de personalidad y psicopatológicas, como cuando se dice que todos los individuos poseen alguna cantidad de auto-estima o de ansiedad. Cuando lo nomotético se asigna a rasgos o categorías generales de conducta, la contradicción entre nomotético e ideográfico resulta evidente, como evidente resulta para los psicólogos clínicos la insuficiencia de un enfoque puramente nomotético en el análisis del caso individual. La clasificación diagnóstica de por sí deriva en una pérdida significativa de información relevante para el análisis del caso individual como observan con alguna frecuencia los textos de psicología

clínica (*i. e.*, Freeman, Felgoise y Davis, 2008; Frick, Barry y Kamphaus, 2010). Esa es la razón por la que dichos textos enfatizan en la “formulación del caso” (una de cuyas formas es el análisis funcional), a pesar de que esos mismos textos dedican bastante atención al diagnóstico psicopatológico (Hunsley y Lee, 2010).

El enfoque nomotético es el propio de la investigación científica, no el de la aplicación del conocimiento científico. La ciencia es un intento por arribar a principios generales, necesariamente no referidos a ningún caso concreto, puesto que esos principios relacionan propiedades abstraídas de los eventos y objetos concretos y, en este sentido, su enfoque es obviamente nomotético. Sin embargo, un adecuado análisis funcional de la conducta puede hacer uso del conocimiento científico, por ejemplo, al determinar el nivel funcional de desempeño del individuo bajo análisis. El análisis del caso es siempre individual (*i. e.*, ideográfico), pero sus conclusiones pueden, y deben, justificarse en el conocimiento científico, que es nomotético. Así pues, cuando los psicólogos interesados en el caso individual advierten contra el enfoque nomotético, dicha advertencia va dirigida, evidentemente, no contra la apelación al conocimiento científico en el análisis de dichos casos, sino contra la reducción de las características singulares y únicas del individuo mediante su clasificación en alguna de las pretendidas categorías universales, lo que, entre otras cosas, involucra que “un conjunto de conductas son agrupadas y etiquetadas sin considerar el contexto sociocultural del individuo” (Eap, Gobin, Ng y Hall, 2010; p. 312). Las estructuras nomotéticas psicopatológicas (y en verdad, las de buena parte de la psicología) corresponden a categorías o dimensiones que agrupan morfologías conductuales, muchas veces establecidas estadísticamente.

No obstante, en psicología, los verdaderos procesos nomotéticos son más fundamentales que cualquier simple descripción de conglomerados de conductas. Estos procesos más fundamentales son los principios conductuales, por ejemplo, los que describen la estructura y operación de las contingencias de reforzamiento o de las funciones estímulo-respuesta. Y como ya dijimos, todo caso individual concreto puede ser interpretado como expresión única de estos procesos universales. Por tanto, cuando se enfatiza que el análisis funcional es necesariamente ideográfico, lo que se quiere decir no es que esté desconectado de una empresa nomotética —su sustento científico fundamental— sino que cuestiona la validez y la utilidad de conceptos supuestamente “nomotéticos” como los rasgos, dimensiones de la conducta o categorías diagnósticas.

En relación con lo discutido, y para finalizar este apartado, es pertinente citar el intento de identificar estrategias o técnicas “efectivas” en la práctica de la psicología clínica. Existen diversos argumentos favorables y desfavorables frente a la llamada “práctica basada en la evidencia” (de la que forman parte las terapias con soporte empírico), pero nuestra preocupación radica principalmente en que las “evidencias” provienen de estudios que ven los “síntomas y desórdenes como las maneras primarias de identificar participantes y evaluar los resultados de los tratamientos” (Kazdin, 2008; p. 147). De este modo, a pesar de que muchos psicólogos afirman que el diagnóstico formal es de limitada utilidad para determinar una forma de intervención, hay toda una línea de trabajo encargada de identificar intervenciones efectivas para cada tipo de entidades psicopatológicas.

Textos como los de Freeman y Power (2007) y Sudak (2011) contienen capítulos dedicados a examinar determinados tipos de desórdenes, y las diversas formas de terapia psicológicas y biológicas investigadas en relación con dichos desórdenes. En relación con ello, Miller, Hubble y Duncan (2008) aportan un dato de interés: en el momento de su publicación había “145 tratamientos basados en evidencia aprobados y manualizados para 51 de los 397 posibles grupos diagnósticos del DSM” (Miller et. al., 2008; p. 18). Nuestra crítica, por supuesto, no es hacia la práctica basada en la mejor evidencia científica, sino hacia el hecho de que la evidencia que se exhibe se asienta en el modelo médico y, por tanto, la validez de dicha evidencia dependerá significativamente de cuán válidos sean los conceptos de anormalidad conductual y entidad psicopatológica.

3.4. En la salud mental el diagnóstico constituye un acto de valoración social

Cuando Ribes (1982) analizó el problema del concepto de clínica y su modelo médico subyacente, tal y como se le venía utilizando en la psicología, concluyó que la concepción clínica constituía una concepción ideológica de la práctica clínica misma. Ésta se justificaba en un doble supuesto, a saber: primero, que al considerar a los problemas clínicos como formas universales, inequívocamente todos se valoraban a partir de criterios que devenían de los conceptos inmutables de salud y enfermedad; segundo, que si una persona experimentaba un problema clínico, con independencia de su origen o causalidad, invariablemente requería de ayuda externa para solucionarlo.

Es con base en esos supuestos sobre los que se ha venido operando en la psicología y que, infortunadamente, se hacen también evidentes en la CIE-10 y su Capítulo V. Con todo y que Reed et. al. (2012) señalen que la psicología está formalmente representada por la Unión Internacional de la Ciencia Psicológica, con varios psicólogos formando parte del Grupo Asesor de la OMS —incluyendo al primer autor, según lo refiere él mismo—, el hecho de que, se insiste, se reduzca lo psicológico a lo biológico, por un lado, y que se le iguale con una enfermedad o un trastorno, por el otro, comporta la aceptación tácita o explícita de que la “enfermedad mental” está ahí, como lo está en el cuerpo un tumor maligno.

Más que constituir enfermedades, los “problemas psicológicos” son comportamientos valorados. En su clásica crítica del concepto de enfermedad mental, Szasz (1960) estableció que:

[...] la afirmación de que “X es un síntoma mental” involucra realizar un juicio. El juicio implica, además, una comparación encubierta de las ideas, conceptos o creencias del paciente con los del observador y la sociedad en la cual ellos viven. La noción de síntoma mental, por tanto, está inextricablemente ligada al *contexto social* (incluyendo el ético) en el cual es formulada, en gran medida de la misma manera como la noción de síntoma corporal está ligada a un *contexto anatómico y genético* (Szasz, 1960; p. 114).

Probablemente muchos especialistas en “salud mental” estén de acuerdo en que etiquetar las conductas depende de juicios de valor respecto de lo que constituye falta de conformidad con las normas o disfuncionalidad (Trull, 2005). Por otro lado, el diagnóstico psicopatológico involucra etiquetar ya no conductas aisladas, sino al propio individuo. La consecuencia, siguiendo la lógica del modelo médico, es considerar a dicho individuo como alguien que porta una deficiencia o una disfunción *intrínsecas*.

Pero, una consecuencia adicional, como observa Timimi (2014), deriva del hecho de que los sistemas de clasificación actualmente en uso están estructurados con base en ciertos estándares culturales, y por tanto, tenderán a ver como deficientes, disfuncionales, etcétera, a individuos que no se ajustan a dichos estándares, entre otras razones, por pertenecer a culturas distintas. Por tanto, ¿el diagnóstico en salud mental constituye realmente la identificación de alguna disfuncionalidad o deficiencia intrínseca en el individuo? La respuesta es que diagnosticar la salud mental no corresponde a una identificación

(“objetiva”) de hechos, como sucede en las enfermedades propiamente dichas, sino un enjuiciamiento del individuo.

El otro supuesto identificado por Ribes (1982) concierne al papel del psicólogo como experto para certificar el estatus de salud mental del individuo y prestar atención como “terapeuta” frente a dicha condición. Así pues, el modelo médico implica también que las enfermedades mentales en la forma de trastornos, síndromes o como se les quiera nombrar, al igual que las enfermedades del cuerpo pueden ser clasificadas y certificadas por especialistas externos. Se clasifican y certifican luego de que se les han diagnosticado, si se cumplen a cabalidad con ciertos criterios —exceptuando aquellos casos clasificados con el código F99, de *Trastorno mental no especificado*—, que no son otros que la “identificación” de determinados “síntomas”. Empero, puesto que síntoma en medicina es un fenómeno revelador de una enfermedad o el indicio de que algo está sucediendo o está por suceder (*Real Academia Española*, 1985), el estudio y análisis de la conducta deja de tener sentido como referente e indicador, para convertirse en un mero pretexto de alguna “causa” subyacente que se aloja en la mente, y si bien marchan las cosas, eventualmente en el cerebro.

Los psicólogos, sean conscientes o no, terminan actuando profesionalmente al amparo de los supuestos que Goldiamond (1974) y Ribes (1982) revisaron críticamente, y de ese modo asumen en ese mismo plano una concepción ideológica de que la “enfermedad mental” existe y para “curarla” hay que “tratarla”. Así, en la psicología clínica o la mal llamada área de la salud mental, los psicólogos proceden de manera similar a como lo hacen los médicos: mientras que estos “identifican” los síntomas, definen de qué enfermedad se trata y proponen el “tratamiento” a seguir para eliminar los síntomas y “curar” la enfermedad, aquéllos “identifican” las conductas problema vía los “síntomas” que las distinguen, definen de qué trastorno o síndrome se trata, para luego elegir el procedimiento o técnica idóneo para eliminar los síntomas y, finalmente, “curar” la enfermedad concebida como trastorno o síndrome (Rodríguez, 2009). Esta es justo la concepción ideológica que está detrás y que enmascara la práctica profesional de los psicólogos que retoman la CIE. La definición de salud y enfermedad, así como de lo normal o anormal, constituye un acto de valoración social (Ribes, Díaz-González, Rodríguez y Landa, 1990); pero se trata de un acto en el que, parafraseando a Fleck (1986), los psicólogos se suman a un *colectivo de pensamiento* (conformado por el gremio de los médicos en todas sus

variantes posibles, incluyendo por supuesto a los especialistas de la psiquiatría) que comparte en lo general un mismo *estilo de pensamiento* (el relativo a la noción de enfermedad), cuya razón de ser descansa en la existencia *a priori* de una anormalidad que hay que tratar. La idea, tanto de la enfermedad como la de anormalidad, se torna entonces en una construcción ideológica que da pie a una práctica profesionalizante que se funda y enmarca en juicios de valor, que por supuesto no son neutrales.

En suma, así como existen enfermedades del cuerpo, existen enfermedades de la mente —en la forma de trastornos o síndromes— que son clasificadas y certificadas por “jueces expertos”: los psicólogos clínicos o los que se desempeñan en el área de la salud mental. Estos, al aceptar que lo psicológico es equivalente a una enfermedad, y segundo, que se puede clasificar como se hace con las enfermedades del organismo en tanto cuerpo, se convierten en jueces que califican la idoneidad o no de la conducta de las personas y en expertos para intervenir como “terapeutas” en los casos “patológicos”. En palabras de Díaz-González (1989):

Los psicólogos clínicos asumen: o que las anomalías orgánicas son la fuente o el desencadenante de trastornos “mentales” causantes de la conducta anormal, o que el comportamiento es extrínsecamente anormal, es decir, debido a contingencias externas. Sin embargo, lo que no se cuestiona es el hecho mismo de la “anormalidad” del comportamiento. Nunca se ha planteado explícitamente que la conducta *per se* no puede ser anormal, y que a diferencia de los fenómenos biológicos, la anormalidad en psicología es siempre la consecuencia de un juicio de valor socialmente estipulado. La anormalidad no es una condición; es una atribución [...] No sólo el comportamiento denominado anormal es determinado socialmente, se también los criterios que definen anormalidad o anormalidad, y por tanto, cuando no se analizan y explicitan los valores subyacentes a la determinación de los problemas clínicos, tales valores atribuidos al comportamiento, se comparten sin un cuestionamiento sobre su pertinencia, y sus consecuencias. De ahí que la concepción clínica resulte una forma ideologizada de practicar el cambio conductual (Díaz-González, 1989; pp. 191-192).

Dicha concepción clínica, que deriva del modelo médico en su orientación clínico-patológica y mentalista, es precisamente la que se hace manifiesta en la CIE-10 y en su Capítulo V. Es a partir de la reificación del concepto de clínica

que se da por cierta la existencia a priori de una enfermedad mental y, por tanto, que se justifica en términos valorativos su abordaje externo por los profesionales de la psicología.

3.5. Apuntes finales

¿Qué implicaciones adicionales se desprenden de lo hasta aquí dicho? Analizaremos una en particular, la de la importancia o la pertinencia de la CIE según se planteó en el título de este trabajo. Respecto de que la CIE sea importante para la psicología de acuerdo con Reed et. al. (2012), tenemos algunas dudas, sobre todo porque diferimos de los argumentos expuestos por los autores, para quienes, recordamos, la CIE es importante en tanto herramienta que: a) cumple con una función de comunicación entre profesionales, administradores, usuarios, etcétera; b) es precisa para “identificar” un trastorno mental o de la conducta, así como por su facilidad de uso o su viabilidad, y c) es útil para planificar la intervención y la toma de decisiones clínicas.

En efecto, que la CIE sea una herramienta con propósitos de comunicación entre profesionales y legos, resulta eventualmente entendible; poco que agregar sobre el respecto, excepto, quizá, la pregunta de si tales propósitos realmente puedan cumplirse, específicamente en relación con los legos. Pero, que se le conciba como una herramienta que se distinga por su precisión para “identificar” un trastorno mental o de la conducta, resulta francamente inadmisibles no sólo por lo que hace a la trasmutación de lo psicológico en términos biologicista o mentalista, sino adicionalmente por la connotación clínica y el consiguiente acto de valoración social que subyace a su uso como instrumento diagnóstico. Nos referimos, en concreto, al Capítulo V, que en el sentido estricto de la palabra no debería formar parte de la CIE por las razones aludidas en los tres apartados previamente analizados.

Y aquí es preciso aclarar que de ninguna manera negamos la importancia de la CIE y de los restantes capítulos como marco de referencia para el conjunto de profesionales de la salud, partiendo del entendido que los fenómenos de la salud y la enfermedad son, por definición, interdisciplinarios; no son, pues, exclusivos de los especialistas biomédicos. En particular, el cuidado, mantenimiento, pérdida y recuperación de la salud implican reconocer y aceptar la necesidad de un doble análisis: primero, por qué y en qué circunstancias la conducta de una persona hace menos o más probable que se mantenga saludable o enferme; segundo,

una vez que se ha diagnosticado una enfermedad, cómo es que lo que hace es clave en la adopción de las medidas pertinentes para evitar la progresión clínica de la enfermedad y procurar su rehabilitación, reconociendo los indicadores de riesgo adicionales, acudiendo con oportunidad a los servicios de salud y, sobre todo, practicando de manera consistente y eficiente una diversidad de conductas que se enmarcan en el rubro de adhesión a los tratamientos (Bayés, 1987; Piña, 2015; Ribes, 1990). Es considerando este doble análisis de la implicación de lo conductual en la salud y la enfermedad que la CIE cobra importancia para los psicólogos.

¿Y sobre la pertinencia de la CIE en la psicología? Debido a lo que se ha argumentado, en su actual presentación es incuestionable que aquélla no es pertinente ni para la psicología ni para los psicólogos que se desempeñan profesionalmente en el ámbito de la salud. Es decir, no podemos por ningún motivo y bajo ninguna circunstancia aceptar que lo psicológico es como lo biológico, que existe algo a lo que pudiera llamársele enfermedad “mental” y que lo psicológico puede clasificársele y certificársele por profesionales que asumen un encargo social que deviene de la lógica del modelo médico en su orientación clínico-patológica y mentalista.

Se trata de un conjunto de problemas que demandan romper en definitiva con dicho modelo y con esa “actitud” clínica a la que hacía referencia Korchin (1976), lo que presupone, como condición necesaria y suficiente, transitar de la psicología clínica a la psicología y salud (Jiménez y Piña, 1996; Piña, 2003). Es preciso entender en qué consiste la dimensión psicológica en la salud y la enfermedad, para luego adoptar lo que Goldiamond (1974) dio en llamar un modelo constructivo, con el que se procura identificar las condiciones propicias que harían más probable que las personas mantengan la salud y la recuperen cuando la han perdido, según sea la forma en que se comporten y las opciones disponibles en el ambiente.

Por todo ello, cuando Reed (2011) concluye que, a propósito de la CIE-11 —que se encuentra en su fase final de revisión—, ésta proporcionará un lenguaje común y de interés para el colectivo de psicólogos, uno se termina preguntando para qué colectivo: ¿el de quienes igualan a lo psicológico con la enfermedad y cuyo trabajo responde, como bien decían López y Costa (2012a), a la *perversión* psicopatológica? Justificar la eventual pertinencia de la CIE en un rechazo de la postura asumida por la psiquiatría norteamericana y sus muy peculiares intereses

—con los llamados Manuales de Diagnóstico Estadístico o DSM—, nos parece poco afortunada en términos científicos y profesionales. Finalmente, y esto lo subrayamos con todas sus letras, tanto la CIE como el DSM, en sus actuales modalidades y formatos, responden a una misma lógica: la del modelo médico en su orientación clínico-patológica. Lo demás, es simple y sencillamente una cuestión de terminología.

Dependerá de los propios psicólogos aceptarlos o rechazarlos. Aceptarlos conlleva también aceptar, tácita o explícitamente, la lógica y los criterios de que lo psicológico puede ser reducido a lo biológico e igualado con una enfermedad “mental”, con todo y que se hable de “avances recientes” (Mezzich, 2011) o de “mejoras conceptuales” (Wakefield, 2007) en materia de clasificación y diagnóstico. Los psicólogos, lo acepten o no, eventualmente terminan incorporándose a un colectivo de pensamiento que les es ajeno, para actuar en el nombre de la “ciencia” y la “técnica”. Por otro lado, al rechazar dichos sistemas se procura el desarrollo de propuestas metodológicas alternativas para el estudio, evaluación y modificación de las llamadas conducta “problema”, cuyo ejemplo conspicuo se tiene con la metodología del análisis contingencial y su articulación en una clasificación también alternativa de las llamadas terapias conductuales (*véanse* Díaz-González et al., 1989; Ribes et. al., 1990).

¿Qué lentes usará el psicólogo para ver la CIE y justificar su importancia y/o pertinencia en el ámbito que relaciona a la psicología con la salud?

Bibliografía

- Alarcón, R. D. (2000). La psiquiatría en el nuevo milenio. Atavismos, realidades y desafíos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXIX, 9-28.
- Alarcón, R. D. y Foulks, E. F. (1995). Personality disorders and culture: Contemporary clinical views (Part B). *Cultural Diversity and Mental Health*, 1, 79-91.
- Alcaraz, V. M. (2004). Reificaciones y metáforas. Las referencias a lo mental. *Acta Comportamental*, 12, 97-106.
- Ardila, R. (2007). Psicología en el contexto de las ciencias naturales, comportamiento y evolución. *Revista de la Academia Colombiana de Ciencias*, XXXI, 395-403.

- Barraca, J. (2002). Biología, psicología, sociología. Intromisiones y respetos mutuos. *EduPsykhé*, 1, 139-153.
- Bayés, R. (1987). Factores de aprendizaje en la salud y en la enfermedad. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 5, 119-135.
- Becoña, E. (1999). La discrepancia entre la investigación y la práctica clínica de la terapia de conducta. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 4, 71-103.
- Bloch, A. (1992). *El libro completo de las Leyes de Murphy*. México: Diana.
- Brown, J. F. (2002). Epistemological differences within psychological sciences: A philosophical perspective on the validity of psychiatric diagnoses. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75, 239-250.
- Bueno, R. (2011a). Los eventos privados: del conductismo metodológico al interconductismo. *Universitas Psychologica*, 10, 949-962.
- _____ (2011b). Reflexiones acerca del objeto y metas de la psicología como una ciencia natural. *LIBERABIT*, 17, 37-48.
- Bunge, M. (1990). What kind of discipline is psychology: Autonomous or dependent, humanistic or scientific, biological or sociological? *New Ideas in Psychology*, 8, 121-137
- Cipani, E. y Schock, K. (2007). *Functional behavioral assessment, diagnosis, and treatment. A complete system for education and mental health settings*. New York, NY: Springer.
- Clark, L.A., Watson, D. y Reynolds, S. (1995). Diagnosis and classification of psychopathology: Challenges to the current system and future directions. *Annual Review of Psychology*, 46, 121-153.
- De la Vara, E., Suárez-López, L., Ángeles-LLerana, A., Torres-Mejía, G. y Lazcano-Ponce, E. (2011). Tendencias de la mortalidad por cáncer de mama en México, 1980-2009. *Salud Pública de México*, 53, 385-393.
- Díaz, M. I., Ruíz, M. A. y Villalobos, A. (2012). El proceso en terapia de conducta: la evaluación conductual. En M. A. Ruiz, M. I. Díaz y A. Villalobos (Eds.), *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales* (pp. 99-152). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Díaz-González, E. (1989). Algunas consideraciones relativas al análisis contingencial. En A. Bazán (Comp.), *Aportes conceptuales y metodológicos en psicología aplicada* (pp. 189-202). Ciudad Obregón, México: Instituto Tecnológico de Sonora.
- Díaz-González, E., Landa, P., Rodríguez, M. L., Ribes, E. y Sánchez, S. (1989). Análisis funcional de las terapias conductuales: una clasificación tentativa. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 7, 241-256.

- Eap, S., Gobin, R. L., Ng, J. y Hall, G. C. N. (2010). Sociocultural issues in the diagnosis and assessment of psychological disorders. En J. E. Maddux y J. P. Tangney (Eds.), *Social psychological foundations of clinical psychology* (pp. 312-328). New York, NY: The Guilford Press.
- Ezama, E., Alonso, Y. y Fontanil, Y. (2010). Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 293-314.
- Fabrega, H. (2008). Psychiatric conditions and the social sciences. *Psychopathology*, 38, 223-227.
- First, M. B., Pincus, H. A., Levine, J. B., Williams, J. B. W., Ustun, B. y Peele, R. (2004). Clinical utility as a criterion for revising psychiatric diagnosis. *The American Journal of Psychiatry* 161, 946-954.
- Fleck, L. (1986). *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Madrid: Alianza Editorial.
- Follette, W.C., Bach, P.A. y Follette, V.M. (1993). A behavioral-analytic view of psychological health. *The Behavior Analyst*, 16, 303-316.
- Freeman, A., Felgoise, S. H. y Davis, D. D. (2008). *Clinical psychology. Integrating science and practice*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Freeman, C. y Power, M. (Eds.) (2007). *Handbook of evidence-based psychotherapies. A guide to research and practice*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Frick, P. J., Barry, C. T. y Kamphaus, R. W. (2010). *Clinical assessment of child and adolescent personality and behavior (Third edition)*. New York, NY: Springer.
- Fuchs, T. (2012). Are mental illnesses diseases of the brain? En S. Choudhury y J. Slaby (Eds.), *Critical neuroscience: A handbook of the social and cultural contexts of neuroscience* (pp. 331-344). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- García, F. E. y Rincón, P. P. (2011). Prevención de sintomatología postraumática en mujeres con cáncer de mama: Un modelo de intervención narrativo. *Terapia Psicológica*, 29, 175-183.
- Gatchel, R. J. (2004). Comorbidity of chronic pain and mental health disorders: The biopsychosocial perspective. *American Psychologist*, 59, 795-805.
- Goldiamond, I. (1974). Toward a constructional approach to social problems: Ethical and constitutional issues raised by applied behavior analysis. *Behaviorism*, 2, 1-84.
- Haynes, S. N., Godoy, A. y Gavino, A. (2011). *Cómo elegir el mejor tratamiento psicológico*. Madrid: Pirámide.

- Haynes, S. N. y O'Brien, W. H. (2002). *Principles and practice of behavioral assessment*. New York, NY: Kluwer Academic Publishers.
- Hunsley, J. y Lee, C.M. (2010). *Introduction to clinical psychology. An evidence-based approach*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Jiménez, J. L. y Piña, J. A. (1986). De la psicología clínica a la psicología de la salud. ¿Transición necesaria u obligada? En G. R. Ortiz (Comp.), *Psicología y salud: la experiencia mexicana* (pp. 71-83). Xalapa, México: Universidad Veracruzana.
- Kantor, J. R. (1921). Association as a fundamental process of objective psychology. *The Psychological Review*, 28, 385-424.
- _____ (1978). The principle of specificity in psychology and science in general. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 4, 117-132.
- Kazdin, A. E. (1983). Historia de la modificación de conducta. *Fundamentos experimentales de la investigación actual*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- _____ (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63, 146-159.
- Kendell, R. y Jablensky, A. (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 160, 4-12.
- Korchin, S. (1976). *Modern clinical psychology*. New York, NY: Basic Books.
- Landa, P. (2011). Algunas consideraciones sobre la adopción del modelo médico en psicología: el caso de las terapias empíricamente fundamentadas. *Revista Colombiana de Psicología*, 20, 107-115.
- Laurenti, R. (1993). Análisis de información en salud 1893-1993. Cien años de la Clasificación Internacional de Enfermedades. *Revista de Saúde Pública*, 25, 407-417.
- López, E. y Costa, M. (2012a). Desvelar el secreto de los enigmas. Despatologizar la psicología clínica. *Papeles del Colegio*, 33, 162-171.
- _____ (2012b). *Manual de consejo psicológico*. Madrid: Síntesis.
- Maciá, D. (2005). *Problemas cotidianos de conducta en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., et al. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26, 1-6.
- Meehl, P. E. (1995). Bootstraps taxometrics. Solving the classification problem in psychopathology. *American Psychologist*, 50, 266-275.

- Mezzich, J. E. (2002). International surveys on the use of ICD-10 and related diagnostic systems. *Psychopathology*, 35, 72-75.
- _____ (2011). Avances recientes en sistemas de clasificación y diagnóstico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31, 3-9.
- Miller, S. D., Hubble, M. y Duncan, B. (2008). Supershinks: what is the secret of their success? *Psychotherapy in Australia*, 14, 14-22.
- Moore, M. S. (1975). Some myths about “mental illness”. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1483-1497.
- Moral, M. (2008). Crítica a la visión dominante de la salud-enfermedad desde la psicología social de la salud. *Boletín de Psicología*, 94, 85-104.
- Moré, M.A. (2013). Medicalización de la vida. Abordaje de su demanda en salud mental. *Clínica Contemporánea*, 4, 45-53.
- Mowrer, O. H. (1960). “Sin”: the lesser of two evils. *American Psychologist*, 15, 301-304.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2008). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión (volumen 2)*. Washington, DC: Autor.
- Oulis, P. (2008). Ontological assumptions of psychiatric taxonomy: Main rival positions and their critical assessment. *Psychopathology*, 41, 135-140.
- Pérez-Álvarez, M. (2004). Psychopathology according to behaviorism: a radical restatement. *The Spanish Journal of Psychology*, 7, 171-177.
- _____ (2013). Anatomía de la psicoterapia: el diablo no está en los detalles. *Clínica Contemporánea*, 4, 5-28.
- Pérez-Álvarez, M., Sass, L.A. y García-Montes, J.M. (2008). More Aristotle, less DSM: The ontology of mental disorders in constructivist perspective. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 15, 211-225.
- Piña, J. A. (2003). De la psicología clínica a la psicología y salud: en defensa de la psicología y salud. *Suma Psicológica*, 10, 67-80.
- _____ (2015). *Psicología y salud: obstáculos y posibilidades de desarrollo en el siglo XXI*. Hermosillo, México: Editorial de la Universidad de Sonora.
- Ramos, A. J., Vázquez-Barquero, J. L. y Herrera, S. (2002). CIE-10 (I): Introducción, historia y estructura general. *Papeles Médicos*, 11, 24-35.
- Real Academia Española (1985). *Diccionario de la lengua española*. Barcelona: Océano.
- Reed, G. M. (2010). Toward ICD-11: Improving the clinical utility of WHO’s International Classification of Mental Disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41, 457-464.

- Reed, G. M. (2011). [Editorial]: Incorporating Brazilian and Latin American perspectives in the ICD-11 of mental and behavioral disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33 (Supl. 1), S3-S4.
- Reed, G. M., Anaya, C. y Evans, S. C. (2012). ¿Qué es la CIE y por qué es importante en la psicología? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 461-473.
- Reed, G. M. y Ayuso-Mateos, J. L. (2011). [Editorial]: Hacia una clasificación internacional de los trastornos mentales de la OMS de mayor utilidad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4, 113-116.
- Reed, G. M., Roberts, M. C., Keeley, J., Hooppell, C., Matsumoto, C., Sharan, P., et. al. (2013). Mental health professionals' natural taxonomies of mental disorders: Implications for the clinical utility of the ICD-11 and the DSM-5. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 1191-1212.
- Ribes, E. (1982). Reflexiones sobre una caracterización profesional de las aplicaciones clínicas del análisis conductual. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 8, 87-96.
- _____ (1990). *Psicología y salud. Un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- _____ (1995). Causalidad y contingencia. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 21, 133-150.
- _____ (2000). Las psicologías y la definición de sus objetos de conocimiento. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 26, 367-383.
- _____ (2005). ¿Qué es lo que se debe medir en psicología? La cuestión de las diferencias individuales. *Acta Comportamentalia*, 13, 37-52.
- _____ (2011). La psicología:Cuál, cómo y para qué. *Revista Mexicana de Psicología*, 28, 85-92.
- Ribes, E., Díaz-González, E., Rodríguez, M. L. y Landa, P. (1990). El análisis contingencial: una alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento. En E. Ribes (Ed.), *Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento humano* (pp. 113-133). México: Trillas.
- Ribes, E. y López, F. (1985). *Teoría de la conducta. Un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.
- Roca, J. (2013). Ciencias de la conducta: objeto material y objeto formal. *Conductual: Revista Internacional de Interconductismo y Análisis de Conducta*, 1, 4-15.
- Rodríguez, M. L. (2009). Análisis contingencial. *Un sistema psicológico interconductual para el campo aplicado*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

- Rodríguez, F., Fernández, A. y Baly, A. (2000). Apreciación sobre la clasificación internacional de enfermedades. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 38 (Disponible en <http://www.scielo.sld.cu>). [Retirado el 4 de diciembre de 2012].
- Ryle, G. (1967). *El concepto de lo mental*. Buenos Aires: Paidós.
- Secretaría de Salud (2012). *Perfil epidemiológico de las enfermedades cardiovasculares en México*. México: Editorial Inner Traditions en español.
- Skodol, A. E., Gunderson, J.G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J. y Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*, 51, 936–950.
- Sudak, D. M. (2011). *Combining CBT and medication. An evidence-based approach*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Szasz, T. S. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15, 113-118.
- Thangavelu, R. y Martin, R. L. (1995). ICD-10 and DSM-IV: Depiction of the diagnostic elephant. *Psychiatric Annals*, 25, 20-28.
- Timimi, S. (2014). No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 208-215.
- Trull, T. J. (2005). *Clinical psychology (Seventh edition)*. Belmont, CA: Thomson Wadsworth.
- Valdespino, J. L., García-García, M. L., Conde-González, C. J., Olaiz-Fernández, G., Palma O. y Sepúlveda, J. (2007). Prevalencia de infección por VIH en la población adulta en México: una epidemia en ascenso y expansión. *Salud Pública de México*, 49 (Supl. 3), S386-S394.
- Van Praag, H.M. (1999). The impact of classification on psychopharmacology and biological psychiatry. *Dialogues on Clinical Neuroscience*, 1, 141-151.
- _____ (2000). Nosologomania: A disorder of psychiatry. *World Journal of Biological Psychiatry*, 1, 151-158.
- Van Straten, A., Geraedts, A., Verdonck-de Leeuw, I., Andersson, G. y Cuijpers, P. (2010). Psychological treatment of depressive symptoms in patients with medical disorders: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 23-32.
- Wakefield, J. C. (2007). El concepto de trastorno mental: implicaciones diagnósticas del análisis de la disfunción perjudicial. *World Psychiatry*, 5, 149-156.
- Widiger, T. A. y Clark, L.A. (2000). Toward DSM-V and the classification of psychopathology. *Psychological Bulletin*, 126, 946–963.
- Wittgenstein, L. (1953). *Philosophical investigations*. Oxford, EN: Basil Blackwell.

Capítulo 4

El concepto de conducta en psicología y salud: niveles de análisis

Para poder examinar la relación entre factores sociales y psicológicos es necesario traducir conceptualmente el nivel observacional de los factores sociales al del comportamiento psicológico, pues de otra manera se carecería de correspondencia lógica entre los conceptos referidos al nivel social y los relativos al nivel psicológico³⁰

Everardo Camacho Gutiérrez³¹

Julio Alfonso Piña López³²

Roberto Bueno Cuadra³³

4.1. Introducción

El interés por entender cómo se da la interacción entre los factores biológicos, psicológicos y sociales respecto del cuidado, mantenimiento, pérdida y eventual recuperación de la salud ha adquirido particular relevancia en las últimas cuatro décadas. Así lo demuestra la creciente cantidad de trabajos publicados tanto en el idioma inglés (*i. e.*, Baum y Posluszny, 1999; Follete, Bach y Follete, 1993; Holtzman, Evans, Kennedy e Iscoe, 1987; Leventhal, Weinman, Leventhal y Phillips, 2008; Marks, 2008; Miller, Chen y Cole, 2009; Schneiderman, Antoni, Saab e Ironson, 2001) como en el español (*i. e.*, Ardila, 1997; Bayés, 1987; Castro, 1993; Garzón, 2013).

No obstante lo anterior, lo que se tendría que discutir es si dicho interés ha dado paso al entendimiento, o si por el contrario los esfuerzos realizados en esa dirección han resultado menos que infructuosos. En efecto, en principio da la impresión que aún no ha quedado del todo claro en qué consiste la dimensión

³⁰ Ribes, 1992; p. 41

³¹ Laboratorio de Psiconeuroinmunología. Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente, México

³² Programa Institucional de Salud. Universidad de Sonora, México

³³ Instituto de Investigación en Psicología. Universidad de San Martín de Porres, Perú

psicológica en la salud-enfermedad y, asimismo, cómo se le ha de relacionar con las dimensiones biológica y social. Considérense la diversidad de propuestas que se enmarcan en lo *psico-social* (i. e., Baum y Posluszny, 1999; Rüdell y Diefenbach, 2008), lo *psico-biológico* (i. e., Bishop, 1994), lo *bio-social* (i. e., Cacioppo, Bernston, Sheridan y McClintock, 2000) y lo *bio-psico-social* (Cortés, Ramírez, Olvera y Arriaga, 2009; Novack, Cameron, Epel, Ader, Waldstein, Levenstein et al., 2007).

La idea fundamental —en principio correcta— promovida en estas diferentes iniciativas teóricas, es que la salud y la enfermedad son fenómenos *multi*-determinados; por tanto, que la salud y la enfermedad son afectadas no sólo por las condiciones del propio organismo, como se conceptualizaba desde una perspectiva estrictamente biomédica, sino que en esos fenómenos tienen también un papel causal de particular importancia los factores psicológicos y sociales. No obstante, a nuestro modo de ver las cosas dichas propuestas no han planteado de manera correcta el modo de integrar en la labor del psicólogo la abundante evidencia empírica acerca del papel que los factores mencionados tienen que ver con la salud-enfermedad.

Así, por ejemplo, Rüdell y Diefenbach (2008) se hicieron eco de propuestas anteriores que reclamaban a los psicólogos de la salud “aprender e incorporar el *input* de otras ciencias sociales como la sociología y la antropología” (*op Cit.*, p. 388). Por tanto, en su opinión, “el reto de hoy para los psicólogos de salud es... incorporar modelos y avances realizados en disciplinas vecinas, tales como la antropología, la psicología cultural, sociología y otras profesiones sanitarias” (*op Cit.*, p. 389). Sin embargo, como podemos apreciar en esta cita, se trata de propuestas en las que en general se ha optado por una estrategia aditiva, que consiste en incorporar en una única teoría —o un modelo— a conceptos provenientes de diferentes disciplinas, bajo el supuesto de que ello traerá consigo un mejor y un más completo entendimiento de los fenómenos de la salud y la enfermedad. Sin embargo, en todas y cada una de esas propuestas es posible identificar problemas en la definición y caracterización conceptual de los fenómenos implicados, *ergo*, los biológicos, psicológicos y sociales.

No debe pasarse por alto que las teorías o modelos provenientes de otras disciplinas no han dado muestra fehaciente de avances en lo conceptual, pues es necesario tener en cuenta que están formulados desde la óptica epistémica y metodológica particular de cada una de las disciplinas. Por ello, no es tan

simple sumar o procurar integrar en un único marco conceptual elementos conceptualmente dispares; por ejemplo, una teoría antropológica o sociológica no podría tener cabida en el esquema conceptual del psicólogo, dadas las grandes diferencias entre los objetos de estudio de estas distintas disciplinas y sus diversas formas de conceptualizar el mismo dominio empírico; de igual modo se diría que una teoría psicológica tendría poco que hacer en el marco de un esquema conceptual biomédico. A pesar de este hecho, no faltan voces defendiendo esa imposible “integración de conceptos”, lo que puede arrastrar consecuencias poco deseables para las disciplinas implicadas y, en otro plano, el profesional, cuando ya se pretende incidir sobre los fenómenos de la salud y la enfermedad. Considérese, por ejemplo, como Novack et. al. (2007) parten del hecho de que existe una gran cantidad de investigación que indica el impacto de factores psicológicos (*i. e.*, estados de ánimo) y sociales (*i. e.*, estatus socio-económico) sobre resultados importantes en salud.

Por tanto, en su concepto, el cuidado de la salud dentro de un modelo bio-psico-social requiere considerar todos los factores (biológicos, psicológicos y sociales) que la investigación muestra pueden contribuir a explicar dichos resultados. Pero, como dichos autores señalan explícitamente, existe la posibilidad de que los profesionales de la medicina, una vez que reconozcan el carácter bio-psico-social de la salud y la enfermedad, intervengan también apoyándose en estrategias propiamente psicológicas para mejorar sus intervenciones.

De ahí que para el psicólogo sea de capital importancia delimitar las *dimensiones psicológicas* del fenómeno de salud-enfermedad; la importancia de ese objetivo resalta tanto desde el punto de vista conceptual como en relación con la práctica profesional. La yuxtaposición de aportes provenientes de distintas disciplinas, tanto biomédicas como sociales oscurece esa necesaria delimitación, lo que trae como consecuencia inevitable, en última instancia, una confusión respecto de qué papel compete, específicamente, a tales disciplinas en relación con: a) la predicción, y b) la intervención con fines de prevención o rehabilitación en el ámbito de la salud. Desde un punto de vista teórico, un modelo específicamente psicológico de la salud-enfermedad contribuye a precisar la naturaleza de los factores conductuales implicados en el proceso de salud-enfermedad y sus interacciones mutuas (Ribes, 1990).

Por ejemplo (véase más adelante), tres elementos fundamentales de ese modelo lo constituyen, por un lado, los diferentes niveles de aptitud funcional del

individuo, por el otro los estilos individuales de comportamiento, y por último al desarrollo psicológico. En el primer caso nos referimos a las diversas formas genéricas cualitativas de interacción conductual, en el marco de las cuales se estructuran las competencias particulares del individuo como actuación ante las condiciones que mantendrían la salud o ante la enfermedad (Ribes, 2005). En el segundo caso se trata de las consistencias *intra*-individuales de comportamiento, las cuales se manifestarían en tendencias idiosincrásicas de respuesta frente a tales condiciones. Es innegable la importancia del conocimiento de estos y otros aspectos de un modelo psicológico para comprender el proceso de salud-enfermedad y para intervenir respecto de él. Además, un modelo psicológico propio de la salud-enfermedad constituye la herramienta conceptual necesaria para la actuación del psicólogo en el campo de la salud.

Desde nuestra óptica, para distinguir las diferentes dimensiones del proceso de la salud-enfermedad (biológica, psicológica y social), y de ese modo precisar la contribución a dicho proceso de aquellos factores correspondientes a esas dimensiones, una primera tarea de importancia es la delimitación del concepto de conducta. En otras palabras, dicho esclarecimiento conceptual se verá fortalecido en la medida que se logren superar dos obstáculos, que resumimos en: primero, no se ha alcanzado consenso en torno a qué se debe entender por conducta; segundo, tampoco lo hay en torno a qué dimensiones han de incluirse para su análisis (Bueno, 2011; Roca, 2007).

4.2. El concepto de conducta y sus niveles de análisis

Para delimitar el concepto de conducta, así como sus dimensiones, podemos comenzar con las propuestas de Kantor (1963, 1969), para quien aquél se puede desagregar para su análisis en tres niveles distintos: el *biológico* (como estructura física del organismo y de sus funciones relacionadas), el *psicológico* (como el decir, el sentir y el hacer de las personas comportándose en lo individual) y el *social* (como prácticas compartidas en un medio de contacto convencional). En el ámbito que relaciona la psicología con la salud, cada nivel podría a su vez enmarcarse en un modelo distinto, cada uno de los cuales cubriría dimensiones también distintas: el médico-biológico, el psicológico y el socio-cultural, respectivamente (*véase* Ribes, 1990). Para este autor, el primer nivel trata con la salud en términos de *ausencia* de enfermedad, o bien como el *equilibrio* entre la salud y la enfermedad; el segundo con la salud como procesos y resultados en la forma de *práctica individual* de un

organismo biológico en un medio regulado por relaciones socio-culturales; el tercero con la salud en términos de *bienestar*, consecuencia de las condiciones de vida y de determinadas prácticas socio-culturales.

El concepto de conducta es habitualmente empleado de manera indistinta para describir factores pertenecientes a esos tres niveles, y en particular en los niveles psicológico y social; sin embargo, como punto de partida es necesario aclarar que en cada uno de ellos están implicados diferentes niveles de abstracción, que por razones obvias se aplican a fenómenos distintos. Nuevamente, esclarecer dichos niveles y las dimensiones que los definen traerá como resultado una mejor comprensión de la manera en que los factores llamados biológicos, psicológicos y sociales participan en el proceso de salud-enfermedad.

Consideramos que cada uno de estos niveles contienen fenómenos o procesos que son *específicos* de cada nivel, pero que podrían ser también *complementarios* (Kantor, 1978). El meollo del asunto y sobre el que ponemos especial énfasis, es que en la psicología y salud lo específico y lo complementario se suelen confundir con inusitada frecuencia, lo que deriva de una confusión primaria, a saber, una vez que los autores hacen uso del concepto de conducta como concepto genérico, no sólo lo mal definen, sino que por añadidura le yuxtaponen dimensiones que se inscriben en los diferentes modelos; se cancela así toda posibilidad de definir con precisión qué es conducta y entender tanto lo que hace diferentes a las conductas biológica, psicológica y social; como las dimensiones que las distinguen (Ardila, 2007; Ribes, 2004).

Además, de acuerdo con Ryle (1949/1967), se incurre en la comisión de un error categorial: utilizar las palabras o expresiones que se aplican a determinado fenómeno y que pertenecen a una categoría lógica particular (*i. e.*, la psicológica) como si pertenecieran a otra categoría lógica distinta (*i. e.*, la biológica o la social). Dos casos: no se puede ni se debe explicar el “estado depresivo” de una persona debido a la ausencia de una sustancia o la interacción bioquímica en el cerebro, como tampoco es posible explicar la conducta de una persona en razón de la conducta de masas —por ejemplo, en un estadio de fútbol— desde la perspectiva de la facilitación social, en la que la primera es auspiciada por la segunda.

Respecto del primer caso, de explicarse el “estado depresivo” como una cuestión de neurotransmisores, dicho fenómeno estaría siendo conceptualizado como estrictamente biológico (*véase* el capítulo 3), dado que los cambios bioquímicos se sitúan, en realidad, en el nivel de análisis que es propio de la

conducta biológica. Más aún, no solamente se asienta en esa concepción la idea de que los “trastornos emocionales” deben tratarse mediante fármacos, sino que, además, desde hace algún tiempo se viene argumentando que la depresión, y los “trastornos mentales” en general, tienen su explicación en desajustes de la circuitería cerebral y que, por tanto, la terapia más adecuada en tales casos es la estimulación eléctrica de determinadas zonas del cerebro (*véase* Lozano y Mayberg, 2015). Desde un punto de vista psicológico, sin embargo, hablamos de “estado depresivo” para referirnos a las circunstancias particulares de un individuo en un contexto ecológico, social e interpersonal específico, como modos particulares de interacción de un individuo con su medio ambiente. Que en algunos de estos casos haya alteraciones bioquímicas no significa que el llamado estado depresivo sea equivalente a dichas alteraciones, como tampoco el hecho de que para pensar se requiere de un cerebro quiere decir que el pensamiento no es más que actividad cerebral. De otro lado, la conducta de masas es conducta de individuos concretos, pero esto mismo deja ver claramente que dicha conducta de masas no puede explicar la conducta individual de cada uno de ellos.

De hecho, como se reitera más abajo, las conductas propiamente psicológicas, conductas de individuos e *idiosincráticas*, no siguen necesariamente el mismo curso de las conductas sociales con las cuales no tiene por qué mantener correspondencia. Los conceptos de neurotransmisor y de facilitación social aluden a elementos o circunstancias que por sí solos no pueden remplazar a una explicación psicológica. Referirlos como única explicación de la conducta de un individuo concreto constituye una forma de reduccionismo, ya sea biologicista o sociologicista. Con esto no se quiere decir que los eventos psicológicos son autónomos respecto de los factores biológicos y sociales, sino más bien que lo psicológico constituye en realidad el resultado de la intersección de lo biológico y lo social (Ribes y López, 1985). Es precisamente por esa razón que lo psicológico no es reductible a ninguno de esos dos niveles, ni a algún factor o conjunto de factores delimitados en esos niveles.

Partiendo de este conjunto de consideraciones, en este trabajo nos centraremos en el análisis de los conceptos de conducta social y psicológica, proponiendo en una primera instancia su definición desde la perspectiva interconductual, para posteriormente delimitar en cada una las dimensiones que les son pertinentes. Nuestra intención es la de propiciar una reflexión crítica a propósito de cómo es que en el ámbito que relaciona la psicología con la

salud deberíamos tratar con ambos conceptos y, como consecuencia natural, evitar incurrir en la comisión de errores categoriales, que sólo dan lugar a reduccionismos, extrapolaciones y a malas interpretaciones (Barraca, 2002; Ribes, 1992).

4.3. Conducta social y conducta psicológica: Especificidad y complementariedad

La conducta social y la psicológica se inscriben y encuentran su razón de ser en distintos niveles de análisis, lo que presupone el apoyo en categorías conceptuales y métodos para su estudio que son también distintos. Comencemos señalando que el término “conducta social” aparece en innumerables publicaciones psicológicas y, como observa Ribes (2001), se le encuentra especialmente vinculado con la denominada psicología social, la psicología comunitaria y la etno-psicología. Lo usual es que dicho término se emplee como rótulo para las diversas formas específicas de conducta abordadas en esos trabajos, es decir, se pretende que dicho término designa un concepto que es definido por su contenido y no por algunas dimensiones definitorias.

Por ejemplo, en la *Encyclopedia of Psychology* publicada por la American Psychological Association (Kazdin, 2000), no existe una entrada para “conducta social”, pero sí para “cognición social”, la cual se define como el conjunto de aquellos factores representacionales que median los juicios y *conductas sociales*, comprendiendo temas como la atribución causal, los estereotipos y las actitudes. Inclusive, en un reciente reporte Chaparro y Grusec (2015) hablan de “conducta social positiva” para referirse específicamente al cumplimiento voluntario de normas y a la preocupación por el bienestar de los otros. Al parecer, entonces, el término es empleado como aludiendo a una muy amplia categoría, que incluye toda posible forma de comportamiento individual que involucre alguna relación con otros individuos, definición que es aplicable también a la psicología animal (*i. e.*, Moadab, Bliss-Moreau y Amaral, 2015) o la adhesión a determinadas normas. Sin embargo, los intentos realizados para determinar la “estructura” de la conducta social se han limitado a identificar rasgos o pautas de conducta, agrupándolas en dimensiones corroboradas mediante análisis factoriales (*i.e.*, Benjamin, 1974). Es más bien desde la perspectiva sociológica que ya se había empleado el término “conducta social” para hacer referencia a procesos de intercambio entre individuos (*i. e.*, Homans, 1958).

Desde la visión interconductual, la conducta social es conducta *compartida* por diferentes individuos frente a una misma circunstancia, la cual se manifiesta en la práctica como y mediante el lenguaje; por tanto, es siempre convencional y se vincula con lo que Kantor (1982) llamó *estímulos institucionales*. Éstos adquieren importancia como producto de su inclusión en prácticas humanas que son significativas para los diferentes individuos en un ambiente socialmente construido. De ahí que la conducta social *necesariamente* mantiene conexión con otras conductas, que aquél dio en llamar naturales o individuales (idiosincrásicas). Conductas típicas que se inscriben en lo social se tienen con el lenguaje —no como morfología sino como función relacional—, las creencias, los valores y las costumbres, principalmente (Kantor, 1929). Veremos que, para Ribes (2001), estas prácticas compartidas devienen en *instituciones*, las cuales más bien constituyen los *medios* que regulan las conductas sociales, como conductas interpersonales. Los términos creencias, valores y costumbres designan estas instituciones, así entendidas, en el sentido de que implican prácticas compartidas respecto de otros, que finalmente se constituyen como conducta.

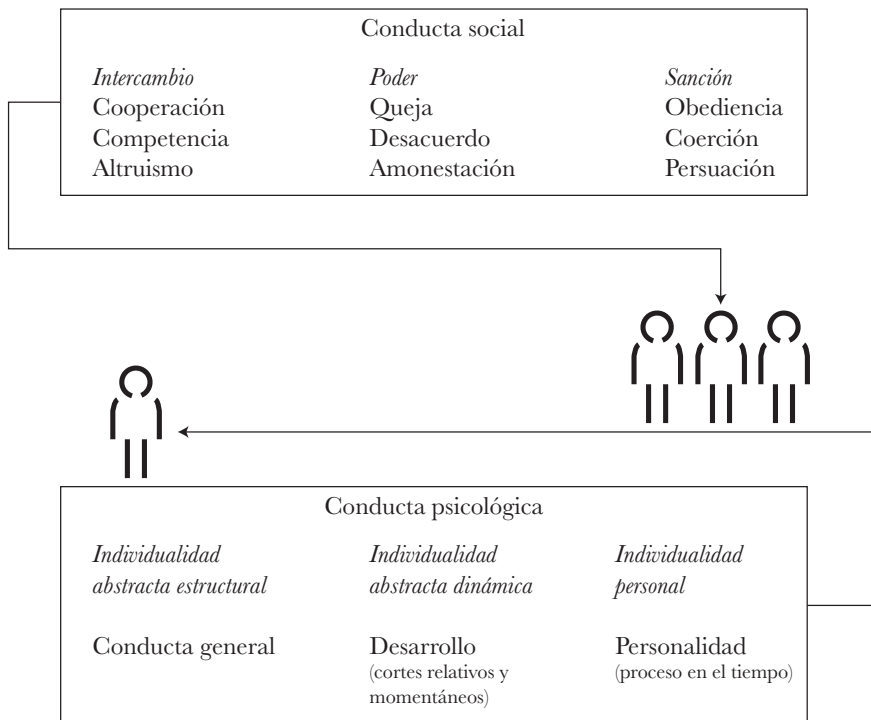
En efecto, Ribes (2001) plantea un concepto de conducta social por oposición a la conducta “no social” (pre-social, proto-social o para-social, algunas de las cuales cabe caracterizar como conductas biológicas). En su concepto, la conducta social implica relaciones en un medio de contacto convencional, que se dan siempre como y mediante el lenguaje, de manera sustitutiva referencial, como interacción bi-estimulativa de naturaleza sincrónica. Por consiguiente, la conducta social puede analizarse como relaciones *inter-personales*. Sin embargo, como Ribes (2001) observa, no se trata simplemente de episodios en los que se suman las conductas individuales de dos o más participantes; por ejemplo, cuando la conducta individual de uno de ellos es controlada por la conducta individual del otro. Más bien, la conducta social debe entenderse como poseyendo sus propias dimensiones funcionales, pues es característica de un medio particular exclusivamente humano.

Más aún, Ribes (2001) ha argumentado que la conducta humana es fundamentalmente social y que “el estudio de la conducta humana individual es un caso restringido de interacciones conductuales de mayor tamaño” (*op Cit.*, pp. 287-288). La conducta humana es fundamentalmente social, para Ribes, en la medida que la mayor parte de la actividad del individuo está enmarcada precisamente en las instituciones antes mencionadas y forma parte de ellas.

Continuando con los argumentos expuestos por Ribes (2001), “las instituciones, como prácticas compartidas mediadas por el lenguaje, se convierten en el medio de las relaciones interindividuales... las instituciones consisten en prácticas interindividuales convencionales mediadas por el lenguaje” (*op Cit.*, p. 289). Así pues, dichas instituciones constituyen episodios reales de interacción de individuos ocurriendo “de acuerdo con criterios colectivos” (*op Cit.*, p. 290). Decir que dichas instituciones influyen en los individuos, no es más que decir que tales individuos interactúan entre sí de acuerdo con dichos criterios.

En la conducta social se hacen manifiestas tres dimensiones especiales: intercambio, poder y sanción (Camacho, 2012; Ribes, 2001). Según Ribes (2001), dichas dimensiones caracterizan y describen toda posible forma de relación interpersonal, y es en el marco de ellas que es posible situar todas las relaciones contingenciales sociales que hemos identificado como instituciones (Figura 4.1).

Figura 4.1. Conducta social y conducta psicológica a-social: categorías para su análisis.



Fuente: elaboración propia.

Los componentes de cada dimensión, siguiendo la propuesta de Herrera, Pedroza, Oropeza y Rivera (2012) serían los siguientes: *intercambio* (producción, apropiación, distribución y consumo de bienes y servicios, donde adquieren particular importancia las categorías de cooperación, competencia y altruismo); *poder* (prescripción, regulación, supervisión y administración de consecuencias, donde están implicadas categorías como queja, desacuerdo y amonestación) y *sanción* (justificación, autorización o prohibición de interacciones sociales, en la que estarían implicadas categorías como obediencia, coerción y persuasión). Cada una de las categorías indicadas corresponde a alguna forma de conducta social.

Por su parte, la conducta psicológica, que tiene que ver con el decir, el sentir y el hacer de la persona como formas diversas de comportamiento, fue definida por Kantor (1959) como interacción organismo-ambiente. Con esta definición se asegura no sólo la inseparabilidad de la actividad del organismo (como conducta biológica) y los objetos y eventos del ambiente en sus modalidades físico, ecológico y/o social (Ribes y López, 1985), sino que a la par se garantiza que para la correcta representación teórica de los fenómenos psicológicos es requisito indispensable el considerar la complejidad funcional de las distintas formas de organización de relaciones que acaecen entre el organismo y el ambiente (Ribes, 2000). Las dimensiones de dicha conducta serían las siguientes: la *individualidad abstracta estructural* (la conducta general, tal y como se le define en una propuesta teórica cualquiera); una segunda modalidad de *individualidad abstracta dinámica*, que comprendería las transiciones de conducta que acaecen con la edad en contextos ecológico-sociales (desarrollo); asimismo, se tiene a la *individualidad personal* (personalidad).

Ahora bien, si la psicología estudia la conducta individual, preguntamos, ¿qué comprende a lo individual? Para los fines que se persiguen aquí y para clarificar posteriormente su importancia, lo individual, al ser desagregado para su análisis en tres dimensiones distintas, por lógica cada una presupone el uso de categorías conceptuales y métodos también distintos (Ribes, 2006; Ribes y López, 1985).

Brevemente, una función estímulo-respuesta consiste de un sistema de eventos específicos de estímulo y de respuesta vinculados entre sí por medio de relaciones de condicionalidad o *contingencia*. Cualquier evento psicológico o interacción conductual puede ser descrito especificando los eventos concretos

de estímulo y de respuesta participantes y las relaciones de contingencia que los vinculan. Son cinco las formas generales en que pueden existir dichas relaciones de contingencia. Esas distintas estructuras de contingencia difieren entre sí en lo referente a las propiedades morfológicas (físico-químicas, ecológicas o convencionales) de los eventos de estímulo y de respuesta así vinculados, considerándose que estas estructuras genéricas guardan entre sí una relación de inclusividad: es decir, la más simple de estas estructuras de contingencias (*la contextual*) está incluida como parte de otra de estas estructuras (*la suplementaria*) y ésta su vez forma parte de otra (*la selectora*), asimismo ésta se halla incluida dentro de la estructura denominada *sustitución referencial* y ésta, por último, a su vez, se encuentra integrada dentro de la *sustitución no referencial*.

Por otro lado, ejercer una interacción conductual requiere el ejercicio de un *desligamiento funcional* de un grado o nivel determinado, el cual guarda correspondencia con la estructura de contingencias a la que corresponde la conducta en cuestión. El desligamiento funcional es el grado en que la conducta es independiente de las propiedades físico-químicas de los eventos de estímulo-respuesta que la constituyen. Así, por ejemplo, la conducta suplementaria está desligada del requisito de constancia espacio-temporal de dichos eventos, ya que una conducta de este tipo se caracteriza, precisamente, por consistir en la regulación de las relaciones espacio-temporales de los eventos de estímulo. Por otro lado, la conducta sustitutiva referencial está desligada por completo de las propiedades físico-químicas de los eventos participantes, de modo que es una forma de interacción con dichos eventos basada en sus propiedades convencionales.

La estructura de contingencias y el nivel de desligamiento funcional correspondiente a cada función estímulo-respuesta son los elementos que distinguen los diferentes niveles de complejidad de la conducta. Así, una conducta que corresponde al nivel *suplementario*, por ejemplo, es más compleja que una conducta del nivel contextual, en el sentido de que la estructura *contextual* de contingencias está incluida en la estructura suplementaria y, lo que es igual decir, porque el ejercicio de una conducta suplementaria requiere, en comparación con la conducta contextual, de un mayor desligamiento de la conducta respecto de las características físico-químicas de los objetos con los que se interactúa.

Puesto que una teoría general de procesos cobra sentido en lo que genéricamente se conoce como ciencia básica, dependerá de la definición y

naturaleza de las funciones estímulo-respuesta el uso de determinados métodos, es decir, procedimientos y técnicas para su estudio experimental, sean los de uso rutinario o bien los que se desarrollen con base en lo que la teoría y la evidencia empírica “digan” (*i. e.*, Ribes y López, 1985; Serrano, 2013). La metodología hasta ahora más empleada se basa en la tarea de igualación de la muestra (IM). Dicha tarea requiere la elección de un estímulo (estímulo de comparación, ECO) en respuesta a la presentación simultánea o previa de otro (estímulo de muestra, EM). La tarea admite una serie de variantes. Por un lado, la tarea puede requerir o no que el ECO a elegir mantenga determinada correspondencia lógica con el EM, es decir, que ambos, el ECO “correcto” y el EM constituyen un ejemplar de un concepto relacional como “identidad” o “diferencia”. En el caso de que la tarea requiera elegir el ECO que constituye con el EM un concepto relacional, dicha tarea recibe el nombre de IM relacional, de no plantear ese requisito, el ECO “correcto” es arbitrario con respecto al EM y la tarea se llama IM arbitraria. Por otro lado, la IM puede ser una de primer orden o de segundo orden.

En el primer caso, sólo se presentan al sujeto el EM y los ECOs; en el segundo caso, se presentan, además, uno o dos estímulos adicionales (los estímulos de segundo orden, ESOs), los cuales “indican” la regla que el sujeto debe usar para elegir un ECO, dado el EM (Bueno, 2008). Dado que requiere que el sujeto ajuste su conducta a determinadas contingencias, la tarea de IM constituye un dispositivo útil para investigar las funciones estímulo-respuesta. Para resolver la tarea, el sujeto recibe determinadas instrucciones, las cuales son diseñadas de modo que proporcionen cierta cantidad y calidad precisa de información acerca de las contingencias programadas (Ortiz, González y Rosas, 2008). Los experimentos incluyen además procedimientos de transferencia, los cuales consisten en introducir determinados cambios en la tarea, una vez aprendida, con el propósito de investigar cómo las variables manipuladas influyen en el nivel de desligamiento funcional en el que el sujeto se desempeña. En general, los estudios que emplean la IM no abordan el análisis de competencias concretas, directamente vinculadas con el campo de la salud o algún otro. Sin embargo, al examinar el funcionamiento de determinadas formas genéricas de arreglos contingenciales, proporcionan la base empírica para teorizar e investigar el funcionamiento de competencias específicas, por ejemplo, las que tienen que ver con determinadas habilidades de afrontamiento del estrés.

La segunda dimensión de la conducta psicológica tiene que ver con la *individualidad abstracta dinámica*, tal cual se analiza en un contexto ecológico-social determinado; el caso del fenómeno de desarrollo psicológico constituye el ejemplo por antonomasia en dicho nivel. Puesto que el desarrollo se representa diacrónicamente —sucesivamente en el tiempo— y se vincula con cómo la organización de la conducta individual varía en razón de los criterios ecológico-sociales, propiamente dicho el fenómeno y su definición conceptual se aplica a la identificación, descripción y estudio experimental de las *transiciones* en que emergen nuevos procesos conductuales (Ribes, 1996).

La tercera y última dimensión de la conducta psicológica tiene que ver con la *individualidad particular*, en la forma de persona (la personalidad). Es en ésta donde se tendría que colocar el énfasis una vez que se habla de la conducta psicológica con relación a la salud y la enfermedad. Por ello, si el de psicología y salud es un campo de actuación profesional orientado a conocer e identificar qué y cómo determinadas variables facilitan o impiden la práctica de conductas instrumentales de prevención o riesgo, de ajuste a la enfermedad y de adhesión a la terapéutica (Piña y Rivera, 2006; Piña, Sánchez-Bravo, García-Cedillo, Ybarra y García-Cadena, 2013), un elemento medular en el continuo salud-enfermedad es el de la conducta de la persona comportándose en lo individual, es decir, su personalidad.

Hablar de personalidad es hablar de diferencias individuales. Como problema teóricamente relevante, el estudio de la personalidad debe considerar dos características, a saber, que las dimensiones interactivas del individuo se revelen como *modos consistentes de conducta*, por un lado, y que las dimensiones interactivas posean una *organización funcional peculiar* en cada individuo (Ribes y Sánchez, 1990), esto es, un *perfil funcional típico* que se mantiene constante en el tiempo y entre situaciones. Al no haber dos personas iguales, en virtud de que cada una se diferencia de la otra en la medida en que su personalidad es única, singular e idiosincrática, las maneras en que cada persona se comporta en relación con la salud y la enfermedad será diferente.

Estudios sobre personalidad desde la óptica de la psicología interconductual, orientados a la prevención de enfermedades, los podemos encontrar con relación a la tendencia al riesgo (Botella, Narváez, Martínez-Molina, Rubio y Santacreu, 2008; Ribes, Contreras, Martínez, Doval y Viladrich, 2005), a la controlabilidad-no controlabilidad y predictibilidad-*no* predictibilidad

en programas de evitación con efectos sobre marcadores del sistema inmune (Camacho y Vega-Michel, 2009; Vega-Michel y Camacho, 2010). Entre los orientados a la rehabilitación de enfermedades, el control clínico de éstas y a procurar la práctica de conductas de adhesión a la terapéutica, los podemos encontrar en relación con la tolerancia a la ambigüedad, la toma de decisiones y la tolerancia a la frustración en pacientes con infección por el VIH o sida (García-Cedillo, Cázares, Piña e Ybarra, 2012), diabetes tipo 2 (Torres y Piña, 2010) y cáncer de mama (Méndez, Mejía, Laborín y Piña, 2014).

No abundaremos en los detalles, ya que se trata de un asunto discutido ampliamente en otros lugares (*i. e.*, Piña, 2010; Piña et al., 2013), aun cuando sí que consideramos por demás necesario apuntar que el fenómeno de personalidad en la psicología y salud no puede analizarse al margen de otros fenómenos que también son fundamentales y que deberían formar parte todos de modelos teóricos debidamente articulados en lo conceptual; nos referimos, por ejemplo, a los de motivos, competencias y estados de ánimo o afectivos (Piña, Fierros, García-Cadena e Ybarra, 2011; Piña, Ybarra, Alcalá y Samaniego, 2010). Tampoco se le debe concebir como una especie de “agregado” al momento de realizar una investigación, pues en última instancia la personalidad, en su modalidad de *individualidad personal*, cobra sentido como fenómeno que se relaciona con aquellos otros fenómenos que también se inscriben en el contexto del análisis de la persona comportándose en lo individual.

4.4. El vínculo entre lo social a lo psicológico: Creencias y costumbres

Expuestas sus especificidades y sus dimensiones fundamentales, ¿cómo se puede plantear entonces la complementariedad de las conductas social y psicológica en psicología y salud? Retomando a Kantor (1929), si las categorías generales de análisis de la conducta social nos remiten al lenguaje como medio de desligamiento de las contingencias presentes introduciendo otras relaciones de condicionalidad, dos de los conceptos que caracterizan a la conducta social podrían ser medulares para los fines de responder a aquella pregunta: los de creencias y costumbres. Como ya hemos visto, dichos términos hacen referencia a determinados tipos de instituciones como practica compartida por individuos en un contexto social. Para ello será necesario considerar un proceso de traducción conceptual en los términos planteados por Ribes (1992). Dicha “traducción” tiene su fundamento en el hecho de que las prácticas socialmente compartidas

existen, materialmente, siempre como desempeños individuales. Así pues, una creencia social se manifiesta concretamente siempre como creencias mantenidas por individuos.

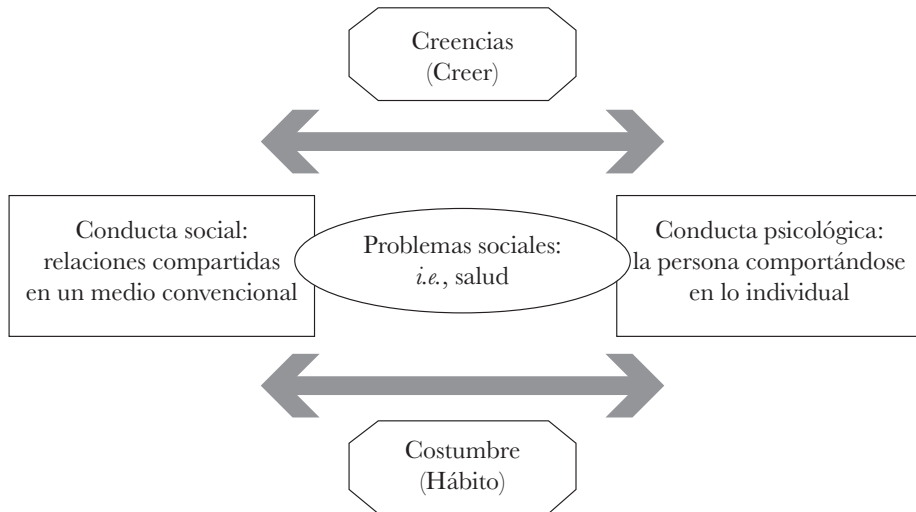
Para que se pueda entender mejor de lo que se está hablando, en la Tabla 4.1 se presenta una matriz en la que se describen diferentes tipos de interacciones, que se enmarcan en las dimensiones psicológica y social. Para cada tipo de interacción es posible plantearse a la vez diferentes análisis, según sean los elementos implicados, esto es, si el análisis se limita por ejemplo a una interacción básica que acaece en un contexto particular o si contempla elementos institucionales, *ergo*, sociales. Lo que resulta interesante de esta matriz, es cómo es que podrían conciliarse o relacionar dos dimensiones, la psicológica y la social, de manera tal que en el ámbito de la salud fuera posible cumplir con el criterio de traducibilidad planteado por Ribes (1992).

Tabla 4.1. Matriz de interacciones y diferencias en la conducta social y psicológica.

Tipos de interacciones	Conducta psicológica	Conducta social
Interacción individual básica	Interacción individual básica X (bajo un estado de privación de alimento, buscar comida)	
Interacción individual institucional		Leer un libro
Interacción con otros básica	Al recibir un golpe de otro en el cuerpo, responder con otro golpe	
Interacción con otros institucional		Hablar con otros sobre lo que harán mañana en una junta de trabajo

Por su parte, en la Figura 4.2 se sugiere cómo podría darse tal complementariedad. Si bien es necesario aclarar que *no* se plantea un paso directo de la conducta social a la psicológica, el mismo se daría mediado por los conceptos de *creencia* y de *costumbre*, los cuales harían las veces de *interfase* o *punte*, siempre y cuando su traducción y *re*-definición se haga considerando a la persona comportándose en lo individual.

Figura 4.2. Los conceptos de creencias (creer) y costumbre (hábito) como interfaces o puentes para vincular la conducta social con la psicológica.



Fuente: elaboración propia.

Por lo que hace a las creencias, su traducción y *re*-definición tiene que partir de evitar su uso como sustantivo (implicando que se trata de una cosa con poderes casuales sobre la conducta) para utilizarse mejor como verbo disposicional (Ryle, 1949/1967), esto es, como *creer*. Creer, como conocer, esperar e inteligente, señala el autor, son palabras disposicionales determinables, que significan tendencias, habilidades o propensiones que no pertenecen a un único tipo de cosas, sino a muchos diferentes; se puede creer, por ejemplo, en Dios, en la naturaleza, en otra persona, en el amor, en la importancia del cuidado de la salud, etcétera, lo que no equivale a decir que a una persona se le pueda encontrar en “estados de creencias” permanentes. Creer es tender a comportarse con cierto sentido frente a lo que se cree y las cosas y las personas sobre las que se cree, siempre en contexto (Ribes y Sánchez, 1994). Creer, para los autores citados, es aceptar lo que se reconoce y ello se manifiesta al seguir reconociendo y haciendo.

Por tanto, en su dimensión psicológica, creer podría analizarse funcionalmente como *ajuste* de una persona comportándose en lo individual respecto de lo que se reconoce y se hace cuando se entra en contacto con las cosas y otras personas en un contexto social determinado (Flores-Pineda, Velázquez-Jurado y Sánchez-Sosa, 2014; Gil Roales-Nieto, Granados y Márquez, 2014;

Ybarra, Pérez y Romero, 2013). Se cree en la medida en que una persona aprende a comportarse en consecuencia; tiende a comportarse, ajustándose *a los criterios que definen el sentido de los actos frente a los objetos y las personas en un contexto determinado* (Ribes y Sánchez, 1994, p. 66). Por tanto, en la medida en que las creencias se formulan verbalmente y son prácticas compartidas por otras personas, regulan la conducta de manera no específica.

Creer implicaría, por tanto, una tendencia de una persona a comportarse con fines de ajuste, en situaciones en las que lo que se cree se evalúa en términos de su correspondencia y su adecuación con las prácticas instauradas o costumbres en el grupo social de referencia. El criterio funcional de ajuste implicado en creer sería el de la *congruencia del ajuste*, esto es, entre el *decir y el hacer* (Carpio, Pacheco, Hernández y Flores, 1995); nos referimos a cómo la conducta (de creer) se ajustaría según se modificaran las relaciones entre los objetos, eventos de estímulo y las funciones dentro de una situación, a partir de establecer relaciones y funciones en una situación diferente, vía el lenguaje. Piénsese en una persona que cree (porque leyó un artículo de investigación en una revista prestigiada que el preservativo previene una infección de transmisión sexual) y ajusta su conducta en una situación, haciéndole saber a la pareja por qué habría que utilizar preservativo en el caso de que decidieran involucrarse en una relación sexual con penetración. Siendo así, cabría esperar que creer en la importancia del uso de preservativo se afirmara como una tendencia que se manifestaría como conducta potencial de uso (Rodríguez y Díaz-González, 2011).

Por lo demás, el concepto de creencia no ha sido ajeno a modelos explicativos de conductas relacionadas con la salud y la enfermedad. El famoso modelo de creencias en salud (Janz y Becker, 1984; Rosenstock, Strecher y Becker, 1988) postulaba que la conducta de un individuo en relación con el cuidado de su salud puede explicarse en función, precisamente, de un conjunto de creencias mantenidas por dicho individuo y que se agrupan en cuatro dimensiones: susceptibilidad (vulnerabilidad) percibida; severidad percibida (de la enfermedad); beneficios percibidos (de acciones relacionadas con la salud) y barreras (dificultades) percibidas (respecto de acciones relacionadas con la salud). Así, por ejemplo, la máxima probabilidad de que la persona se empeñe en realizar acciones orientadas a conservar su salud dependerá de si se considera vulnerable, de si percibe la enfermedad como grave, de si cree que dichas acciones serán altamente beneficiosas para su salud y de si aprecia pocas dificultades para

implementarlas. La investigación muestra que el valor predictivo de este modelo ha sido muy cuestionado (Moreno y Gil Roales-Nieto, 2003). En general, puede no haber correspondencia entre las creencias (el decir) y la conducta real del individuo (el hacer) con relación a su salud. En otras palabras, los individuos pueden actuar de modos incongruentes con lo que manifiestan o reportan “verbalmente” como creencias (Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003).

En cuanto a costumbre, podemos también encontrar el uso de dicho término para referirse a una *práctica socialmente compartida* (y por tanto, como un elemento institucional) y por el otro describir una práctica individual, a la que correspondería también la denominación de *hábito*. En lo tocante a las costumbres, como hábitos, señala Ryle (1949/1967) que éstos se crean por mera rutina. El de costumbre, como concepto, formaría parte de las palabras de *propensión*, en el sentido de que una persona se comportaría o actuaría *intencionadamente* de determinada manera. Lo que se hace entonces por costumbre, como hábito, implica que en la persona hay una motivación —o un motivo— particular, en virtud de que lo que se hace “motivadamente” se vincula expresamente con la obtención de una consecuencia de estímulo; no estamos hablando de una consecuencia interna que se concibe como fuerza energética, instinto, impulso, etcétera, sino de una consecuencia tangible que funcionalmente adquiere propiedades reforzantes por su asociación temporal con determinado hábito que se manifiesta en la forma de conducta (Piña, 2009).

Dicho lo anterior, las costumbres, en la forma de hábitos, constituyen en sentido estricto réplicas o repeticiones de un mismo ejercicio o una misma conducta, en la que no está implicada su modificación en razón de la práctica. La conducta habitual ha sido por ello a veces definida como conducta que ha sido anteriormente realizada con frecuencia en contextos estables (Ji y Wood, 2007; Wood, Quinn y Kashy, 2002). Los hábitos alimenticios y los de tipo sedentario representan ejemplos conspicuos de la “uniformidad conductual” que se adopta por las personas formando parte de un grupo social de referencia (*i.e.*, Machado, Rey-López, Rodrigues y do Carmo, 2014; Marcus, Hirst, Kaufman, Foster y Baranowski, 2013). Sin embargo, en la medida en que los hábitos se nos presentan como propensiones a hacer algo o comportarse de determinada manera, siempre intencionadamente, se puede plantear su análisis individual como referente y criterio de si la conducta de una persona respecto de otras califica como réplica o repetición, o bien si es posible que a partir de los hábitos

se instauren competencias y habilidades que, por definición, se definirían como conceptos disposicionales susceptibles de ser modificados en y por la práctica. En tal virtud, sería razonable plantear que, si la repetición, la rutina, previene a la inteligencia (Ribes, 1981), la repetición, la rutina, previene a la competencia, que se desarrollaría con base en el adiestramiento y el entrenamiento *in situ*.³⁴ Es importante señalar que ante la falta de correspondencia entre creencias y costumbres, el individuo puede modificar las creencias o las prácticas como manera de reducir el conflicto descrito por Festinger, conocido psicólogo social, como disonancia cognoscitiva.

4.5. Apuntes finales

Cuando años atrás Sandaker (2006) se preguntaba cómo es que el análisis de la conducta podría interactuar efectivamente con las ciencias sociales, recurrió al concepto de consilience (como acuerdo que se establece sobre una materia o asunto, a partir de diferentes aproximaciones) o unidad del conocimiento, en el entendido de que seleccionar un marco conceptual único sería necesario reconocer la diversidad y complejidad en la que se mueve una comunidad científica. Ciertamente, no es una tarea sencilla, puesto que en la psicología y salud tenemos no una, sino muchas y diversas comunidades científicas: las conformadas por los especialistas biomédicos, la de los psicólogos y la de los sociólogos-antropólogos de la salud. Todavía más, en cada una de éstas nos podemos encontrar con muchas y diversas comunidades. Entre las comunidades generales y las que llamaremos mini-comunidades, términos como el de conducta suelen ser definidos de manera diferente, las más de las veces ambiguamente y, por consiguiente, dando vida a la comisión de errores categoriales en palabras de Ryle (1949/1967).

Aquí se ha analizado el uso de los conceptos de conducta social y conducta psicológica, que quizá constituya el ejemplo típico de cómo en la psicología y salud dos conceptos, que denotan cosas distintas y que poseen dimensiones distintas, se utilizan rutinariamente como si fueran una y la misma cosa. Por tanto, hablar de factores o variables psico-sociales es un absurdo; hay unos que son psicológicos y otros sociales. En esta lógica, el concepto de conducta social no es equivalente al

³⁴ De hecho, en ese y otros escritos más, Ribes ha sostenido que el de inteligencia es un concepto relativo a competencia, como disposición integrada de la historia de la persona en sus contactos cotidianos, en la forma de atribución para tratar de hacer algo o resolver algo, ser experto o tener conocimiento sobre algo (i. e., Ribes, 2008).

de conducta psicológica,³⁵ y éste no puede ser reducido a aquél, o viceversa, so riesgo de terminar interpretando uno y sus dimensiones, con base en el otro y sus dimensiones.

Ambas son conductas: una regulada por dimensiones sociales, por lo tanto más compleja, y otra regulada por factores físico-químicos y ecológicos, por lo tanto más simple. Ambas conductas afectan a la salud biológica de los personas, por una parte, y ambas también pero de manera diferente afectan la conducta de otros en una dimensión social. Ambas, finalmente, impactan de manera diferente al propio ejercicio profesional del psicólogo en el ámbito de la salud, en razón de que su delimitación conceptual precisa permitiría su abordaje metodológico también de manera precisa, de cara a procurar intervenciones tendientes a promover la salud o prevenir el acaecimiento de una enfermedad.

Bibliografía

- Ardila, R. (1997). Análisis experimental del comportamiento y psicología de la salud. *Psicología Conductual*, 5, 435-443.
- Ardila, R. (2007). Psicología en el contexto de las ciencias naturales, comportamiento y evolución. *Acta Colombiana de Ciencias*, 31, 395-403.
- Arrivillaga, M., Salazar, I. C. y Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*, 34, 186-195.
- Baum, A. y Posluszny, D.M. (1999). Health psychology: Mapping biobehavioral contributions to health and illness. *Annual Review of Psychology*, 50, 137-163.
- Barraca, J. (2002). Biología, psicología, sociología. Intromisiones y respetos mutuos. *EduPsykhé*, 1, 139-153.
- Bayés, R. (1987). Factores de aprendizaje en la salud y la enfermedad. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 5, 119-135.

³⁵ Ciertamente, es posible plantearse preguntas desde lo social y su impacto en la salud estableciendo correspondencias con la conducta individual: por ejemplo, ciertos contextos o dinámicas de poder se reflejan en efectos biológicos como el estrés, que son mediados por la manera de responder de las personas comportándose en lo individual, como ocurre con los patrones de personalidad.

- Benjamin, L. S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81, 392-425.
- Bishop, G. D. (1994). *Health Psychology: Integrating mind and body*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Botella, J., Narváez, M., Martínez-Molina, A., Rubio, V. J. y Santacreu, J. (2008). A dilemmas task for eliciting risk propensity. *The Psychological Record*, 58, 529-546.
- Bueno, R. (2008). Efecto de la variación entre ensayos de los estímulos de segundo orden sobre la adquisición y transferencia en una tarea de discriminación condicional. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 34, 197-219.
- _____ (2011). Reflexiones acerca del objeto y metas de la psicología como una ciencia natural. *LIBERABIT*, 17, 37-48.
- Cacioppo, J. T., Bernston, G.G., Sheridan, J. F. y McClintock, M. K. (2000). Multilevel integrative analyses of human behavior: Social neuroscience and the complementing nature of social and biological approaches. *Psychological Bulletin*, 126, 829-843.
- Camacho, E. (2013). Interacciones sociales en contingencias de cooperación y competencia: ¿comportamiento suplementario o sustitutivo? *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 38, 22-38.
- Camacho, E. y Vega-Michel, C. (2009). Efectos de un programa de evitación de ruido en inmunoglobulina (IgA) salival en niños. *Psicología y Salud*, 19, 51-61.
- Carpio, C., Pacheco, V., Hernández, R. y Flores, C. (1995). Creencias, criterios y desarrollo psicológico. *Acta Comportamental*, 3, 89-98.
- Castro, J. (1993). Psicología básica y salud. *Anales de Psicología*, 9, 121-131.
- Chaparro, M. P. y Grusec, J. E. (2015). Parent and adolescent intentions to disclose and links to positive social behavior. *Journal of Family Psychology*, 29, 49-58.
- Cortés, E. B., Ramírez, M., Olvera, J. y Arriaga, Y.J. (2009). El concepto de salud desde la salud: la salud como proceso. *Alternativas en Psicología*, XIV, 89-103.
- Díaz Guerrero, R. (1972). *Hacia una teoría histórico-bio-psico-social del comportamiento humano*. México: Trillas.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenger for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Flores-Pineda, N., Velázquez-Jurado, H. y Sánchez-Sosa, J.J. (2014). Estrés, conducta de afrontamiento y creencias relativas a conducta adaptativa en pacientes con tumores óseos. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 40, 91-98.

- Follete, W. C., Bach, P.A. y Follete, V. M. (1993). A behavior-analytic view of psychological health. *The Behavior Analyst*, 16, 306-316.
- García-Cedillo, I., Cázares, O., Piña, J.A. e Ybarra, J. L. (2012). Adhesión al TAR en personas con VIH/sida de la región noroeste de México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 2, 125-132.
- Garzón, A. (2013). Transformaciones y nuevas perspectivas profesionales y académicas de la psicología de la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45, 241-252.
- Gil Roales-Nieto, J. J., Granados, G. y Márquez, V. (2014). Effects of a feedback procedure on beliefs about symptoms and treatment adherence in hypertensive patients. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14, 433-444.
- Herrera, J., Pedroza, F. J., Oropeza, R. y Rivera, M. E. (2012). Análisis experimental de interacciones sociales intrapenitenciarias: El caso del intercambio, el poder y la sanción. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 38, 106-125.
- Holtzman, W. H., Evans, R.I., Kennedy, S. e Iscoe, I. (1987). Psychology and health: contributions of psychology to the improvement of health and health care. *International Journal of Psychology*, 22, 221-267.
- Homans, G. C. (1958). Social behavior as exchange. *American Journal of Sociology*, 63, 597-606.
- Janz, N. K. y Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.
- Ji, M. F. y Wood, W. (2007). Purchase and consumption habits: Not necessarily what you intend. *Journal of Consumer Psychology*, 17, 261-276.
- Kantor, J. R. (1929). *An outline of social psychology*. Oxford, EN: Follet.
- _____ (1959). *Interbehavioral psychology*. Chicago, IL: The Principia Press.
- _____ (1963). *The scientific evolution of psychology (Vol. 1)*. Chicago, IL: The Principia Press.
- _____ (1969). *The scientific evolution of psychology (Vol. 2)*. Chicago, IL: The Principia Press.
- _____ (1978). The principle of specificity in psychology and science in general. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 4, 117-132.
- _____ (1982). *Cultural psychology*. Chicago, IL: The Principia Press.
- Kazdin, A. E. (Ed.) (2000). *Encyclopedia of psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Leventhal, H., Weinman, J., Leventhal, E.A. y Phillips, L.A. (2008). Health psychology: The search for pathways between behavior and health. *Annual Review of Psychology*, 59, 477-505.
- Lozano, A. M. y Mayberg, H. S. (2015). Treating depression at the source. *Scientific American*, 312, 68-73.
- Machado, L. F., Rey-López, J. P., Rodrigues, V. K. y do Carmo, O. (2014). Sedentary behavior and health outcomes among older adults: a systematic review. *BMC Public Health*, 14, 333.
- Marcus, M. D., Hirst, K., Kaufman, F., Foster, G. D. y Baranowski, T. (2013). Lessons learned from the HEALTHY Primary Prevention Trial of risk factors for type 2 diabetes in middle school youth. *Current Diabetes Reports*, 13, 63-71.
- Marks, D. F. (2008). The quest for meaningful theory in health psychology. *Journal of Health Psychology*, 13, 977-981.
- Méndez, J., Mejía, R., Laborín, J. y Piña, J. A. (2014). Adhesión en mujeres con cáncer de mama del Perú. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 13, 117-123.
- Miller, G., Chen, E. y Cole, S. W. (2009). Health psychology: Developing biologically plausible models linking the social world and physical health. *Annual Review of Psychology*, 60, 501-524.
- Moadab, G., Bliss-Moreau, E. y Amaral, D. G. (2015). Adult social behavior with familiar partners following neonatal amygdala or hippocampus damage. *Behavioral Neuroscience*, 129, 339-350.
- Moreno, M. y Gil Roales-Nieto, J. (2003). El modelo de creencias en salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 91-109.
- Novack, D. H., Cameron, O., Epel, E., Ader, R., Waldstein, S. R., Levenstein, S., et al., (2007). Psychosomatic medicine: The scientific foundation of the biopsychosocial model. *Academic Psychiatry*, 31, 388-401.
- Ortiz, G., González, A. y Rosas, M. (2008). Una taxonomía para el análisis de descripciones pre y post contacto con arreglos contingenciales. *Acta Colombiana de Psicología*, 11, 45-53.
- Piña, J. A. (2009). Motivación en psicología y salud: motivación no es sinónimo de intención, actitud o percepción de riesgo. *Diversitas-Perspectivas en Psicología*, 5, 27-35.

- Piña, J.A. (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., Fierros, L.E., García-Cadena, C. H. e Ybarra, J. L. (2011). Psicología y salud (II): tendiendo puentes entre la psicología básica y la aplicada. El rol del fenómeno de personalidad. *Pensamiento Psicológico*, 9, 203-212.
- 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., Sánchez-Bravo, C., García-Cedillo, I., Ybarra, J. L. y García-Cadena, C. H. (2013). Psicología y salud en México: algunas reflexiones basadas en el sentido común y la experiencia. *Diversitas-Perspectivas en Psicología*, 9, 342-360.
- 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. (1981). Reflexiones sobre el concepto de inteligencia y su desarrollo. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 7, 107-116.
- _____ (1988). Delimitación de la psicología y la sociología: ubicación de la psicología social. *Revista Sonorense de Psicología*, 2, 72-81.
- _____ (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- _____ (1992). Factores macro y micro-sociales participantes en la regulación del comportamiento psicológico. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 15, 39-55.
- _____ (1996). Reflexiones sobre la naturaleza de una teoría del desarrollo del comportamiento y su aplicación. En S.W. Bijou y E. Ribes (Coords.), *El desarrollo del comportamiento* (pp. 267-282). Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara.
- _____ (2000). La psicología y la definición de sus objetos de conocimiento. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 26, 367-383.
- _____ (2001). Functional dimensions of social behavior: Theoretical considerations and some preliminary data. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 27, 285-306.
- _____ (2004). ¿Es posible unificar los criterios sobre los que se concibe la psicología? *Suma Psicológica*, 11, 9-28.
- _____ (2005). ¿Qué es lo que se debe medir en psicología? La cuestión de las diferencias individuales. *Acta Comportamental*, 13, 37-52.

- Ribes, E. (2006). A theoretical and experimental program on human and animal behaviour. *International Journal of Psychology*, 41, 436-448.
- _____ (2008). El concepto de competencia: su pertinencia en el desarrollo psicológico y la educación. *Bordón*, 63, 33-45.
- 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. 79-99). México: Trillas.
- Ribes, E. y Sánchez, U. (1994). Conducta, juegos de lenguaje y criterios de validación del conocimiento. *Acta Comportamentalia*, 2, 57-86.
- Roca, J. (2007). Conducta y conducta. *Acta Comportamentalia*, 17, 33-43.
- Rodríguez, M. L. y Díaz-González, E. (2011). Relación entre la consistencia en el uso del condón y factores disposicionales en estudiantes de bachillerato. *Psicología y Salud*, 21, 17-24.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. y Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15, 175-183.
- Rüdell, K. y Diefenbach, M. A. (2008). [Editorial]: 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.
- Ryle, G. (1949/1967). *El concepto de lo mental*. Buenos Aires: Paidós.
- Sandaker, I. (2006). How should behavior analysis interact effectively with social sciences? *Behavior and Social Issues*, 15, 81-92.
- Schneiderman, N., Antoni, M. H., Saab, P.G. e Ironson, G. (2001). Health psychology: Psychosocial and biobehavioral aspects of chronic disease management. *Annual Review of Psychology*, 52, 533-580.
- Serrano, M. (2013). Acerca de nuevos procedimientos en psicología interconductual. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 5, 104-109.
- Torres, A. M. y Piña, J. A. (2010). Asociación entre variables psicológicas y sociales con la adhesión en personas con diabetes tipo 2. *Terapia Psicológica*, 28, 45-53.

- Vega-Michel, C., López-Alvarez, M. y Camacho, E. (2010). Patrones conductuales en programas de evitación con humanos y sus efectos en cortisol salival. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 36, 31-44.
- Vilar, S. (1997). La nueva racionalidad: comprender la complejidad con métodos transdisciplinarios. Barcelona, España: Kairós.
- Villee, C.A. (1988). *Biología* (4a edición). México: McGraw-Hill.
- Wood, W., Quinn, J. M. y Kashy, D. A. (2002). Habits in everyday life: Thought, emotion, and action. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 1281-1297.
- Ybarra, J. L., Pérez, B.E. y Romero, D. (2013). Conocimiento y creencias sobre la prueba de Papanicolaou en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 22, 185-194.

Capítulo 5

El plan de estudios 2011-2 sobre Psicología de la Salud en la Universidad de Sonora: ¿Un mito genial o el asalto a la razón?

Julio Alfonso Piña López³⁶

5.1. Introducción

Según Ribes, hacia finales de 2010 existían en México alrededor de 400 programas de Licenciatura en Psicología en universidades tanto públicas como privadas (Ribes, 2011), que se presume fueron creados con el firme propósito de formar profesionales competentes para incidir sobre los distintos problemas sociales, entiéndanse salud, educación, convivencia social, ambiente, etcétera. Una primera pregunta que hacemos sobre el respecto es la siguiente: ¿qué características han distinguido a esos programas de cara a garantizar una formación disciplinar sólida y el posterior ejercicio de desempeños profesionales eficientes y efectivos en los ámbitos donde tiene sentido la aplicabilidad del conocimiento psicológico? Se trata de una que en principio nos obliga a reflexionar críticamente sobre lo que Ribes (2005) ha dado en llamar la *responsabilidad formativa* de las instituciones de educación superior, pero también sobre cuál debería ser el *perfil* de egreso de los futuros psicólogos.

Por lo que hace a la responsabilidad formativa, por razones que tienen que ver con el desarrollo de la psicología como disciplina de conocimiento, los primeros planes de estudio que se elaboraron en nuestro país incluían asignaturas cuyos contenidos eran diversos e inconexos, asegura Ribes (2011), agrupados en materias tales como metodología de la investigación, psicometría, psicología general y experimental, etcétera. Adicionalmente, ponían el énfasis en proveer de información o conocimientos a los estudiantes, lo que se tradujo en un fragante descuido del entrenamiento puntual de las que en su momento se definieron como *habilidades* profesionales (Zanatta y Yurén, 2012).

Lo que hoy día resulta preocupante, es que no nos queda sino la impresión, poco gratificante, por cierto, que esa situación no ha cambiado mínimamente.

³⁶ Programa de Salud Institucional. Universidad de Sonora

En efecto, tanto la confusión disciplinar como la distorsión del perfil de egreso siguen siendo la norma y no la excepción, razón por la cual una buena cantidad de programas de licenciatura, incluyendo los de reciente creación, no están satisfaciendo los estándares de calidad esperados.³⁷ Nos referimos a que los modelos curriculares en que se sustentan no están posibilitando, ni antes como ahora, el entrenamiento de los psicólogos con *niveles suficientes de decoro académico y formación técnica* (Mouret y Ribes, 1977; p. 7).

Habida cuenta de lo antes dicho, una segunda pregunta que hacemos es la siguiente: ¿en las actuales circunstancias se requieren nuevos programas de Licenciatura en Psicología en México, sobre todo aquellos que en sus planes de estudio se plasma como objetivo general el de formar a futuros psicólogos en ámbitos específicos, *i.e.*, salud? De ser afirmativa la respuesta, preguntamos en serie: ¿qué justifica su creación? ¿En qué modelo curricular se sustentan? ¿Cumplen con las normas de calidad académica, científica y profesional, de manera tal que cumplan posteriormente con los requisitos necesarios y suficientes para su acreditación por las instancias colegiadas en nuestro país?

Con el objeto de dar respuesta a esta serie de preguntas se planteó el presente trabajo, en el que se analiza minuciosamente el plan de estudios 2011-2 sobre psicología de la salud recientemente instrumentado en la unidad Cajeme de la Universidad de Sonora.

5.2. Los planes de estudios y sus características formales en la Universidad de Sonora

Estévez y Fimbres (1999) señalaban que a principios de la década del noventa del pasado siglo se instrumentaron en la Universidad de Sonora (UNISON) las primeras acciones tendientes a solucionar la problemática curricular que se enfrentaba en la institución, que se caracterizaba por la insuficiencia de criterios, reglamentos y/o lineamientos que orientaran tanto la creación de nuevas carreras como las reformas en los planes de estudio existentes.

A raíz de ello, añaden que en el caso de los planes de estudio de nueva creación, los mismos empezaron a diseñarse conforme a *criterios metodológicos más*

³⁷ *Ejemplos conspicuos se tienen con el que aquí se analiza y el de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Kino en Hermosillo, que es oportuno decirlo, comparten muchas de las materias de lo que llamaríamos el “tronco común” y el área de especialización en psicología de la salud.*

serios y sistemáticos (sic), a fin de cumplir con los estándares de calidad esperados. Con base en estos criterios, lo que se buscaba era propiciar la incorporación de planteamientos y paradigmas metodológicos más amplios que justo sirvieran para hacer propuestas innovadoras en el campo del currículum. Esta propuesta metodológica a la que se alude y que se sustentaba en las aportaciones de Sacristán (1989) y Stenhouse (1984), es importante aclarar que fue sustituida en 2004 cuando se decidió adoptar como nuevo modelo curricular al conocido como *Modelo para el Aprendizaje de Competencias Profesionales* (Universidad de Sonora, 2004).³⁸ Éste se plasmó en la primera reforma curricular que se impulsó ese mismo año con el plan de estudios de la Licenciatura en Psicología 2004-2 (Carpio, Díaz, Ibáñez y Obregón, 2007), que dicho sea de paso se encontraba al momento de escribir estas líneas en proceso de revisión para su posterior reforma curricular.

5.3. El plan de estudios 2011-2 sobre psicología de la salud: Descripción general

En agosto de 2011 entró en operación el programa de Licenciatura en Psicología de la Salud en la Unidad Cajeme de la UNISON (Universidad de Sonora, 2011), para lo cual meses antes, concretamente en diciembre de 2010, se nombró una Comisión *ex profeso* para elaborar el plan de estudios correspondiente, con tareas que incluyeron; citaremos por su importancia en extenso:³⁹

a) Delimitación del tipo de profesional de la Psicología requerido para integrarse al cúmulo de carreras ofrecidas por la Unidad Cajeme.

b) Delimitación del perfil profesional del psicólogo clínico y del psicólogo de la salud.

³⁸ *En dicho modelo descansan los contenido de los Lineamientos Generales para un Modelo Curricular en la Universidad de Sonora, que prescriben las características indispensables a tener en cuenta en los planes de estudio; se incluyen, entre otras: a) la flexibilidad en las rutas curriculares; b) se centran en el aprendizaje del alumno más que en los “contenidos”; c) se centran en su formación integral; d) se vinculan con la problemática social; e) se orientan al desarrollo de habilidades y competencias, y f) se estructuran con base en cinco ejes formativos, a saber, común, básico, profesionalizante, especializante e integrador.*

³⁹ *Hacemos constar que los problemas acusados de estilo y redacción en las diferentes citas textuales, así como en los contenidos de las dos Tablas que se presentan más adelante, son atribuidos a los responsables del plan de estudios.*

c) Reconocimiento de las tendencias actuales de integración de cuerpos colegiados de profesionales de la Psicología en la Asociación Psicológica Americana y sus funciones, donde destaca el psicólogo de la salud.

d) Reconocimiento del crecimiento en investigación y aplicación de la Psicología de la Salud en Latinoamérica.

e) Delimitación de la Psicología de la Salud como ámbito de formación profesional que atiende a las necesidades de integración multidisciplinaria e interdisciplinaria, con énfasis en la búsqueda de generación de un escenario trans-disciplinar para la intervención en salud.

f) Exploración de oferta educativa en Psicología de la Salud en Latino América y en el país.

g) Reconocimiento del ámbito laboral cubierto en la entidad, principalmente en la Secretaría de Salud y en organizaciones sociales que atienden la problemática de salud en Sonora

h) Delimitación de las necesidades de atención a la salud en la población mexicana, particularizando en el caso de Sonora, y sus proyecciones para los próximos años.

i) Documentación de las políticas internacionales, regionales y nacionales en materia de atención a la salud con énfasis en la promoción de la salud, la prevención y la atención a la población ya enferma.

j) Delimitación del perfil profesional del psicólogo de la salud para la nueva oferta educativa de la Unidad Cajeme.

k) Delimitación de los ejes competenciales para la formación del psicólogo de la salud de la nueva oferta educativa de la Unidad Cajeme.

l) Consulta constante con expertos para discutir las orientaciones básicas en la formación del psicólogo de la salud.

m) Presentación de avances de la fundamentación y desarrollo de la propuesta a coordinadores académicos de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud, así como a investigadores y docentes involucrados en proyectos de salud y bienestar social de la región y del país.

n) Realimentación de la propuesta e integración de recomendaciones de los expertos del ámbito de la salud incluyendo a una experta que formuló y se encuentra coordinando la implementación de una propuesta similar en Cuba.

o) Desarrollo de la propuesta curricular incluyendo estructura curricular, particularidades y requerimientos del programa según la normatividad de la

Universidad de Sonora en sus diversos aspectos, planta docente disponible y potencial, programas de materia.

p) Presentación de la propuesta a los órganos colegiados: Consejo Divisional de la División de Ciencias Sociales y Consejo Académico de la Unidad Regional Centro de la Universidad de Sonora. Integración de las recomendaciones hechas por los órganos colegiados (Universidad de Sonora, 2011; pp. 25-26).

Si se parte del entendido de que la mencionada Comisión empezó a trabajar formalmente en diciembre de 2010 y que el plan de estudios concluyó en febrero de 2011, por una cuestión de sentido común resulta por demás difícil de aceptar que en el lapso de tan sólo tres meses se diera cabal cumplimiento al cúmulo de tareas consignadas en los 16 incisos,⁴⁰ lo cual no hace sino poner en evidencia las fragilidades, omisiones, inconsistencias y contradicciones presentes en dicho plan; demostraremos todo ello haciendo un recorrido, punto por punto, sobre lo que contiene el que hemos dado en llamar el *documento maestro*.

Fundamentación

En el lenguaje ordinario *fundamentar* es un verbo transitivo que significa *echar los fundamentos o cimientos a un edificio*, mientras que en un sentido figurado cuenta con dos acepciones: *establecer, asegurar y hacer firme una cosa, así como dar las razones de una cosa*. Si retomamos esta última acepción, lo que deberíamos es revisar y analizar si los *fundamentos* a los que se refieren los responsables del plan de estudios a lo largo de 24 páginas lo son, o si en su defecto dan vida a un discurso frágil en sus argumentos, del cual se desprenden marcados y no menos serios problemas de organicidad, congruencia y coherencia discursiva.

Iniciaremos mencionando que, amparados en el ya sabido hecho de que en México se ha venido observando el conocido como fenómeno de la *transición epidemiológica*, esto es, el tránsito de las enfermedades infecciosas a las crónicas no transmisibles —ECNT (Córdova-Villalobos, Barriguete-Meléndez, Lara-

⁴⁰ El autor, que cuenta con poco más de 30 años de experiencia académica y/o profesional, ésta fundamentalmente en el ámbito de la salud, fungió en su paso por la Universidad de Sonora como secretario de la Comisión de Asuntos Académicos del H. Consejo Académico de la Unidad Regional Centro, por lo cual tiene pleno conocimiento del largo y sinuoso camino que hay que seguir cuando se presentan nuevos planes de estudio o reformas curriculares a los existentes.

Esqueda, Barquera, Rosas-Peralta, Hernández-Ávila et al., 2008; Kuri-Morales, 2011), en tan sólo cuatro páginas (de la 6 a la 9) se presentan tres Figuras en las que se resumen: 1) La distribución porcentual de las defunciones y sus proyecciones por grandes grupos de edad en México; 2) La mortalidad general y la esperanza de vida en el país, que comprende el periodo 1955-2001, y 3) Un comparativo de la esperanza de vida en países del continente americano, correspondiente a 2009. Así, con base en los contenidos de las tres Figuras los responsables del plan de estudios concluyen asegurando en la página 9 que:

Paralelamente a los fenómenos anteriormente descritos se desarrollan propuestas teóricas y metodológicas en las ciencias de la salud para el estudio y explicación del perfil epidemiológico y los factores que la determinan. Entre ellas destaca la contribución de la Psicología que da lugar al surgimiento de una nueva vertiente de aplicación que se denomina Psicología de la Salud. De manera particular se inicia el estudio de los fenómenos psicosociales asociados a la salud que se derivan de la adopción de nuevos estilos de vida, del acceso a un mercado de oferta más amplio y la inserción en el mercado laboral de segmentos crecientes [...]

Un cuestionamiento muy simple que de entrada hacemos a los responsables del plan de estudios, es si tres Figuras y un párrafo de tan sólo nueve renglones pueden dar lugar a semejante conclusión. Cuando no se tomaron siquiera la molestia de revisar y analizar los por qué y cómo de la transición epidemiológica en México (*i. e.*, Martínez y Sepúlveda, 1994; Secretaría de Salud, 2007), mucho menos discutir con la amplitud requerida sobre los fenómenos sociales, políticos y económicos a los que simplemente mencionan en cuatro páginas, preguntamos entonces: ¿a qué propuestas teóricas y metodológicas en ciencias de la salud se refieren? ¿Con las primeras, se refieren a teorías o modelos sobre lo que se da en llamar el proceso salud-enfermedad o sobre salud pública? Nos permitimos recomendar a los responsables del plan de estudios la lectura de cuatro trabajos publicados años atrás, con el objeto de que entiendan en qué radican las diferencias entre toda una amplia gama de teorías y modelos respecto de ambos, la salud y la enfermedad, por un lado, y la salud pública, por el otro (Arredondo, 1992; Cabrera, 2004; Franco, 2006; Frenk, Bobadilla, Sternn, Frejta y Lozano, 1991).

No menos importante, ¿a qué psicología y a qué psicología de la salud se refieren? Y por añadidura, ¿cómo es que a su saber y entender se integrará la psicología con el cúmulo de propuestas teórico-metodológicas que se inscriben en

las ciencias de la salud? Primeras preguntas sin respuestas, pues está claro que no se puede *justificar* algo con base en generalidades descritas en nueve renglones, en particular cuando se trata, presumiblemente, de arrojar alguna luz en el camino sobre qué se entiende por salud desde un nivel de análisis de lo propiamente psicológico, no de lo biomédico, no de lo social, no de lo antropológico.

Descripción del campo de estudio: diferencias entre psicología clínica y de la salud

Evidenciando un abrupto rompimiento en la secuencia lógica, en la misma página 9 da inicio un apartado de tan sólo página y media, en el que también apoyándose en generalidades se describen las diferencias entre la psicología clínica y la de la salud. Sobre la primera se limitan a señalar que se centra en el rol de los psicólogos atendiendo los “problemas” psicológicos que aquejan a las personas, en tanto que la segunda lo hace sobre:

[...] la influencia de los factores biológicos, psicológicos, ambientales y culturales involucrados en la salud física y la prevención de la enfermedad. Define como su forma de trabajo la intervención individual, grupal y comunitaria haciendo hincapié en la promoción de la salud utilizando como estrategia para la salud. Igualmente se interesa en la prevención de la enfermedad favoreciendo los comportamientos de detección temprana, interviene con el individuo enfermo con el propósito de facilitar la adhesión a las recomendaciones del médico y con ello retardar las complicaciones propias de la enfermedad (p. 10).

Al margen de los lugares comunes en los que incurren los responsables del plan de estudios, tan pobre delimitación de los dos campos de actuación omite, de manera inequívoca, en qué radica la diferencia entre ambos. Es decir, cuáles son los antecedentes disciplinarios y no disciplinarios que les subyacen, pero sobre todo, qué funciones —como se les conocía antes— o competencias profesionales son pertinentes en cada uno: ¿evaluación, prevención, planeación, investigación o intervención? En psicología clínica y su contraparte, la de salud, ¿se diagnostica o se evalúa? ¿Se puede hablar de prevención en psicología clínica? ¿La intervención rehabilitadora connota lo mismo en ambos campos de actuación? Finalmente, el sólo cambio de nomenclatura terminológica, es decir, de clínica a salud, ¿es condición necesaria y suficiente para que los futuros “psicólogos de la salud” se despojen de lo que Korchin (1976) acuñó como la “actitud clínica”? O, retomando

a Goldiamond (1974) y Ribes (1982), *¿ípsa facto* traerá consigo que aquéllos se volverán *competentes* para analizar y superar los vestigios del modelo médico en su orientación clínico-patológica?

Son, por lo demás, preguntas sobre las que infortunadamente no se pueden encontrar las respuestas en página y media, mucho menos los argumentos que *justifiquen* y den soporte a la propuesta de transitar de la psicología clínica a la psicología de la salud. Éste, que es en apariencia un problema menor y sin importancia, entraña en sí mismo la clave para precisamente entender que una cosa es psicología clínica y otra psicología de la salud, más allá del simple cambio de etiqueta o membrete. Nos permitimos recomendar a los responsables del plan de estudios la lectura de al menos tres trabajos en los que se analiza y discute sobre esas diferencias: Jiménez y Piña (1996); Ribes (1982) y Santacreu (1991).

El perfil epidemiológico es diferente para hombres y mujeres

Por otro lado, basta con revisar y analizar el contenido de las páginas 11 a la 16 (perfil epidemiológico en hombres y mujeres) y de la 16 a la 23 (pertinencia práctica y profesional de la psicología de la salud), para percatarse que ese abrupto rompimiento de la secuencia lógica del que recién se hizo mención se torna todavía más nítido. En efecto, en las primeras, y apoyándose en una serie de Figuras y Tablas, con excepción de la Figura intitulada “Tasa bruta de mortalidad por sexo, 1990-2010”, las restantes contienen información actualizada hasta 2007, con otra característica más que hay que resaltar: en todos los casos se presentan estadísticas aplicables al contexto nacional.⁴¹

Luego entonces, no están siquiera actualizadas, sino que tampoco en ninguno de esos casos se incluyó información puntual sobre la realidad epidemiológica en el estado de Sonora, donde el comportamiento de las enfermedades infecciosas y las crónicas transmisibles y no transmisibles es en buena medida diferente comparado con el resto de entidades federativas; esto último con independencia de que se les analice en lo general, por grupos de edad o por género.

A guisa de ejemplo, si bien es cierto que en una de las Figuras (p. 15) se puede observar que las tasas de mortalidad por cáncer de mama son más elevadas en las regiones norte y noroeste del país, es importante aclararles a los

⁴¹ *Que incluyen información no actualizada sobre: principales causas de muerte por grupos de edad y género, defunciones por tumores malignos, cáncer cérvico-uterino, de mama y próstata.*

responsables del plan de estudios que Sonora —junto con Aguascalientes, Sinaloa y Tlaxcala— se sitúa en el nivel medio de la pirámide de mortalidad en el rubro, con tasas que oscilan entre 13.0 y 17.8 defunciones por cada 100 mil habitantes. Es decir, antes que nuestro estado se encuentran: Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Coahuila y Nuevo León, entre otros, cuyas tasas de mortalidad oscilan entre 17.7 y 26.7, con base en el mismo indicador (de la Vara-Salazar, Suárez-López, Ángeles-Llerenas, Torres-Mejía y Lazcano-Ponce, 2011). Además, hubiese sido por demás oportuno revisar alguna otra información sobre la materia, para percatarse que inclusive el riesgo de morir por cáncer de mama en el estado es mucho menor cuando se le compara con los de: Baja California Sur, Chihuahua, Coahuila, Guanajuato, Jalisco, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa y Tamaulipas, por mencionar unos cuantos (Palacios-Mejía, Lazcano-Ponce, Allen-Leigh y Hernández-Ávila, 2009).

Por último, nos permitimos hacerles saber a los responsables del plan de estudios que el cáncer de mama en nuestro estado se ha ubicado en el periodo 2004-2010 entre los lugares 15 y 17 como causa de mortalidad general, después de las enfermedades isquémicas del corazón, la diabetes, las cerebrovasculares, los accidentes de vehículo de motor, las agresiones (homicidios), la enfermedad obstructiva crónica, las infecciones respiratorias agudas bajas, la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, etcétera (Secretaría de Salud del estado de Sonora, 2011).

Varias preguntas habría que hacerse sobre lo anterior, empezando con: ¿qué razones pudieran servir para *justificar* tan notoria omisión de la realidad epidemiológica nacional y la correspondiente al estado de Sonora? Si se supone que de algo habrían de servir los datos epidemiológicos, serían como referentes para precisamente *justificar* la incorporación de la psicología en el ámbito de la salud. Seguiríamos con estas otras: ¿qué tienen en común muchas de esas enfermedades? Es decir, ¿por qué se tornan pertinentes para la psicología y los futuros psicólogos de la salud? Preguntas... sin respuestas.

No obstante, para fines de exposición y para clarificar con qué estamos tratando, nos tomaremos la molestia de responderlas por los responsables del plan de estudios: que dando por descontadas ciertas condiciones genético-hereditarias u otras más vinculadas con condiciones económico-sociales, en las principales enfermedades (*i. e.*, isquémicas del corazón, diabetes, del hígado, hipertensivas, infección por el VIH, etcétera) un componente que es medular en: a) su prevención,

y b) una vez que han sido diagnosticadas o que precisan de un tratamiento, es nada más y nada menos que el conductual. Éste se relaciona con: alimentación inadecuada, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, sedentarismo, falta de ejercicio físico dosificado, conducta sexual no protegida, conducta tipo A, adhesión a los tratamientos, entre otras cuestiones (Aguilar-Salinas, Gómez y Gómez, 2011; Leventhal, Weinman, Leventhal y Phillips, 2008; Soberón y Álvarez-Manilla, 1988).

Finalmente, llama nuestra atención que de las páginas 11 a la 16, donde se presumía que se iba a tratar el problema del perfil epidemiológico entre hombres y mujeres, tan sólo se haya hecho mención de los cánceres de mama y próstata, sin que se hayan revisado mínimamente asuntos que son fundamentales, esenciales, prioritarias... o como se les quiera calificar: a) cómo ha evolucionado la población en México, según el sexo y los grupos de edad; b) cuál es el peso relativo de la población, según el sexo y los grupos de edad; c) cuál ha sido la evolución de las defunciones generales, según el sexo y los grupos de edad, y d) en qué enfermedades la mortalidad por hombres supera —y en qué proporción— a la de las mujeres, o viceversa (*véanse* INEGI, 2010; Secretaría de Salud, 2011).

Basta, pues, que el lector se dé a la tarea de revisar ambos documentos oficiales para encontrar las justificaciones de por qué, eventualmente, las diferencias en el perfil epidemiológico de las enfermedades más apremiantes en nuestro país y en el estado de Sonora precisan de un enfoque de género; pero, sobre todo, por qué y en qué términos lo consignado en los cuatro incisos se traducirá en el diseño, instrumentación y evaluación de las políticas públicas sobre la materia (García-Cadena y Piña, 2012). Ejemplos conspicuos sobre el respecto se tienen para el cáncer de mama (Martínez-Montañez, Uribe-Zúñiga y Hernández-Ávila, 2009) y la obesidad (Barquera, Campos-Nonato, Rojas y Rivera, 2010).

Todavía más, tratándose de un plan de estudios sobre psicología de la salud, ¿qué relación guarda un enfoque de género con la dimensión psicológica que es pertinente a la salud y la enfermedad?, y en última instancia, que es motivo de profunda preocupación, ¿acaso lo psicológico es un asunto de género, es decir, se podría hablar de una psicología de y para el hombre, a la que se contrapondría una psicología de y para la mujer? O, en su defecto, ¿el enfoque de género no responde sino a un problema que es propio de la sociología y antropología de la salud? Cuando priva una confusión sobre esos asuntos, lo que tenemos son más preguntas... sin respuestas.

Pertinencia práctica y profesional de la psicología de la salud

Cuando de las páginas 16 a la 23 del apartado previo se esperaba encontrar la justificación sobre la pertinencia de la psicología y lo psicológico en el ámbito de la salud, la realidad nos mostró su verdadero rostro. En efecto, una vez que se aborda el problema de la pertinencia práctica y profesional de la psicología de la salud, los responsables del plan de estudios lo que hicieron fue remitirse a cifras de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE) sobre el porcentaje del Producto Interno Bruto que se aplicó en México durante 2007 en el rubro de salud (2.7%), comparándolo con el gasto privado (que ascendió a 3.2%).⁴²

Más adelante señalan que en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 en México se proponen, entre otras metas, mejorar las condiciones de salud de la población, prestar servicios de salud con calidad y seguridad, así como evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud. Añaden que para alcanzar esas metas se formularon diferentes líneas de acción, que incluyeron el desarrollo de políticas públicas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, fortalecer los servicios en ambos rubros, y también reformar la acción comunitaria para el desarrollo de entornos favorables.

Finalmente, poniendo énfasis, ahora sí, en el estado de Sonora, retomaron del Plan Estatal de Desarrollo 2009-2015 el eje 2, “Sonora Saludable”, de cuya estrategia de trabajo se espera [...] *Consolidar un sistema de salud efectivo, seguro, eficiente y sensible; enfocado a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y que garantice el acceso a servicios esenciales de salud a toda la población de la entidad, con especial atención a grupos vulnerables* (p. 21).

Con base en ese eje y la especificación de sus objetivos estratégicos,⁴³ se concluye con lo siguiente; citaremos en extenso:

Lo anterior representa un campo de acción en el cual el psicólogo de la salud puede integrarse mediante el trabajo multidisciplinario. No solo en

⁴² *Nótese que por principios de cuenta se pasó por alto, de manera por demás clara, lo consignado en los incisos g (reconocimiento del ámbito laboral), h (delimitación de las necesidades de atención) e i (delimitación de las políticas en materia de atención) de las tareas que se consignan en el tercer apartado.*

⁴³ *Dentro de los que destacan: a) ampliar la cobertura del sistema de salud hasta el 100%; b) generar un sistema de atención que responda a la estructura demográfica de la población y el perfil epidemiológico de la entidad; c) diseñar, implementar y coordinar acciones para la prevención y el tratamiento de la enfermedad, y d) reducir la desigualdad focalizando las intervenciones en grupos vulnerables y comunidades marginadas.*

instituciones públicas y privadas de atención a la salud, sino en organizaciones de la sociedad civil que de manera creciente surgen para atender necesidades no cubiertas por los sistemas establecidos. Para desarrollar trabajo multidisciplinario en el área de la salud, se pretende formar cuadros profesionales que se inserten en el sistema de salud primordialmente en el primer y segundo nivel de atención. En el primer nivel se proporciona atención ambulatoria sin hospitalización [...] Además, apoyan el sistema de referencia y contra-referencia de pacientes con los niveles I y III. Ello involucra que durante la licenciatura los estudiantes desarrollen habilidades para atender a los objetivos de promoción de la salud y detección oportuna, así como el apoyo para que el paciente se adhiera al tratamiento y modifique estilos de vida que favorezcan su recuperación o el control de las enfermedad (pp. 18-19).

Sin que haya mediado un antecedente analítico en torno a las diferencias sustantivas entre psicología clínica y de la salud, así como una discusión sobre la definición y especificación de las competencias profesionales que los psicólogos estarían llamados a desempeñar en el ámbito de marras, en página y media, retomando tanto un eje rector como unos objetivos estratégicos del Plan Estatal de Desarrollo para el estado de Sonora se concluye con que ello es suficiente para que ahora el psicólogo de la salud se integre a los equipos multidisciplinarios.⁴⁴

Sobre esto último, es oportuno aclararle a los responsables del plan de estudios que la pertinencia de la psicología en el ámbito de la salud encuentra su justificación una vez que se ha revisado y analizado: primero, qué es psicología y qué lo psicológico, y segundo, cómo se relacionará éste con los fenómenos y los problemas de la salud y la enfermedad. El asunto de fondo es que en ningún lugar del apartado correspondiente a *fundamentación* se hizo alusión a la psicología como disciplina de conocimiento, y por consiguiente, ni se revisó ni analizó un problema medular discutido por Ribes en diferentes momentos (Ribes, 2000, 2011); nos referimos al surgimiento de la psicología en el pasado siglo con cuatro caracterizaciones distintas, a saber: 1) Como el estudio experimental

⁴⁴ *Lo cual de entrada habría que decir que es incorrecto, porque en su defecto tendría que hacerse alusión a equipos interdisciplinarios (Ribes, 2005, 2006). Además, en ningún lugar a lo largo de las primeras 19 páginas del documento maestro se analizó y discutió, mínimamente, la diferencia entre la psicología como disciplina científica y como profesión, mucho menos entre multidisciplinaria e interdisciplinaria; todavía más, en lo que dan en llamar transdisciplinaria. En suma, la psicología de los lugares comunes y de las indefiniciones adquirió carta de naturalidad.*

de la experiencia subjetiva o de los fenómenos “mentales”; 2) Como extensión experimental de los estudios sobre el funcionamiento, en particular, del sistema nervioso, y en general sobre la evolución biológica; 3) Como el estudio del comportamiento de los organismos y de sus aplicaciones al comportamiento en sociedad, y 4) Como el desarrollo de técnicas de medición e intervención en los ámbitos de la salud, la educación y las organizaciones, fundamentalmente.⁴⁵

Sobre lo que queremos llamar la atención, es que cuando se adolece de tan elementales análisis, no será extraño entonces encontramos con que por razones obvias se desconoce en qué tipo de psicología se fundamenta el plan de estudios, cuál es el objeto de conocimiento del que se parte, cómo se le define y cómo se le relacionará en otros momentos y en otras circunstancias con los problemas sociales. De ahí que a la psicología se le terminó confundiendo en sus orígenes y caracterizaciones, por lo que a la par *no* se le concibió siquiera como disciplina científica o del conocimiento, con un cuerpo coherente de categorías y conceptos, con un lenguaje técnico propio y denotativo de los procesos, relaciones, propiedades, dimensiones y funciones psicológicas (Ribes, 2009a).

En *stricto senso* se le terminó caracterizando como una profesión con un interés particular, que es el de apoyarse en las técnicas de medición e intervención para “resolver” los problemas sociales, cuyo contenido queda claramente plasmado en el punto 4, dos párrafos atrás. Omitir deliberadamente un análisis y la subsecuente discusión sobre qué es psicología y qué lo psicológico, comporta a nuestro saber y entender una omisión seria y con profundas implicaciones, que ¿curiosa?, ¿extraña y/o inadvertidamente? fue pasada por alto por los responsables del plan de estudios, y muy especialmente por quienes lo avalaron —los “especialistas” externos que lo dictaminaron favorablemente.⁴⁶

Concluiríamos diciendo que la psicología de la salud, al modo en que la entienden los responsables del plan de estudios, parece entonces que surge de

⁴⁵ Entendemos que los responsables del plan de estudios, muy alejados de la visión crítica de Ribes, no lo consideren a lo largo del documento maestro. El problema, sin embargo, es que tampoco consideraron a otros autores, al margen de cualesquiera posiciones que se tengan sobre psicología y la definición de lo psicológico, que bien a bien no están claras en dicho documento. Concluiríamos diciendo que el eclecticismo, que es el padre de todas las inconsistencias discursivas, sentó sus reales.

⁴⁶ Nos referimos a las Dras. Rosario Román Pérez (Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C.) y Godeleva Rosa Ortiz Viveros (Universidad Veracruzana).

una suerte de “generación espontánea” que se auto-nutre y auto-regula, donde no cabe ni existe la psicología en tanto que disciplina de conocimiento. Nos permitimos aclararle de nueva cuenta a los responsables del plan de estudios que ningún campo de actuación profesional, llámesele salud, educación, convivencia social, ambiente, etcétera, tiene sentido al margen de la psicología como disciplina de conocimiento. Es justo ésta la que debería servir como *fundamento y guía* de lo que los psicólogos harán una vez que se inserten profesionalmente en esos distintos ámbitos (Piña, 2010, 2015a; Ribes, 1982), proveyendo a la psicología como profesión —que se orienta a la aplicabilidad del conocimiento— de las categorías y conceptos que son pertinentes a los fenómenos de interés, así como de los recursos metodológicos y procedimentales para su abordaje en la práctica cotidiana.

Por tanto, hasta aquí podemos concluir afirmando y sin temor a equivocarnos, que en la fundamentación del Plan de Estudios 2011-2 sobre Psicología de la Salud de la Universidad de Sonora, tanto la psicología como lo psicológico, literalmente... se extraviaron en el camino.

Mercado de trabajo profesional

Continuando en el mismo apartado de fundamentación, pero ahora de las páginas 19 a la 23, se incluyó uno intitulado *Mercado de trabajo potencial*. En éste se dice que de acuerdo con la Secretaría de Salud del estado de Sonora laboran aproximadamente 696 psicólogos, distribuidos en todo el estado y en diferentes programas. Para tal fin se muestra una extensa Tabla (que va de la página 19 a la 22) en la que se describen las instituciones u organizaciones donde se localizan aquéllos, que incluyen a la Procuraduría General de Justicia, la Comisión Estatal de Derechos Humanos, la Procuraduría de la Defensa del Menor y de la Familia, el Centro de Mediación de la Universidad de Sonora, el Centro de Integración Juvenil, el Instituto Sonorense de la Mujer, el Centro de Apoyo a la Mujer, la propia Secretaría de Salud del estado, MEX-FAM, el Centro de Enlace Familiar, la Secretaría de Educación y Cultura, Dirección General de Recursos Humanos, Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, entre otras(os) más.

Para empezar, habría que decir que esa cifra no es correcta, si para ello se parte del entendido de que en buena parte de esas instituciones u organismos el desempeño de los profesionales de la psicología nada tiene que con el ámbito de la salud; en un sentido opuesto lo tiene con problemas que se inscriben en los

ámbitos de: a) *convivencia social*: violencia intrafamiliar; conciliación en conflictos en las áreas familiar, civil o mercantil; atención a víctimas del delito, bienestar social, etcétera; b) *educación*: educación en general y educación especial en particular, y c) *organizacional o del trabajo*: aplicación y evaluación de exámenes psicométricos para los propósitos de contratación, ubicación en áreas o fuentes de trabajo, etcétera.⁴⁷

Para quien esto escribe, lo antes expuesto resulta particularmente preocupante, debido a que si una cifra y la descripción de los “servicios” que prestan los psicólogos *no* fueron producto de un estudio de viabilidad, así como sobre los empleadores potenciales y sus necesidades, está claro que el enunciado general de cuántos psicólogos se insertan en el mercado laboral, los “servicios” y las actividades que se desarrollan, no puede por ningún motivo dar lugar a la conclusión expuesta en la página 23, que a la letra dice:

Bajo este panorama podría asumirse que para el logro de los objetivos de los planes nacionales y estatales de salud, se requiere contar con más profesionales capacitados para asumir los retos de promoción de salud que se integren a los diversos sectores involucrados. Respecto de las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en Sonora persiguiendo objetivos de salud y mejoramiento de la calidad de vida se detectaron alrededor de 169 organizaciones registradas en el DIF (Desarrollo Integral de la Familia). Para el área sur del estado se encontraron organizaciones ubicadas en Ciudad Obregón (40) y Navojoa (20). *Se desconoce en cuántas de ellas se encuentran laborando psicólogos, pero su número indica al menos el tamaño del sector al cual pueden integrarse psicólogos de la salud.*⁴⁸

Si según Estévez y Fimbres (1999) los estudios de viabilidad suponen el análisis de las “fuentes” para los ulteriores propósitos de definir la orientación general del plan de estudios, delinear sus objetivos generales y el perfil profesional, cuando en el contenido de las páginas 19 a la 23 se presenta una cifra (696 psicólogos) y se refieren los diversos “servicios”, el lector seguramente se habrá

⁴⁷ Aquí, de nuevo se pasó por alto lo consignado en los incisos g (reconocimiento del ámbito laboral), h (delimitación de las necesidades de atención) e i (delimitación de las políticas en materia de atención) de las tareas que se consignan en el tercer apartado.

⁴⁸ Resaltado con cursivas nuestro. Además, si sobre la base de estimaciones que parecieran encontrar sustento en una suerte de a ojo de buen cubero es que se señalan las instituciones u organizaciones sociales en donde pueden insertarse los futuros psicólogos de la salud, nos parece poco serio el tratamiento de este asunto, que es central en la justificación de los por qué, para qué y dónde de la pertinencia del trabajo de aquéllos en el ámbito de la salud.

percatado que se viola con el cumplimiento de tales criterios. Esto último nos da pie para lanzar algunas preguntas en serie: ¿se utilizó algún instrumento de medida? ¿Cuáles eran sus características, esto es, sobre qué se preguntaba y cómo? ¿Se revisaron, analizaron y contrastaron los “servicios” que se prestan y las “actividades” que se realizan en cada institución u organismo social? Se trata de una serie de preguntas muy simples y sobre las que, también infortunadamente, no hay respuestas, debido a que en ningún lugar del documento maestro se hizo explícita la metodología utilizada en este rubro en particular; mucho menos se presentó el instrumento en cuestión... en caso de existir.

Dada la importancia que reviste para la posterior discusión y para concluir con este apartado, nos permitimos apoyarnos en una serie de cifras que han sido obtenidas en la propia UNISON, para lo cual se consideró un marco muestral que se integró por las generaciones de los semestres 2006-1 y 2006-2,⁴⁹ conformado por 2 556 egresados de 42 programas que oferta la institución (Burgos, López y García, 2010); contrastaremos estas cifras con lo que los responsables del plan de estudios señalan en el apartado de Mercado de trabajo profesional.

Según el estudio de egresados, en esos dos semestres, de la Licenciatura en Psicología se consideró un universo de 166 estudiantes y una muestra de 60, siendo finalmente 49 los encuestados; estos corresponden, pues, a tan sólo el 29.5% del total de psicólogos egresados de la institución en ambos semestres. Para los análisis por rubro —aclarando que nunca se especifica que se trabajó con la sub-muestra de 49 encuestados—, en lo concerniente al tiempo promedio que tardaron en concluir el plan de estudios, en el caso del de psicología, que formalmente dura nueve semestres, el promedio ascendió a un equivalente de 12.6 semestres: 3.6 semestres más. De la sub-muestra, 67.3% ya se había titulado, en un promedio en meses de 15.5, esto es, poco más de año y medio posterior a su egreso.

Donde empiezan los problemas es en lo concerniente al porcentaje de egresados, que en el caso de la psicología fue de 75.5%, al que le sigue una cifra en la que se señala que los primeros seis meses de haber egresado 91.5% ya se había colocado en algún puesto de trabajo; a ésta le sigue otra cifra en la que se dice que el 95.9% de los psicólogos que egresaron y se ocuparon durante el primer año, lo hicieron en un trabajo que coincidía con sus estudios. El asunto es que, cuando

⁴⁹ *Que incluye la información más actualizada de que se dispone oficialmente en la Universidad de Sonora.*

se analiza el porcentaje de egresados ocupados según el sector económico de la empresa o institución, únicamente el 13.2% se ubicaba en los servicios de salud y asistencia social, ocupando el segundo lugar después de los servicios educativos. Lo interesante, sin embargo, es que posteriormente se dice que el 47.6% de los egresados se había colocado en el sector público y 52.4% en el privado —aun cuando no se especifica de qué tipo y cumpliendo qué actividades.

Con relación a las actividades que realizan en el ámbito laboral, 21.4% *se centran en la atención psicológica*, 16.7% en docencia, 11.9% en reclutamiento, selección y capacitación, 7.1% *en atención a pacientes*, 2.4% *en evaluación*, mientras que los restantes porcentajes incluyen a coordinación, supervisión, atención a clientes, asesoría especializada, asesoría técnica, comercialización, ventas y actividades manuales calificadas. Nótese que los porcentajes de las actividades resaltadas con cursivas en teoría presumiblemente tendrían que ver eventualmente con la psicología de la salud, aunque a ciencia cierta se desconoce si ello ocurre en esos términos.

Eventualmente se podría presumir que estas cifras vendrían a confirmar la urgente necesidad de formar a futuros psicólogos de la salud, si para tal fin se tiene en cuenta que tan sólo 13.2% de la sub-muestra de 42 egresados en ambos semestres se insertó profesionalmente en el ámbito de la salud y de asistencia social, cumpliendo fundamentalmente con las actividades descritas en el párrafo previo. No obstante, se trata de una sub-muestra muy pobre, que por supuesto no refleja la realidad en materia de egreso-trabajo-desempeño profesional.

Ante esta cruda realidad, nos preguntamos entonces, ¿qué justifica la insistencia de apelar al mercado profesional que supuestamente está ahí, a la espera de recibir a los futuros egresados de la Licenciatura en Psicología de la Salud, cuando es de todos conocido que hoy día y debido a las fuertes presiones económicas que se viven en el país y el estado no se han abierto plazas para psicólogos en éste desde principios de la pasada década? A la realidad no se le puede cambiar con buenos deseos y mejores intenciones, eso está claro.

Concluiríamos este apartado señalando que es de suyo cuestionable, inclusive, que no se hayan llevado al cabo los análisis de los estudios de seguimiento de egresados correspondientes a 2002, 2005, 2006 y 2008, que están ahí, disponibles en la propia UNISON; todavía más, nos parece particularmente preocupante y poco serio el que de manera deliberada se hayan incluido dentro del paquete de instituciones u organizaciones a muchas en las que los futuros

psicólogos de la salud nada tienen que hacer, a no ser que como producto de las indefiniciones apuntadas sobre psicología y lo psicológico, ahora se nos diga que aquéllos pueden desempeñarse profesionalmente en la Procuraduría de Justicia del estado, la Comisión Estatal de Derechos Humanos, el Centro de Mediación de la Universidad de Sonora, la Secretaría de Educación y Cultura, la Dirección General de Recursos Humanos del estado y el Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo.⁵⁰

Pero, todavía más delicado y que “curiosa” y/o “extrañamente” fue pasado por alto, es que en el municipio de Cajeme se encuentra el Instituto Tecnológico de Sonora (ITSON), que cuenta con la carrera de psicología desde 1975. Se trata de una entre cuyas salidas terminales se tiene a la psicología de la salud, de la cual sus egresados se han incorporado a las principales instituciones del sector salud, se trate de la Secretaría de Salud o del Instituto Mexicano del Seguro Social, por mencionar dos casos.

Por tanto, cuando una institución tiene por su antigüedad y por las salidas terminales de su plan de estudios “cooptado” el mercado de trabajo de los psicólogos en general, y de los de la salud en particular, ¿en dónde es que se insertarán profesionalmente los egresados de la licenciatura en psicología de la salud? Finalmente, ahora se entiende por qué, a juicio de los responsables del plan de estudios, se refieren las tantas y tantas organizaciones en las que, sin dar cuenta puntualmente de cuántas son, aseguran que se pueden incorporar los futuros egresados. La teoría y la subsecuente práctica del *a ojo de buen cubero* adquirió también carta de naturalidad.

Las características psicopedagógicas de la propuesta

En poco menos de media página, que va de la parte final de la 26 al inicio de la siguiente, los responsables del plan de estudios mencionan que la propuesta para éste *se retomó del informe* que fue remitido a la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura por parte de la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI (*véase* UNESCO, 1996), en cuyo documento se establecen los principios básicos de la educación, a saber: a) aprender a conocer;

⁵⁰ Con excepción de la Secretaría de Educación y Cultura, que cuenta en conjunto con la de Salud del conocido como Programa de Salud Escolar, las restantes tienen que ver con la intervención en psicología clínica, así como con problemas educativos, de convivencia social o del trabajo. Nótese, pues, no con los de psicología de la salud.

b) aprender a hacer; c) aprender a vivir con los demás, y d) aprender a ser. Se concluye el apartado diciendo que con base en estos principios se construyeron los ejes competenciales y sus correspondientes objetivos de aprendizaje.

Es menester aclarar que esos principios básicos derivan de los planteamientos esbozados años atrás por Jacques Delors en su documento intitulado *Los cuatro pilares de la educación* (Delors, 1994), en el que a propósito de esos aprendizajes decía lo siguiente; citaremos en extenso:

[...] Para cumplir el conjunto de misiones que les son propias, la educación de debe estructurarse en torno a cuatro aprendizajes fundamentales que en el transcurso de la vida serán para cada persona, en cierto sentido, los pilares del conocimiento: aprender a conocer, es decir, adquirir los instrumentos de la comprensión; aprender a hacer, para poder influir sobre el propio entorno; aprender a vivir juntos, para participar y cooperar con los demás en todas las actividades humanas; por último, aprender a ser, un proceso fundamental que recoge los elementos de los tres anteriores. Por supuesto, esas cuatro vías del saber convergen en una sola, ya que hay entre ellas múltiples puntos de contacto, coincidencia e intercambio (p. 91).

Hacemos mención de la propuesta de Delours, por cierto, no referida por los responsables del plan de estudios, que se justificaba en un contexto en el que la educación era dominada tanto por una visión centrada en la transmisión de conocimientos y en otra utilitarista; esto es, más que en una centrada en facilitar que las estudiantes “descubriesen”, “despertasen” e “incrementasen” sus posibilidades “creativas”, actualizando con ello el “tesoro escondido” que toda educando lleva dentro, a decir de aquél. En lo tocante a este apartado nos parece conveniente hacer unas precisiones, que confiamos permitirán al lector percatarse de cuán *injustificada* resulta la propuesta hecha por los responsables del plan de estudios, así como la vaguedad de lo que se dice y las profundas contradicciones en las que se incurren.

En primer lugar, habría que aclarar que *justificar* en media página las que dan en llamar las “características psicopedagógicas de la propuesta” es absoluta y totalmente inadmisibile, si se parte del entendido que en ésta es en donde teóricamente descansan los fundamentos que deberían guiar el diseño de los nuevos planes de estudio (Estévez y Fimbres, 1999; Irigoyen y Jiménez, 1999).

Además, ¿a qué se refieren cuando se alude a aprender a conocer y aprender a hacer, por ejemplo? ¿Cuáles son los fundamentos ontológicos y epistemológicos que subyacen a ambas nociones? Segmentar los modos de aprendizaje concluyendo sin que medie argumentación alguna sobre cómo es que se arriba a la conclusión de que de estos derivarán los ejes competenciales y los ulteriores objetivos de aprendizaje, subraya la fragilidad en que se sustenta la propuesta del plan de estudios; permítasenos ampliar la discusión sobre el respecto.

Toda vez que los responsables del plan de estudios aluden a ejes competenciales, habría que decir que, según Ribes, ser competente presupone que se puede hacer algo porque ya se ha hecho o porque se tiene el conocimiento de lo que se tiene que hacer. Ser competente, además, presupone que sí, se sabe o conoce sobre algo, pero también que se dispone de las habilidades y destrezas para hacer algo con relación a lo se sabe o conoce. Saber o conocer —en el sentido de *saber qué*— y saber hacer las cosas —en el sentido de *saber cómo*—, constituyen en esencia dos momentos de un mismo proceso; no son, pues, dos procesos distintos y distantes. De ahí que, siguiendo con el autor, el de competencia es finalmente un concepto *que vincula los criterios de eficacia o ajuste (aptitud) en una situación con las habilidades que tienen que ejercitarse para cumplirlos* (Ribes, 2006; p. 21).⁵¹

Por tal elemental razón nos preguntamos, antes de analizar tanto el objetivo general de la carrera como los perfiles de ingreso y egreso: ¿cuál es la fundamentación lógica y teórica que subyace a la propuesta de los responsables del plan de estudios en torno a la relación entre los distintos tipos de aprendizaje a los que aluden y lo que dan en llamar ejes competenciales? Con la finalidad de tratar, al menos, de responder esta pregunta, es preciso revisar ese objetivo y las características que distinguen a ambos perfiles, para estar en condiciones de establecer sí o no hay correspondencia entre ellos.

⁵¹ Una vez más, al margen de que los responsables del plan de estudios omitan toda referencia a Ribes y sus propuestas —en este caso sobre la noción de competencias—, una importante cantidad de análisis ha merecido ésta en diferentes lugares, incluyendo Colombia (Torres, 2011), Cuba (Guilarte, 2011), España (Buela-Casal y Catro, 2008) y Europa en general (Bartram y Roe, 2005). Por tanto, no podemos sino cuestionar la deliberada omisión de lo que consideramos como una discusión mínima sobre el tema y sus implicaciones para el plan de estudios, en particular respecto de la definición del objetivo de la carrera, de los perfiles de ingreso-egreso y de la especificación de lo que se dan en llamar ejes curriculares.

Objetivo general de la carrera

En la página 31 se especifica el objetivo general, en el que textualmente se dice:

Formar profesionales de la psicología capaces de insertarse efectivamente al trabajo en equipos multidisciplinarios con el propósito de trabajar comprometidamente y con un alto sentido ético, de servicio y sensibilidad social en aquellos problemas que afectan la salud y bienestar de los individuos, grupos y comunidades, principalmente aquellos epidemiológica y socialmente relevantes, a través de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud.

Enseguida, de las páginas 31 a la 33 se especifican lo denominados ejes competenciales, que dividen en: conocer, hacer y ser y convivir con otros. Sobre el primero enuncian genéricamente que el psicólogo de la salud requiere de: a) un bagaje teórico-conceptual de gran fortaleza integrado por concepciones clásicas y fundamentales de los aspectos psicológicos (*sic*); b) las contribuciones de las ciencias sociales y naturales a la explicación de los determinantes de la salud (*sic*), entiéndanse sociología, antropología, economía y políticas públicas y ciencias de la salud; c) los procesos psicológicos implicados en el ciclo vital de desarrollo del individuo, sus contextos y los problemas de salud epidemiológica y socialmente relevantes; d) los procesos psico-biológicos para el entendimiento de su implicación en la salud y la enfermedad (*sic*), y e) de la metodología de investigación cuantitativa y cualitativa.

Por lo que hace al segundo, a su vez se enlistan las posibles actividades que se podrían realizar y que incluyen a la intervención individual, grupal, comunitaria y organizacional, asegurando que el futuro profesional de la psicología de la salud se insertará en escenarios prácticos que permitirán *el desarrollo de las habilidades básicas para implementar aquellas técnicas y procedimientos apropiados para (sic)*: a) desarrollar estrategias de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, con énfasis en la intervención psicosocial en el nivel individual; b) facilitar los comportamientos de adhesión al tratamiento; c) desarrollar un diagnóstico comunitario como paso previo a la formulación de programas para promover comunidades y organizaciones saludables, y d) planear, implementar y evaluar programas que faciliten la “gestión” comunitaria.

Perfiles curriculares

De la página 35 a la mitad de la 36 se especifican tanto el perfil de ingreso como el de egreso. Sobre el primero destacan:

1) Interés por la psicología y sus aplicaciones en el campo de la salud, y 2) Disposición para aprender conceptos teóricos básicos y especializados del campo de la psicología. Sobre el segundo se dice que el psicólogo de la salud: 1) Conoce de los procesos de vida de las personas e identifica los procesos psicológicos relacionados con la salud a nivel individual, grupal, comunitario y organizacional; 2) Se interesa por los problemas de salud emergentes y epidemiológicamente relevantes y su relación con los factores de riesgo y protectores del entorno, de manera tal que puede formular e implementar programas en los tres niveles de intervención (promoción, prevención y rehabilitación), y 3) Es capaz de fundamentar teóricamente sus acciones en el quehacer profesional y es sistemático y ordenado como dicta la metodología científica [...]

Si de acuerdo con lo que se especifica en el objetivo general, la idea es formar *profesionales* capaces para incidir sobre los problemas epidemiológica y socialmente relevantes, cumpliendo *acciones* de promoción de salud, prevención y recuperación de la salud, a semejante objetivo le subyace inequívocamente una propuesta estrictamente profesionalizante. En efecto, habida cuenta de la ya anotada carencia de sustento disciplinar y de la pobreza de argumentos para diferenciar entre psicología clínica y de la salud, sugerir como una característica del perfil de ingreso (punto no. 2) que los estudiantes muestren *disposición para aprender conceptos teóricos básicos y especializados del campo de la psicología (sic)*, no sólo nos parece una verdad de *Perogrullo*, sino que adicionalmente uno se termina preguntando: ¿en dónde se encuentra la justificación de la psicología como disciplina de conocimiento o ciencia básica que aporta una multiplicidad de categorías y conceptos relativos a los que se conoce justo como fenómenos básicos?

Esto último es particularmente importante, ya que si el lector tomó nota de lo consignado en los puntos 1 y 3 del perfil de egreso, seguramente se habrá percatado que en ninguno se alude de manera explícita a esos fenómenos básicos, sino en su defecto a *procesos psicológicos relacionados con la salud* (punto no. 1) y a la *fundamentación teórica de las acciones de su quehacer profesional* (punto no. 3). Las implicaciones de estas omisiones y contradicciones son necesarias tenerlas en cuenta, sobre todo si ahora nos damos a la tarea de analizar la descripción general del plan de estudios; de éste, aclaramos desde un principio, que se considerarán únicamente las principales materias que tienen que ver con la psicología en las múltiples caracterizaciones con que se presentan en aquél.

Además, en la página 36 del documento maestro se señala que para alcanzar los objetivos de la carrera propuestos⁵² se diseñó ésta en nueve semestres, que incluye un total de 40 materias obligatorias y cinco optativas. Más adelante, en la página 37, se dice que el plan de estudios está organizado en cinco ejes propuestos en los Lineamientos Generales para un Modelo Curricular de la Universidad de Sonora: de formación común, básica, profesional, especializante e integrador.⁵³

5.4. Los ejes curriculares y el contenido de las materias: La sinrazón de la razón

Como habrá de notarse, para la elaboración del plan de estudio se adoptaron tanto un método como un modelo que en el sentido estricto de la palabra y con excepción de sus denominaciones —es decir, las diferentes formaciones— nunca fueron debidamente justificadas, como tampoco referidas en ninguna parte del documento maestro. Una omisión a todas luces cuestionable que por ningún motivo y bajo ninguna circunstancia debió haberse pasado por alto por los responsables del plan de estudios, así como por quienes lo dictaminaron y avalaron. Por su parte, en la página 39 se señala que la *interpretación de la estructura curricular arroja las siguientes conclusiones (sic)*, que citaremos en extenso:

1. Los espacios del Eje de Formación de Común se ofrecerán en los dos primeros semestres, esto con el objeto de que cumplan con el cometido de proporcionar al estudiante una cultura básica universitaria en las ciencias y las humanidades.
2. Se denota una estructura curricular flexible, solamente las materias de carácter teórico-disciplinar básicas (4) y de neuro-psicofisiología (3), las correspondientes al desarrollo humano del eje especializante (8), las de carácter metodológico-intervención (5) y las bioestadísticas (2) exigen conocimientos previos. En total 22 asignaturas de un total de 45, lo que corresponde a un 48.9% de materias con seriación.

⁵² *Que en realidad es sólo uno, el general.*

⁵³ *Recordamos al lector que dichos lineamientos fueron elaborados en la propuesta original que sirvió de sustento al plan de estudios de la Licenciatura en Psicología de 2004, que a su vez se fundamentó en el Modelo para el Aprendizaje de Competencias Profesionales (Carpio et al., 2007).*

3. Una conclusión más que nos ofrece el análisis sobre la estructura curricular, es que a los 45 cursos que el estudiante debe acreditar durante la carrera, se le dedicarán 214 horas, de estas 143 le corresponden a las materias teóricas y 71 a las prácticas, las que representan una proporción de 66.7 y 33.3% respectivamente.

Posteriormente, en la página 48 se tiene un apartado intitulado Requisitos y modalidades de seriación, que incluye cinco puntos, sobre los que se dice lo siguiente; citaremos en extenso:

1. Existe una línea de seriación en asignaturas teóricas que establecen como pre-requisito inicial la acreditación de Sistemas teóricos en psicología científica I hacia Sistemas teóricos de psicología científica II y continuando con Psicología aplicada I y II.
2. Se definió una segunda línea de seriación en asignaturas teóricas especializadas, iniciando en Neuroanatomía y fisiología del sistema nervioso, seguida de Psicofisiología y procesos básicos, concluyendo en Psicofisiología y alteraciones de la salud.
3. La asignatura de Bioestadística II del IV semestre tiene como precurrente la Bioestadística I del III semestre.
4. El eje de formación especializada, que corresponde al enfoque de desarrollo también está seriado, iniciando con Ciclo de vida: infancia, seguido de Ciclo de vida: adolescencia y juventud temprana, continuidad hacia Ciclo de vida: madurez y vejez, esta última a su vez es prerrequisito de cualquiera de las materias Optativas que se ofrecen desde el VI semestre.
5. Por último, las asignaturas que corresponden a la metodología de la intervención con práctica I, II y III, están seriadas hasta las Residencias Universitarias I y II.

Finalmente, entre las páginas de la 48 a la 53 se describen los diferentes ejes de formación, que como se recordará incluyen al común, integrador, básico, profesional y de especialización, que nos permitimos revisar y analizar en conjunto.

En el primero, de *formación común*, se tienen a todos aquellas materias que son impartidas en todas las licenciaturas e ingenierías que se ofrecen en la Universidad de Sonora: Características de la Sociedad Actual, Estrategias para

Aprender a Aprender, Introducción a las Nuevas Tecnologías y la Comunicación, así como Ética y Desarrollo Profesional.

Donde empiezan los problemas es en los restantes ejes, que mencionamos tal y como aparecen en el mismo orden en el documento maestro. Por ejemplo, en el *integrador* se dice que lo conforman las asignaturas de Residencia Universitaria I y II, Epidemiología Social y Seminario de Integración, en donde se *integran los conocimientos propios de la disciplina y se privilegia la reflexión y acción interdisciplinaria* por la habilitación obtenida a lo largo de la carrera (*sic*). Llama la atención, por un lado, que se asegure que es justo en estas asignaturas donde se integran los conocimientos propios de la disciplina —lo cual nos proponemos demostrar que es falaz—, así como el que se considere a Epidemiología social en el penúltimo semestre, con un presumible antecedente formal que aparece en el segundo semestre, por el otro —o sea, seis semestres antes.⁵⁴

Aquí, es preciso aclarar que la Epidemiología surgió dentro de la medicina, distinguiéndose por sus aportaciones metodológicas y de investigación para evaluar el estado actual y la tendencia de las enfermedades, así como para procurar su control y su eventual erradicación, en un segundo momento (Rothman y Greenland, 1998). Por tanto, preguntamos ahora, ¿qué se integra con Epidemiología social?, y asimismo, ¿cómo se integra el conocimiento psicológico en las Residencias y con relación a Epidemiología social? Para dar respuesta a estas preguntas es necesario tratar, de nueva cuenta, de entender la “lógica” que subyace a la estructuración de los restantes ejes.

Por lo que hace al eje de formación básica, aquí son más acusados los problemas de organicidad, congruencia y coherencia. Al incluirse materias dispersas con contenidos también dispersos e inconexos, nos podemos encontrar con una fragante confusión acerca de qué es lo básico en la formación, así como la relación entre lo básico, lo profesionalizante y especializante; destacan, entre otras: Introducción a la Psicología, Fundamentos de la Ciencia, *Psicología de la Salud*, Sistemas Teóricos de Psicología Científica I y II, Metodologías de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa, Género, Equidad y Salud, Bioestadísticas, *Psicopatología*,

⁵⁴ *Las materias de Epidemiología y Seminario de Integración, digno de mención y que calificamos como un deliberado descuido y una falta de respeto a las formas más elementales, fueron elaborados por dos Licenciados en Educación, con Maestría en Educación y Doctorado en Ciencias Sociales. ¡Un verdadero asalto a la razón, pues!*

Psicologías Aplicadas I y II, Psicología Positiva de la Salud, Evaluación de Programas, etcétera.

Por principio de cuentas, queremos suponer que la formación básica entraña todo aquello que debería servir de sustento a los estudiantes, tanto en lo teórico como en lo metodológico, y que se espera alguna relación y utilidad tengan a lo largo del proceso de formación y de entrenamiento de las competencias profesionales que son pertinentes para el ámbito de la salud. Así, si por lo básico se entiende todo aquello que es *perteneciente o relativo a la base*, o bien a lo *fundamental o esencial* (*Real Academia de la Lengua*, 1985), por extensión lo básico, fundamental o esencial, en el caso concreto de la psicología, tiene que ver con la sustancia: con su carácter disciplinario, esto es, con los supuestos que subyacen a las distintas formas de concebir y definir a su objeto de estudio, así como con los métodos que habrán de elegirse para los propósitos de acceder a éste y los factores que lo determinan.

Sin embargo, nótese que en las materias previamente enlistadas se incluyen algunas que no tienen razón de ser como parte de la formación básica, como por ejemplo las resaltadas con cursivas, algunas de las cuales bien podrían formar parte de los ejes de formación profesional y especializante; destacan: *Psicología de la Salud, Psicopatología, Psicologías Aplicadas I y II, y Psicología Positiva de la Salud*. Calificado por quien esto escribe como más grave aún, se encuentra el hecho de que entre esas materias hay una marcada discontinuidad, una pobre justificación sobre los por qué de sus contenidos programáticos y las no menos profundas contradicciones.

Iniciaremos mencionando, con relación al primer semestre, que es insostenible, y por qué no decirlo, hasta absurdo, incluir materias como *Introducción a las Ciencias de la Salud, Introducción a la Psicología, Fundamentos de la Ciencia y Psicología de la Salud*. Por razones obvias, antes de hablar de *Introducción a las Ciencias de la salud y de Psicología de la Salud*, se debería hacer lo propio sobre los fundamentos filosóficos y científicos tanto de la ciencia como de la psicología, puesto que se trata de un par de materias cuyos contenidos son, por definición, de tintes “aplicados”. Adicionalmente, y por extraño que parezca, los contenidos de *Introducción a la Psicología y Psicología de la Salud* no tienen nada, lo subrayamos, absolutamente nada que ver entre sí (Tabla 5.1).

Tabla 5.1. Ejemplos de materias del plan de estudios, la especificación de sus objetivos generales y de los contenidos temáticos.⁵⁵

Semestre	Materia	Objetivo general	Contenido temático
I	Introducción a la psicología	El alumno analizará las bases teóricas y metodológicas propias de la psicología que se utilizan en promoción, prevención y rehabilitación de manera congruente a la problemática planteadas en situaciones estructuradas específicas en el campo de la salud	<ol style="list-style-type: none"> 1) Introducción a la psicología 2) El cerebro y la conducta 3) Desarrollo humano 4) Sensación y realidad 5) Percepción del mundo 6) Estados de conciencia 7) Condicionamiento y aprendizaje 8) La memoria 9) Cognición, lenguaje, creatividad, e inteligencia 10) Motivación y emoción 11) Personalidad 12) Trastornos psicológicos 13) Terapias
	Psicología de la salud	El alumno analizará la participación del comportamiento en el proceso salud-enfermedad y las técnicas para coadyuvar al cambio de comportamiento, orientado a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el control de la misma cuando ya se ha presentado, a través del cambio de hábitos y la adherencia terapéutica	<ol style="list-style-type: none"> 1) La relación entre comportamiento y salud 2) Comportamiento y salud en el contexto de la historia natural de la enfermedad <p>Tema: La Psicología de la Salud</p> <p>Tema: Las conductas de salud</p> <p>Tema: Conductas que mejoran la salud</p> <p>Tema: Conductas que ponen en peligro la salud</p> <p>Tema: Estrés y Afrontamiento</p> <p>Tema: Moderadores de la experiencia del estrés</p> <p>Tema: Relaciones paciente-proveedor de servicios de salud</p> <p>Tema: La intervención en la enfermedad cardiovascular (enfermedad coronaria, accidente vascular-cerebral, hipertensión) la diabetes, el cáncer, y el SIDA</p>

⁵⁵ Los contenidos de las columnas correspondientes a objetivos y contenido temático se presentan tal cual lo hicieron los responsables del plan de estudios en el documento maestro; para fines de presentación fueron numerados por el autor de este trabajo.

Semestre	Materia	Objetivo general	Contenido temático
II	Sistemas teóricos de la psicología científica I	El alumno comprenderá las principales corrientes de pensamiento o paradigma de la psicología científica, sus conceptos fundamentales, características, y formas en que se ha desarrollado el conocimiento desde ese paradigma	<ol style="list-style-type: none"> 1) Introducción histórica del surgimiento de la psicología como disciplina científica 2) La perspectiva psicoanalítica/ psicoanalítica social 3) La perspectiva conductual/ interconductual/cognitivo-conductual 4) La perspectiva cognoscitiva/ social constructivista 5) La perspectiva humanista
III	Sistemas teóricos de psicología científica II	El alumno conocerá aproximaciones psicológicas de aplicación novedosa al campo de la salud, que se han derivado de los grandes paradigmas o teorías psicológicas clásicas	<ol style="list-style-type: none"> 1) La psicología evolucionista y las tendencias hacia el riesgo y el mantenimiento de la salud 2) La psicología positiva y el bienestar y prácticas saludables 3) La teoría de la reestructuración de la atención, estrés, y recursos del medio 4) La teoría de la auto-eficacia y el establecimiento y/o mantenimiento de las conductas saludables 5) La teoría de los sistemas ecológicos y la importancia de todos los contextos de la interacción en la conducta saludable 6) La teoría de la resiliencia, sobreponiéndose a la adversidad, y bienestar físico y psicológico 7) La Teoría del Afrontamiento, Evaluación Subjetiva, Estrés y Salud

Semestre	Materia	Objetivo general	Contenido temático
	Ciclo de vida: infancia	El alumno conocerá las principales tareas del desarrollo socio-emocional de la infancia, el papel de la familia y los problemas de salud, asociados a este período del desarrollo	1) Establecimiento de la vida en común y transición a la paternidad/maternidad 2) El desarrollo en el período prenatal 3) El desarrollo en la infancia temprana (0 a 3 años) 4) El desarrollo del niño pre-escolar (3 a 5 años) 5) El desarrollo del niño en edad escolar (6 a 12 años) Nota: en cada uno de los temas se discutirán los principales problemas de salud, factores de riesgo y protección y las principales estrategias para abordar estos problemas
IV	Psicología aplicada I	El alumno describirá los principios teóricos y aplicaciones de la aproximación conductual	<i>Parte A. Principios de aprendizaje y conducta</i> 1) Conducta provocada, habituación y sensibilización. 2) Condicionamiento clásico: fundamentos y mecanismos 3) Condicionamiento instrumental: fundamentos 4) Programas de reforzamiento y de conducta electiva 5) Condicionamiento instrumental: mecanismos motivacionales 6) Estímulos de control de la conducta 7) Extinción de la conducta condicionada 8) Control por rechazo: evasión y castigo

Semestre	Materia	Objetivo general	Contenido temático
			<p><i>Parte B. Técnicas de la modificación de conducta</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Cómo identificar, definir y evaluar la conducta 2) Planeación y evaluación de un programa de modificación conductual 3) Técnicas básicas de modificación de conducta 4) Técnicas de auto-control 5) Mantenimiento de respuesta y transferencia del entrenamiento 6) Técnicas de control de la activación: relajación y respiración 7) Desensibilización sistemática 8) Técnicas de exposición 9) Técnicas de modelado 10) Técnicas de <i>biofeedback</i> 11) Terapia de reestructuración cognitiva 12) Técnicas de solución de problemas 13) Inoculación de estrés 14) Condicionamiento encubierto 15) Entrenamiento en habilidades sociales
	Ciclo de vida: adolescencia y juventud tempranas	El alumno conocerá las principales tareas del desarrollo socio-emocional de la adolescencia y juventud temprana, el papel de la familia y los problemas de salud, asociados a este período del desarrollo	<p><i>I. Adolescencia:</i></p> <p>Desarrollo Físico y su ajuste. Desarrollo Cognitivo. Tareas del Desarrollo: Independencia, Identidad, Manejo de Sexualidad, Vocación Contextos del Desarrollo: Dinámica familiar, la escuela y los iguales, el noviazgo, conductas de riesgos</p>

Semestre	Materia	Objetivo general	Contenido temático
			<p>II. Juventud Temprana: Desarrollo Físico y su ajuste. Desarrollo Cognitivo. Tareas del Desarrollo: Auto-realización y auto-estima, establecimiento de las relaciones íntimas, la incursión en el trabajo, transición a la paternidad/maternidad. Contextos del Desarrollo: La pareja, la familia, el contexto laboral y el grupo de amigos. Nota: en cada uno de los temas se discutirán los principales problemas de salud, factores de riesgo y protección y las principales estrategias para abordar estos problemas</p>
V	Psicología aplicada II	El alumno describirá los procesos psico-sociales que fundamentan la intervención psico-social en escenarios comunitarios y organizaciones sociales	<ol style="list-style-type: none"> 1) Impresiones 2) Cognición social 3) Actitudes y estados de ánimo 4) Influencia social: persuasión. 5) Influencia social: obediencias, conformidad y complacencia 6) Los procesos de grupo 7) Comunicación 8) Atracción interpersonal 9) Conducta prosocial y motivación 10) Los estereotipos, el prejuicio y la discriminación
	Modelos de salud: dimensión personal	El alumno describirá las aproximaciones explicativas de carácter intrapersonal relacionadas con las características y procesos individuales	<ol style="list-style-type: none"> 1) Modelo de creencias en salud 2) Teoría de la acción razonada y la acción planeada 3) Modelo trans-teórico y las etapas de cambio

Semestre	Materia	Objetivo general	Contenido temático
		implicados en el despliegue de conductas pro-saludables o conductas no saludables de las personas	4) Modelo del proceso de adopción de precauciones
	Modelos de intervención con práctica I	El alumno implementará aquellas técnicas y procedimientos apropiados para el desarrollo de estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con énfasis en la intervención psico-social a nivel individual en contextos institucionales, organizacionales o comunitarios	<ol style="list-style-type: none"> 1) La promoción de la salud y prevención de enfermedades desde la perspectiva de la salud pública 2) Significación psicológica de la promoción y de la prevención en salud 3) El desarrollo de la conducta saludable 4) El psico-diagnóstico individual 5) La fase motivacional en la adquisición de la conducta saludable: procesos psicológicos subyacentes 6) La fase volitiva en la adquisición de la conducta saludable: planificación y manejo auto-controlado de contingencias 7) Entrenamiento para la adquisición de conductas y transferencia de habilidades. 8) Modelo de información-motivación-conducta (<i>Information-Motivation-Behavioral Skills Model</i>) 9) Estrategias de comunicación en salud

Semestre	Materia	Objetivo general	Contenido temático
	Ciclo de vida: madurez y vejez	El alumno conocerá las principales tareas del desarrollo socio-emocional de la madurez y la vejez, el papel de la familia y los problemas de salud, asociados a este período del desarrollo	<p><i>I. Madurez:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Continuidad y cambios físicos. 2) Continuidad y cambio cognitivo 3) Las tareas de la madurez: Las relaciones personales y la transformación de la familia, reevaluación y/o logro ocupacional 4) Contextos del Desarrollo: La familia, el trabajo, y los amigos <p><i>II. Vejez:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Aspectos físicos y causas del envejecimiento 2) Cambios cognitivos en la edad avanzada 3) Continuidad y cambios en la vejez: Jubilación, las relaciones familiares y personales, el uso del tiempo libre, la pérdida y el duelo 4) Contextos del Desarrollo: La pareja, la familia, el grupo social 5) Las políticas socio-económicas y el anciano: Seguridad social, pensión, acceso a los servicios
VI	Modelos de salud: dimensión interpersonal	El alumno conocerá las aproximaciones explicativas de carácter interpersonal que relacionan el ambiente social inmediato donde se desarrolla el individuo y sus interacciones con la definición del curso de sus comportamientos tanto pro-saludables como no saludables	<ol style="list-style-type: none"> 1) Teoría cognitiva-social (modelo de auto-eficacia) 2) Modelos de apoyo social y redes sociales 3) Modelo transaccional de estrés y afrontamiento 4) Modelo de interdependencia de la influencia social y comunicación interpersonal

Semestre	Materia	Objetivo general	Contenido temático
	Modelos de intervención con prácticas II	El alumno implementará las técnicas y procedimientos apropiados para facilitar los comportamientos de adhesión al tratamiento para la recuperación de la salud, detener el deterioro y complicaciones propias de las enfermedades crónicas; para apoyar al paciente en tratamiento, ya sea preparándolo para procedimientos invasivos o facilitando la rehabilitación y la reinserción a su vida cotidiana	<ol style="list-style-type: none"> 1) La adhesión al tratamiento, características y problemas 2) Principales formulaciones teóricas para explicar por qué las personas no se adhieren a los tratamientos 3) La entrevista motivacional como técnica de motivación al cambio 4) El modelo de información-motivación-conducta para promover la adhesión al tratamiento 5) El entrenamiento en habilidades de auto-control 6) Entrenamiento en relajación y técnicas para el manejo de estados emocionales 7) Las técnicas de reestructuración cognitiva
VII	Modelos de intervención con práctica III	El alumno implementará las técnicas y procedimientos apropiados para facilitar la gestión comunitaria como forma de trabajo en el desarrollo de comunidades y organizaciones sociales saludables	<ol style="list-style-type: none"> 1) Los fundamentos de la intervención psicosocial. 2) El diseño de un programa de intervención. 4) El mapeo comunitario. 5) El proceso de implementar programas de intervención psicosocial. 6) La evaluación de programas de intervención psicosocial. 7) La evaluación participativa y el empoderamiento. 8) La investigación-acción-participativa en la psicología comunitaria. 9) La intervención en desastres y emergencias humanitarias.

Semestre	Materia	Objetivo general	Contenido temático
	Modelos de salud: dimensión social	El alumno describirá las aproximaciones que explican los procesos de influencia social que intervienen en el cambio de comportamientos de salud y las circunstancias sociales que pueden facilitar tanto comportamientos pro-saludables como no saludables en las personas	<ol style="list-style-type: none"> 1) Teoría de la difusión de innovaciones 2) Teoría del cambio organizacional 3) Teoría del capital social 4) Teoría del marketing social

En la primera, lo que se puede observar es un listado de temas que diríamos son clásicos y muy propios de los libros de texto sobre psicología; por tanto, bastante generales. En atención a la pregunta, está claro que esos contenidos no se relacionan con los de Psicología de la Salud. Pero, todavía más, ¿cómo se puede empezar en el primer semestre con ésta, cuando ni siquiera se ha revisado, analizado y discutido sobre psicología y lo psicológico? Apoyándonos en prestigiosos autores (*véanse* Ribes, 2009b; Roca, s/f), no cabe la menor duda que algunos fenómenos considerados en *Introducción a la Psicología* —tales como los del desarrollo, sensación, percepción, memoria, lenguaje, motivación, emoción y personalidad, fundamentalmente— podrían inscribirse dentro de la fenomenología de lo psicológico; nunca contenidos como los relativos a trastornos psicológicos y terapias psicológicas, que precisan de muchos otros saberes teóricos, metodológicos, tecnológicos y/o prácticos.

En un curso semestral que bien podría ser impartido para estudiantes de secundaria o bachillerato, resulta por demás inadmisibles incluir contenidos como los descritos en la parte final del párrafo previo en el nivel de licenciatura. Yendo más allá, ¿cuáles de todos esos fenómenos son básicos? ¿Cómo se les definieron y

con base en qué aproximación? Preguntas sin respuestas, partiendo del entendido de que en ningún lugar del documento maestro se hizo explícita, insistimos, una caracterización de la psicología y de lo psicológico.

Abundando, ¿qué sentido tiene “enseñarles” a los estudiantes sobre toda esa amplia gama de fenómenos psicológicos y a la par “enseñarles” sobre condicionamiento y aprendizaje, trastornos psicológicos y terapias psicológicas? Ciertamente, se podría decir que algunos fenómenos, *i. e.*, sensación, percepción, memoria, motivación, etcétera— han sido abordados a la luz de los condicionamientos clásico, instrumental y operante, ¿pero los otros? Enlistar contenidos que no han tenido referentes puntuales y tratarlos genéricamente, sin que haya relación o correspondencia, insistimos, es inadmisibles.

Lo extraño, por decir lo menos, es que resulta que Introducción a la Psicología no guarda tampoco relación alguna con Sistemas Científicos en Psicología I y II, que si bien están seriadas, entre ambas la correspondencia y continuidad son nulas. Tal y como se puede leer en la Tabla 5.1, Sistemas Científicos en Psicología I incluye contenidos sobre el surgimiento de la psicología como disciplina científica y toda una extensa variedad de las conocidas como “corrientes” o “escuelas” dentro de la psicología: psicoanálisis, conductismo, interconductismo, cognoscitivo-conductual, cognoscitivo-social y humanismo. Éstas, propiamente dicho, es preciso aclararles a los responsables del plan de estudio, *no son sistemas científicos*, sino propuestas meta-teóricas, esto es, que tratan con la lógica y los *contenidos* medulares de la psicología como corpus disciplinario y que consideran al mundo, el cuerpo, la mente, el cerebro y la conducta como sus referentes, ciertamente, de manera diferente. Por tanto, puesto que sus compromisos ontológicos y epistémicos son distintos (Kantor, 1959, Kantor y Smith, 1975), lo que se puede encontrar en aquéllas es un objeto de estudio diferente y, por consiguiente, la selección de propiedades del objeto también diferentes.

De ahí que, como bien apunta Ribes (2000), lo que se tiene es a múltiples psicologías que difieren en lo tocante a la formulación ontológica de su objeto de estudio y a los criterios epistémicos sobre cómo abordarlo. Finalmente, preguntamos ahora, ¿qué sentido tiene que los estudiantes “sepan” o “conozcan” sobre las diferentes “corrientes” o “escuelas” en psicología?, esto es, ¿se previó de manera deliberada que todas ellas guardarían alguna relación con los contenidos de otras materias del plan de estudios? Para responder a ambas preguntas es

necesario adentrarnos en el análisis de los contenidos programáticos de diferentes materias, iniciando con Sistemas Científicos en Psicología II, que se presume sigue a la I; el *quid* del asunto es que entre las dos materias esa relación es nula o mixtificante. En efecto, tal y como se puede observar en el mismo Cuadro 1, de las “corrientes” o “escuelas” en psicología se dio un salto de proporciones inconmensurables, con el cual los responsables del plan de estudios incorporaron como parte de los contenidos de Sistemas Científicos de Psicología II a una amplia variedad de “teorías”, que incluyen: a) la teoría psicológica evolucionista y la tendencia al riesgo y el mantenimiento de la salud; b) la psicología positiva y el bienestar; c) la reestructuración de la atención, el estrés y los recursos del medio; d) la auto-eficacia; e) de los sistemas ecológicos; f) de la resiliencia, y g) del afrontamiento, el bienestar subjetivo, el estrés y la subjetividad.

Sobre estas mal llamadas teorías, varias preguntas. ¿Cuáles devienen de aquellas “corrientes” o “escuelas revisadas en Sistemas Científicos en Psicología I”? O dicho de otra manera, ¿cuáles son deudoras del psicoanálisis, del conductismo, del interconductismo, de los híbridos cognoscitivo-conductual y cognoscitivo-social, o bien del humanismo? Y por elemental que parezca, ¿cuáles de esas supuestas “teorías” son propiamente psicológicas?

Nos permitimos corregirle la plana a los responsables del plan de estudios, diciéndoles que si bien la primera teoría —la evolucionista— se inscribe dentro de las ciencias funcionales que se distinguen según Roca (s/f) porque aporta una dimensión del análisis funcional —la evolución— en tanto que cambios evolutivos orgánicos propios de la especie y de los organismos comportándose en lo individual y lo social, *no existe ninguna teoría psicológica evolucionista sobre el riesgo y el mantenimiento de la salud*; nada más alejado de la realidad. Luego entonces, un tipo particular de ciencia y una dimensión particular de y para el análisis funcional de determinados fenómenos, adquirió carta de naturalidad como teoría psicológica y, nótese, con relación al riesgo y la salud. ¿Cuándo es que el evolucionismo y su caracterización como fenómeno biológico se asumieron como arriesgados y, sobre todo, qué tiene que ver con lo propiamente psicológico?

Un mismo análisis se podría efectuar para el resto de “teorías”, aun cuando nos proponemos ampliarlo en dos direcciones. Una tiene que ver con lo siguiente: ¿cuándo es que la psicología positiva, la reestructuración de la atención, la auto-eficacia, la resiliencia y el afrontamiento adquirieron su estatuto como teorías científicas? Hasta donde nuestro saber y entender nos lo permiten, suponíamos

que las teorías científicas en psicología eventualmente se inscribirían dentro de alguna de las “corrientes” o “escuelas” aludidas párrafos atrás.⁵⁶ En el caso de la psicología positiva, que surgió como contrapartida de la psicología negativa —o de la clínica, pues—, ni constituye una teoría de y sobre lo psicológico, ni como se ha argumentado con claridad (Fernández-Ríos, 2008; Fernández-Ríos y Novo, 2012), tampoco aporta soluciones a ningún problema que tenga que ver con el funcionamiento de las personas, más allá de lo que han aportado otras aproximaciones.

Llama la atención que a la auto-eficacia se le haya conferido su estatuto como teoría científica en psicología. Es menester aclararles a los responsables del plan de estudios que aquél es un concepto que deviene de la teoría cognoscitivo-social de Bandura (1977a, 1977b), por lo cual y por una cuestión de sentido común, un concepto no se convierte *ipso facto* y por decreto en una teoría. Además, como bien apuntan Díaz, Tamez y González (2009), dicho concepto se utilizó originalmente para dar cuenta de la contradicción que existía, según el propio Bandura, entre los tratamientos centrados en la experiencia y otros tantos centrados en propiciar en la persona una “sensación” de dominio y confianza en sí misma, mediante el mecanismo denominado autoeficacia. Luego entonces, se podría decir que se trata de un concepto con un origen perfectamente delimitado: con fines técnicos, que no de teorización. Una confusión más.

¿Y qué decir de la resiliencia? Tratándose de un concepto que se originó en la física (acción de un cuerpo en contra de una fuerza opuesta) y que ha sido utilizado tanto en los campos de la metalurgia y de la ingeniería civil, posterior a su paso por las ciencias sociales fue adoptado en la psicología, para describirlo como *el resultado de la combinación o interacción entre los atributos del individuo (interno) y los propios de su ambiente familiar, social y cultural (externos) que lo posibilitan para superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva* (González-Arratia, 2007; citado en González-Arratia, Valdes, van Barneveld y González, 2012). En virtud de que es, en esencia, un concepto de quinta mano para la psicología, con el mismo se pretenden entender

⁵⁶ *Lo cual por supuesto que es falaz, porque muchas de las teorías que devienen del psicoanálisis, las versiones cognoscitivo-conductual, cognoscitivo-social y del humanismo, están muy lejos de cumplir con dicha característica. Lo contrario, y con sus salvedades, podría decirse de la teoría de la conducta que se inscribe dentro del interconductismo, habida cuenta que el propio Ribes ha destacado que en general la psicología constituye un proyecto de ciencia (Ribes, 2009b).*

los procesos dinámicos de tipo afectivo o cognoscitivo implicados en la manera que una persona con “traumas” se sobrepone y se reconstruye, haciendo uso de sus competencias sociales, de habilidades particulares de solución de problemas, de su autonomía y de un sentido de propósito y de futuro (González-Arratia, Valdes y González, 2011). Se trata, por tanto, de un concepto que no sólo es ajeno a la psicología, sino que su propia definición connota y se distingue por su orientación técnica, en la medida en que presupone que la persona hace o hará algo con el objeto de cambiar algo en sí misma o en su ambiente. En suma, es incorrecto hablar de una teoría científica de la resiliencia, al igual que en el caso previo, de la de autoeficacia. Una confusión más (Piña, 2015b).

Continuamos con las dos Psicologías Aplicadas, que se imparten en los semestres IV y V, y que se suponen están seriadas con Sistemas Teóricos de Psicología Científica I y II. Tal y como se puede leer en el objetivo general de los dos programas y en sus contenidos temáticos, resulta que en Psicología Aplicada I se pone énfasis en los principios teóricos y aplicados de la *aproximación conductual*, en tanto que Psicología Aplicada II lo hace en los *procesos psicosociales* que fundamentan la intervención en comunidades y organizaciones sociales. Recién acabamos de revisar las dos materias correspondientes a Sistemas Teóricos en Psicología Científica, haciendo notar que entre una y otra no existe relación alguna, lo cual también se hace evidente en las de corte aplicado. Es decir, en qué partes de estas últimas se abordó, más allá de una descripción muy general de la escuela o corriente conductista en Sistemas Teóricos de Psicología Científica I, en qué consiste y en qué paradigma se sustenta: ¿en el que relaciona la mente con el mundo? ¿En el de mente y la conducta? ¿En el del organismo reactivo en el mundo? ¿En el del organismo activo en el mundo? ¿O en el del organismo en el mundo?

Esto último es importante porque al día de hoy, todo el cúmulo de propuestas teóricas que se inscriben dentro de la tradición conductista —*i. e.*, Guthrie, Hull, Tolman, Mowrer, Spencer, Skinner, etcétera—, así como los híbridos que se inscriben dentro de la tradición cognoscitivo-conductual, se han vinculado bien con la conocida como terapia de la conducta, bien con la modificación de conducta, o bien con el análisis conductual aplicado. Como apuntan Díaz-González, Landa, Rodríguez, Ribes y Sánchez (1989), entre éstas existen diferencias teóricas y conceptuales que, al final de cuentas, tienen como su denominador común el de adoptar una visión clínico-patológica de los problemas

que enfrentan las personas en la cotidianeidad. Por consiguiente, ¿qué teorías conductuales particulares fueron analizadas en Sistemas Teóricos en Psicología Científica I y que relación guardan con los principios y las técnicas para el cambio conductual que se incluyen en Psicología Aplicada I? Además, ¿qué relación hay entre ésta y Psicología Aplicada II? Más confusiones.

Nos permitimos ahora revisar los contenidos de las materias Ciclo Vital I (infancia), Ciclo Vital II (adolescencia y juventud temprana) y Ciclo Vital III (madurez y vejez). Con todo y que entre las tres existe continuidad, llaman poderosamente nuestra atención varios asuntos. Primero, ¿por qué ciclo vital y no desarrollo psicológico y personalidad? A pesar de que en Ciclo Vital I los contenidos apuntan hacia el estudio del desarrollo en la forma de etapas, debería quedar claro en los responsables del plan de estudios que una cosa es desarrollo y otra muy distinta la noción de etapas. Dicho de otra manera, si el desarrollo se relaciona con los cambios de generación, evolución o destrucción (Roca, 1996), o con cambios de tendencias en la organización de la conducta en tanto que procesos diacrónicos, su análisis se torna pertinente cuando se consideran los elementos ecológico-culturales que determinan los momentos, criterios y modalidades que adopta el desarrollo (Ribes, 1996, 2008).

De ahí que sea hasta cierto punto entendible los por qué de los contenidos de los tres programas de materia, sobre todo los de las últimas dos, en las que se estableció una distinción entre lo que se da en llamar “tareas” y “contextos” — destacando en tareas a cuestiones tales como independencia, identidad, manejo de la sexualidad, vocación, jubilación, relaciones familiares, uso del tiempo libre, etcétera. Debería quedar claro que ninguna de éstas comporta al desarrollo psicológico como tal, en virtud de que *no* se está tratando con la identificación, descripción y estudio de los periodos transicionales que se distinguen por la emergencia de nuevos patrones de comportamiento en condiciones ecológico-culturales (Ribes, 1996).

Segundo, ¿y en dónde queda el fenómeno de la personalidad? O bien podríamos preguntar, ¿en esos ciclos vitales cobran vida “tareas” genéricas en “contextos” diversos que se asumen son compartidos por todas la personas, al margen del “ciclo de vida” particular que se considere? Luego entonces, ¿cuándo y cómo se construye la personalidad como fenómeno psicológico? ¿Las personas que se comportan según criterios ecológico-culturales, en algún momento de su vida no lo hacen acaso de manera diferente respecto de otras personas? Si el

concepto de personalidad de aplica a la identificación de los modos consistentes de interacción, que configuran un *perfil funcional único*, singular e idiosincrásico (Ribes, 2009c), está claro que la personalidad va adquiriendo forma y sentido en y a partir de los contactos cotidianos de cada persona interactuando con otras personas, objetos y eventos; como tendencias de conducta que nos permitirían dar cuenta de la estabilidad y la consistencia de cada persona comportándose en lo individual.

Finalmente, es necesario hacerles una aclaración a los responsables del plan de estudios: el de ciclo de vida *no* constituye una categoría de análisis de lo propiamente psicológico.⁵⁷ Además, se obvian u omiten deliberadamente al desarrollo y a la personalidad como fenómenos de interés teórico, sobre todo el primero, que hay que decirlo va más allá de la idea tradicional de que lo importante es identificar los “cambios” que operan en el tiempo —la infancia, fundamentalmente— merced a la influencia de otras personas significativas del entorno familiar (Ribes, 2008).

El segundo, el de personalidad, simple y llanamente no existe como tal en el plan de estudios, excepto como un tema más en la materia de Introducción a la Psicología del primer semestre. Por consiguiente, ¿dónde quedan los incontables estudios que relacionan a la personalidad con la salud y la enfermedad? Ciertamente, podemos estar de acuerdo o diferir con el tratamiento teórico-conceptual que se le da al fenómeno de marras, pero no se puede negar su importancia; ahí se tienen a estudios en los que se aborda al fenómeno y su influencia en la práctica de conductas de prevención o riesgo (Vollrath, Knoch y Cassano, 1999), como mediadora de conductas relacionadas con la actividad física (Mceachan, Sutton y Myers, 2010), como variable implicada en los procesos de estrés (Bolger y Zuckerman, 1995), como determinante de la práctica de conductas saludables o de la mortalidad asociada con diferentes patologías

⁵⁷ *Ciclo*, en el lenguaje ordinario, cuenta con diferentes acepciones, dentro de las que destacan: a) periodo de tiempo o cierto número de años que, acabados, se vuelven a contar de nuevo; b) serie de fases por que pasa un fenómeno periódico hasta que se reproduce una fase anterior, y c) serie de actos culturales relacionados entre sí. De acuerdo con estas acepciones y la caracterización de los tres ciclos de vida que son contemplados en las tres materias, en el sentido estricto de la palabra la noción utilizada en el plan de estudios se acerca a la primera y parcialmente a la tercera, lo cual lo subrayamos para los fines de apuntalar nuestra tesis de que no es una noción útil y pertinente para la psicología y lo propiamente psicológico.

(Alwin, Spiro, Levenson y Cupertino, 2001; Smith, 2011), influyendo sobre el funcionamiento de distintos sistemas biológicos de respuesta (Camacho y Vega-Michel, 2009) o como variable crítica frente a la no adhesión a los tratamientos médicos en enfermos crónicos (Piña y González, 2010).

En lo tocante a las materias que tratan con los modelos teóricos, penúltimo análisis que se realizó, en las tres, que se imparten en los semestres V, VI y VII, su estructuración se llevó al cabo considerando aquello que según los responsables del plan de estudios se diferencia por su dimensión: personal, interpersonal y social. En los primeros se incluyen a los de creencias en salud, de la acción razonada, trans-teórico y de procesos de adopción de precauciones; en los segundos a la teoría cognoscitivo-social, de apoyo y redes sociales, de transacción del estrés y el afrontamiento, así como de la influencia social y la comunicación interpersonal; en los terceros al de difusión de innovaciones, de cambio organizacional, capital social y *marketing* social.

Aceptando sin conceder tal diferenciación de los modelos teóricos aludidos, cuando uno observa el mapa curricular se encuentra que las materias que los enmarcan no guardan correspondencia con ninguna otra materia y, a la vez, mantienen una independencia entre sí. Luego entonces, al saber y el entender de los responsables del plan de estudios son todos modelos teóricos que pareciera surgen espontáneamente de la nada, que no tienen tampoco nada que ver con ninguna propuesta teórica considerada en otras materias —*i. e.*, Introducción a la Psicología, Sistemas Científicos en Psicología I y II, principalmente— y que, por tanto, su pertinencia, viabilidad y validez empírica son asuntos que convenientemente se les dan por ciertos; claro está, sin que haya mediado una discusión profunda sobre todos ellos.

Es importante aclararles a los responsables del plan de estudios, que en el caso concreto de dos de los modelos teóricos en su dimensión personal (creencias en salud y acción razonada) y dos en su dimensión interpersonal (cognoscitivo-social y transaccional del estrés y afrontamiento), en todos y cada uno hay antecedentes teórico-conceptuales muy concretos. Por ejemplo, los fundamentos del de creencias en salud descansan en la teoría de campo de Kurt Lewin (Moreno-San Pedro y Gil Roales-Nieto, 2003); los de la acción razonada en los desarrollos experimentados en la psicología social de principios y mediados del siglo XX, que se concretaron en la propuesta teórica de Gordon W. Allport para relacionar a las actitudes con la conducta (Sarver, 1983); los del cognoscitivo-social en la

teoría del aprendizaje social que considera los principales antecedentes internos (pensamientos) y externos (señales ambientales), así como las consecuencias y su influencia sobre la conducta (Munro, Lewin, Swart y Volmink, 2007); finalmente, los del de transacción del estrés y afrontamiento, que lo hacen incorporando un conjunto de variables personales de tipo cognoscitivo —*i. e.*, creencias, expectativas, compromisos y motivaciones— y otras situacionales que hacen probable una evaluación estresante (Remien, Exner, Kertzner, Ehrhardt, Rotheram-Borus, Johnson et. al., 2006).

Adicionalmente, llama la atención la discontinuidad entre las materias, sus contenidos y la ausencia de una justificación mínima respecto de por qué y cuándo, por ejemplo, en la segunda y tercera de las materias, el modelo de la interdependencia de la influencia social y la comunicación interpersonal, así como las llamadas teorías de la difusión de innovaciones, del cambio organizacional, del cambio social y del *marketing* social, se tornaron pertinentes con relación a la psicología y lo psicológico. Ni ese modelo ni estas teorías guardan relación con la psicología o lo psicológico, puesto que su fenomenología se inscribe en el mundo de lo social. Y entonces, nos preguntamos, ¿qué sentido tiene incluir toda esta variedad de modelos y teorías, sobre las que tampoco se dispuso de antecedentes formales en otras materias de los semestres previos? Si los responsables del plan de estudios tuviesen claridad sobre lo antes dicho, con toda seguridad se hubiesen tomado la molestia de discutir con cierto detalle cómo sería posible vincular las tres dimensiones —personal, interpersonal y social—, fijando los límites entre cada una y definiendo con precisión terminológica y conceptual qué categorías de análisis permitirían transitar de una a otra, sin que se perdiese la continuidad en el discurso teórico. Una confusión más, consecuencia del desconocimiento que se tiene sobre el tema.

Por último, se tienen a tres materias de corte “práctico”, que corresponden a Modelos de Intervención Práctica I, II y III, que se imparten en el V, VI y VII semestres, respectivamente. Un primer asunto que hay que comentar, es que ninguna de ellas guarda relación con otras materias de los semestres previos ni con las que se sitúan en esos mismos semestres. Un segundo tiene que ver con que en el mapa curricular cada una de las materias está seriada, es decir, a la I le sigue la II, y a ésta la III, con énfasis en: a) la intervención “psico-social” individual orientada a promover la salud y prevenir una enfermedad; b) la intervención “psico-social” para facilitar las conductas de adhesión y la

recuperación de la salud, y c) la intervención “psico-social” orientada a la gestión en comunidades y organizaciones sociales.

Según se desprende del énfasis que se coloca en los tres tipos de intervención, cuando se revisan con detenimiento los contenidos temáticos que se incluyen, sobre todo en las dos primeras se advierten varios problemas. Iniciando con que la lógica que subyace a los objetivos correspondientes es la misma, o sea, la *lógica clínica* que deviene del *modelo médico* en su *orientación clínico-patológica* (Goldiamond, 1994) que se presumía se quería evitar, en la medida en que se concibe al psicólogo como un experto que, armado con un arsenal de técnicas y procedimientos, puede promover la salud, prevenir una enfermedad y, finalmente, establecer conductas rehabilitadoras (Díaz-González et. al., 1989). Nótese, por ejemplo, que en los Modelos de Intervención con Práctica I, ésta, es decir, la intervención, se plantea previa identificación del problema de conducta vía el “psico-diagnóstico”, del que posteriormente deriva la interpretación del mismo y su abordaje con base en técnicas y procedimientos que son los idóneos para los fines de “facilitar” la adquisición de conductas saludables: motivacionales, volitivas y conductuales.⁵⁸

Proseguimos comentando, a propósito de Intervención con Práctica II, que aquí la lógica clínica recién descrita se nos muestra con mayor claridad. Aun cuando en esta materia se especifica en el punto 1 del contenido temático que se abordarán las principales formulaciones teóricas para explicar el problema de la adhesión a los tratamientos, las mismas nunca fueron explicitadas ni tampoco se podría decir que se les pueda encontrar en las referencias enlistadas por quienes diseñaron el programa de materia. Luego entonces, ¿a qué formulaciones teóricas se refieren? Y si a su saber y entender son formulaciones teóricas, ¿de dónde surgen? ¿Qué categorías y conceptos les dan sentido?, pero sobre todo, ¿qué relación guardan con los contenidos teóricos que se revisaron en otras materias de los semestres previos?

⁵⁸ Continuamos señalando que resulta particularmente extraño incluir en dicha materia al modelo de información-motivación-habilidades conductuales, que en su defecto se le debió haber incluido como parte de los modelos teóricos en su dimensión personal. Y aseguramos que es extraño, puesto que justo se trata de un modelo teórico que fue originalmente desarrollado con el objeto de superar las limitaciones conceptuales y empíricas que se hacían evidentes en los modelos tradicionales —i.e., creencias en salud, acción razonada, conducta planeada, cognoscitivo-social, etcétera— en la predicción de las conductas sexuales de riesgo para la infección por el VIH, como requisito indispensable para su posterior modificación (Fisher y Fisher, 1992).

Finalmente, hay un asunto que nos gustaría tratar brevemente, con la finalidad de hacer algunas precisiones a los responsables del plan de estudios. Éste tiene que ver con el modelo de información-motivación-habilidades conductuales, pues en los diferentes estudios realizados no sólo se han hecho evidentes serios problemas en la definición de las variables centrales —el de motivación, por ejemplo, en ocasiones se le define a partir de los conceptos de creencias, intención, actitud o percepción de riesgo (Piña, 2009, 2012a), sino que, inclusive, en los estudios que versan sobre el problema de la adhesión a los tratamientos, con excepción de uno en personas con VIH la varianza explicada por el modelo ascendió al 52% (Starace, Massa, Amico y Fisher, 2006); en otros sobre esta enfermedad (Amico, Barta, Konkle-Parker, Fisher, Cornman, Shuper y cols., 2009) o la diabetes (Osborn, Amico, Fisher, Egede y Fisher, 2010) la varianza no ha sobrepasado siquiera el 25%. Asimismo, en ninguno se ha demostrado que las variables del modelo que presumiblemente afectan a las conductas de adhesión hagan lo propio, indirectamente, sobre los marcadores biológicos —linfocitos CD4, niveles de carga viral, control glicémico, principalmente; más importante aún, que ni siquiera las mismas conductas de adhesión han demostrado dicha influencia (Piña, 2012a).

En suma, no nos queda sino la impresión de que, ante el profundo desconocimiento que priva entre los responsables del plan de estudios en torno a asuntos que tienen que ver con: a) la organicidad teórico-conceptual; b) qué es un modelo en psicología y qué en psicología de la salud, y c) qué y cómo se deben establecer las relaciones de correspondencia entre el discurso teórico-los métodos-procedimientos y técnicas... la solución más rápida que se toma es la que se tiene a la mano: incorporar sin ton ni son a propuestas teóricas de toda índole, asegurar que son científicas algunas u otras más orientadas a cumplir fines “tecnológicos”, y ¡listo!, se tiene a una psicología de la salud, perdonando la eventual redundancia, saludable y en condiciones de ser “enseñada” a los estudiantes por personal docente del que se exige competencia académico-profesional. Que esto último se consiga, nos parece harto difícil. No sólo por lo que toca a esos incontables problemas analizados a lo largo del trabajo y resumidos en el párrafo previo, sino también por otros más, uno de los cuales tiene que ver con lo que se consigna en la Tabla 5.2; en ésta el lector podrá encontrarse que el conjunto de actividades a realizar tanto por los estudiantes como por los profesores, nunca fueron definidas en términos competenciales,

en concordancia con lo establecido en: a) los lineamientos generales para la elaboración de propuestas curriculares de la UNISON; b) las características psicopedagógicas de la propuesta; c) el objetivo general de la carrera, y d) los mal llamados y peor definidos ejes competenciales.

Tabla 5.2. Descripción de las actividades de estudiantes y profesores en materias específicas de diferentes semestres.⁵⁹

Semestre	Materia	Actividades del alumno	Actividades del profesor
I	Introducción a la psicología	<ul style="list-style-type: none"> • Leer los materiales seleccionados para el curso A partir de la revisión bibliográfica identificar los elementos de la dimensión psicológica. • Realizar búsquedas bibliográficas • Seleccionar artículos que ejemplifiquen las bases de la psicología • Elaborar y entregar reportes de lectura de los temas revisados • Realizar todas aquellas actividades que el maestro asigne para el desarrollo eficaz del curso 	<ul style="list-style-type: none"> • Impartir una conferencia introductoria, explicando los criterios (pedagógicos y disciplinarios) del curso • Programar los materiales de lectura pertinente para cada tipo de habilidad a entrenar • Retroalimentar el desempeño de los estudiantes • Evaluar la participación de los educandos en el espacio educativo

⁵⁹ Los contenidos de las columnas correspondientes a actividades de estudiantes y actividades de profesores se presentan tal cual lo hicieron los responsables del plan de estudios en el documento maestro.

Semestre	Materia	Actividades del alumno	Actividades del profesor
	Psicología de la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de información • Lectura de la bibliografía propuesta • Participación en discusiones grupales y exposiciones de contenidos • Los estudiantes conformados en equipos deberán elegir y desarrollar un tópico de los enmarcados en el tema 8 del programa para presentarlo ante la clase, utilizando recursos audiovisuales. Deberán proveer a sus compañeros y al profesor una copia (vía correo electrónico) de su presentación, previo a la fecha de la sesión correspondiente 	<ul style="list-style-type: none"> • El profesor conducirá sesiones donde se presente el contenido temático correspondiente, acompañado de ejemplos de aplicación de programas, estrategias y/o técnicas relevantes al tópico tratado • Igualmente el profesor utilizará dinámicas para promover la participación del alumno durante la sesión • El profesor asesorará a los estudiantes para la preparación y presentación de los tópicos seleccionados, previa cita
II	Sistemas teóricos de psicología científica I	<ul style="list-style-type: none"> • Lectura de los materiales • Investigación bibliográfica de los temas • Discusión en clase 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición del maestro • Estimular y coordinar la discusión en clase • Presentar ejemplos de polémicas actuales de los temas vistos
III	Sistemas teóricos de psicología científica II	<ul style="list-style-type: none"> • Lectura de los materiales • Investigación bibliográfica de los temas • Discusión en clase 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición del maestro • Estimular y coordinar la discusión en clase • Presentar ejemplos de polémicas actuales de los temas vistos

Semestre	Materia	Actividades del alumno	Actividades del profesor
IV	Psicología aplicada I	<ul style="list-style-type: none"> • El alumno lleva a cabo las lecturas recomendadas y elabora mapas conceptuales • El alumno participa en las discusiones durante la clase • El alumno participa en los ejercicios conducidos y/o recomendados por el maestro • El alumno elabora una monografía que integra los materiales revisados y productos de los ejercicios recomendados por el maestro 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposiciones en clase por el profesor • Discusiones grupales o por equipos • Ejercicios planeados para la práctica de técnicas en escenarios restringidos
	Ciclo de vida II: adolescencia y juventud temprana	<ul style="list-style-type: none"> • Lectura de los materiales • Investigación bibliográfica de los temas • Discusión en clase • Identificación en reportes aplicados de estrategias de intervención en salud en este grupo de edad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición del maestro • Estimular y coordinar la discusión en clase • Presentar ejemplos de aplicación de los temas vistos • Presentación de videos relacionados con el tema
V	Psicología aplicada II	<ul style="list-style-type: none"> • El alumno llevará a cabo las lecturas recomendadas y elabora mapas conceptuales • El alumno participará en las discusiones durante la clase • El alumno participará en los ejercicios conducidos y/o recomendados por el maestro 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposiciones en clase por el profesor • Discusiones grupales o por equipos

Semestre	Materia	Actividades del alumno	Actividades del profesor
	Modelos de salud: dimensión personal	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de información • Lectura de la bibliografía propuesta • Participación en discusiones grupales y exposiciones de contenidos • Los estudiantes conformados en equipos deberán elegir un ejemplo de aplicación de alguno de los modelos explicativos revisados en clase y desarrollar el análisis del caso seleccionado para presentarlo ante la clase, utilizando recursos audiovisuales. Deberán proveer a sus compañeros y al profesor una copia (vía correo electrónico) de su presentación, previo a la fecha de la sesión correspondiente 	<ul style="list-style-type: none"> • El profesor conducirá sesiones donde se presente el contenido temático correspondiente, acompañado de ejemplos de aplicación del tema tratado, previa preparación y/o revisión del material didáctico para cada clase • Utilizará dinámicas para promover la participación del alumno durante la sesión así como el análisis grupal de la literatura • Realimentará y evaluará el dominio conceptual que el alumno adquiera sobre los contenidos revisados en clase • Así mismo, el profesor asesorará a los estudiantes para la preparación y presentación de los tópicos seleccionados, previa cita
	Modelo de intervención con práctica I	<ul style="list-style-type: none"> • Durante la fase teórica: el alumno revisa las lecturas, elabora mapas conceptuales 	<ul style="list-style-type: none"> • Durante la fase teórica: el docente expone y conduce las discusiones.

Semestre	Materia	Actividades del alumno	Actividades del profesor
		<ul style="list-style-type: none"> • Durante la fase práctica: el alumno fundamenta teórica y metodológicamente sus propuestas de trabajo; lleva a cabo las actividades planeadas siguiendo los requerimientos que el programa establece; respeta los lineamientos éticos y normatividad que sean requeridas por las condiciones de trabajo en escenarios aplicados 	<ul style="list-style-type: none"> • Durante la fase práctica: el docente coordina las actividades que se llevarán a cabo en los espacios de práctica; asesora los planes de trabajo de los estudiantes asegurando la calidad, pertinencia teórica y metodológica de las propuestas de trabajo, además del correcto cumplimiento de lo programado
	Ciclo de vida: madurez y vejez	<ul style="list-style-type: none"> • Lectura de los materiales • Investigación bibliográfica de los temas • Discusión en clase Identificación en reportes aplicados de estrategias de intervención en salud en este grupo de edad	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición del maestro • Estimular y coordinar la discusión en clase • Presentar ejemplos de aplicación de los temas vistos • Presentación de videos relacionados con el tema
VI	Modelos de salud: dimensión interpersonal	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de información • Lectura de la bibliografía propuesta • Participación en discusiones grupales y exposiciones de contenidos 	<ul style="list-style-type: none"> • El profesor conducirá sesiones donde se presente el contenido temático correspondiente, acompañado de ejemplos de aplicación del tema tratado, previa preparación y/o revisión del material didáctico para cada clase

Semestre	Materia	Actividades del alumno	Actividades del profesor
		<ul style="list-style-type: none"> • Los estudiantes conformados en equipos deberán elegir un ejemplo de aplicación de alguno de los modelos explicativos revisados en clase y desarrollar el análisis del caso seleccionado para presentarlo ante la clase, utilizando recursos audiovisuales. Deberán proveer a sus compañeros y al profesor una copia (vía correo electrónico) de su presentación, previo a la fecha de la sesión correspondiente 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizará dinámicas para promover la participación del alumno durante la sesión así como el análisis grupal de la literatura. • Realimentará y evaluará el dominio conceptual que el alumno adquiera sobre los contenidos revisados en clase. • Así mismo, el profesor asesorará a los estudiantes para la preparación y presentación de los tópicos seleccionados, previa cita
	Modelos de intervención con práctica II	<ul style="list-style-type: none"> • Durante la fase teórica: el alumno revisa las lecturas, elabora mapas conceptuales • Durante la fase práctica: el alumno fundamenta teórica y metodológicamente sus propuestas de trabajo; lleva a cabo las actividades planeadas siguiendo los requerimientos que el programa establece; respeta los lineamientos éticos y normatividad que sean requeridas por las condiciones de trabajo en escenarios aplicados 	<ul style="list-style-type: none"> • Durante la fase teórica: el docente expone y conduce las discusiones • Durante la fase práctica: el docente coordina las actividades que se llevarán a cabo en los espacios de práctica; asesora los planes de trabajo de los estudiantes asegurando la calidad, pertinencia teórica y metodológica de las propuestas de trabajo, además del correcto cumplimiento de lo programado

Semestre	Materia	Actividades del alumno	Actividades del profesor
VII	Modelos de intervención con práctica III	<ul style="list-style-type: none"> • Durante la fase teórica: el alumno revisa las lecturas, elabora mapas conceptuales • Durante la fase práctica: el alumno fundamenta teórica y metodológicamente sus propuestas de trabajo; lleva a cabo las actividades planeadas siguiendo los requerimientos que el programa establece; respeta los lineamientos éticos y normatividad que sean requeridas por las condiciones de trabajo en escenarios aplicados 	<ul style="list-style-type: none"> • Durante la fase teórica: el docente expone y conduce las discusiones • Durante la fase práctica: el docente coordina las actividades que se llevarán a cabo en los espacios de práctica; asesora los planes de trabajo de los estudiantes asegurando la calidad, pertinencia teórica y metodológica de las propuestas de trabajo, además del correcto cumplimiento de lo programado

En efecto, *revisar* lecturas, *identificar* elementos psicológicos en los materiales, *realizar* búsquedas bibliográficas, *participar* en discusiones, por lo que toca a los estudiantes, así como *exponer* y *conducir* discusiones en clase, *estimular* y *coordinar* las discusiones en clase, *presentar* ejemplos de temas o videos, *coordinar* las prácticas, *asesorar* los planes de trabajo, por lo que toca a los maestros, no constituyen actividades definidas competencialmente, ni mucho menos garantizan que, en los primeros, se adquieran por una suerte de decreto, y en los segundos, que sean competentes para entrenarlas.

Como bien apunta Ribes (2005), en la identificación de las competencias profesionales es imperativo satisfacer tres requerimientos analíticos, mismos que citamos en extenso:

- 1) El primer requerimiento tiene que ver con la formulación de competencias profesionales pertinentes a las funciones profesionales determinadas para distintos campos de problemas sociales y poblaciones [...]. La definición de las competencias profesionales acordes con este perfil requiere de la explicitación detallada de las

circunstancias y situaciones en las que se va a intervenir, la identificación de los mediadores de dicha intervención (otros profesionales o los propios usuarios), las condiciones que definen actualmente la diversidad de problemas concretos de salud y de instrucción de dichas poblaciones, los objetivos a alcanzar en términos de resultados, productos y actividades de los usuarios de la intervención profesional y, finalmente, los procedimientos, criterios y actividades que tiene que desplegar el psicólogo en relación a otros profesionales y a los propios usuarios, para alcanzar dichos objetivos en el espectro de las cinco funciones profesionales establecidas [pp. 9-10].

2) El segundo requerimiento tiene que ver con la identificación de las competencias profesionales y su programación en situaciones de enseñanza-aprendizaje, estructuradas de manera coherente, en lo que toca a su correspondencia con las circunstancias en que se van a ejercitar [...]. Estos tres aspectos, igual que los primeros vinculados al aprendizaje del conocimiento y metodología básicos, no se pueden adquirir mediante la información verbal, virtual o audiovisual que tipifican los métodos dominantes en la educación superior. Por ello, debemos pensar en estructuras curriculares que trasciendan los programas informativos y demostrativos [pp. 10-11].

3) El tercer, y último, requerimiento tiene que ver con la integración del conocimiento de proceso como conocimiento aplicable en circunstancias y situaciones sociales reales. Para ello, se debe hacer especial hincapié en que la intervención mediada del psicólogo se restringe a la dimensión individual de los problemas sociales y que, por consiguiente, se requiere formular una metodología teórica y evaluativa que permita transferir el conocimiento básico sobre procesos, por la vía de su concreción en el desarrollo individual y la individuación, para ajustarlo a los criterios sociales que fundamentan la pertinencia y adecuación del comportamiento individual en diversos escenarios y circunstancias institucionales [p. 11].

Siendo así, el lector seguramente podrá entender que el cúmulo de actividades planteadas tanto para los alumnos como los profesores en la Tabla 5.2, no tienen absolutamente nada que ver con la noción de competencias en los términos expuestos por el autor. Bueno, ni siquiera con lo establecido en las mal llamadas *Características Psicopedagógicas de la Propuesta*, previamente cuestionadas. Problemas que, en suma, no sólo los calificamos como graves, metafóricamente hablando

y a propósito de la enfermedad; tampoco tienen visos de solución alguna en el corto plazo, sobre todo si se mantiene el *estatus quo* tan distintivo de lo que acontece con la psicología de la salud en la Universidad de Sonora⁶⁰ y de una realidad innegable que al día de hoy se vive en nuestro país: que la psicología y los psicólogos literalmente no existimos en los marcos normativos sobre salud, entiéndanse la propia Ley General de Salud y sus Reglamentos Secundarios (Piña, 2004).

5.5. Apuntes finales

No cabe la menor duda que las universidades en México, por cuestiones que tienen que ver con sus respectivos Planes de Desarrollo, están en su legítimo derecho de ofrecer nuevas opciones académicas que contribuyan a atender y solucionar determinada problemática social. Lo que se puede, *pero no se debe hacer*, es abrir nuevas carreras cuya justificación es a todas luces pobre, tanto por lo que toca al problema social que se pretende abordar como a la definición y caracterización de la psicología y lo psicológico, como en el caso que nos ocupa.

Luego entonces, cuando: a) se ha indefinido el objeto de estudio de la psicología; b) se han confundido las aproximaciones meta-teóricas con las teóricas; c) se les ha conferido el carácter de “teorías científicas” a las que por definición no son teorías formales sino, en algunos de los casos y con las reservas que ameritan, teorías tipo-tecnología; d) se desconocen los cómo, por qué y para qué de los modelos teóricos aplicables en psicología y salud, y adicionalmente, e) qué relación guardan los distintos modos de aprendizaje —conocer, hacer, vivir con los demás y ser— con la noción de competencias... no se puede esperar que se concrete el diseño de un plan de estudios que se distinga por su congruencia y coherencia en lo teórico-metodológico y en lo práctico.

Asimismo, hay asuntos que no pueden pasar desapercibidos para el lector, como el hecho de que nos podemos encontrar que una misma persona “diseñó” hasta 12 o 13 programas de materias, de corte teórico, metodológico y aplicado. Por supuesto, esa supuesta “experticia” no puede sino dar lugar a los

⁶⁰ *Que, paradójicamente, no figura en los planos nacional e internacional, según los hemos constatado recientemente en sendos estudios (Piña, 2012b, 2014), en los que ¿curiosa? o ¿extrañamente? no encontramos un solo trabajo de discusión teórica o de investigación publicado por ninguno de los “responsables” del multimencionado plan de estudios. Poco que añadir ante esta cruda realidad.*

serios problemas anotados en torno a los contenidos temáticos de las materias y su nula relación con otras, si se tiene en cuenta que del total de 12 personas que participaron en el plan de estudios, en calidad de coordinadora general (una), responsables de la elaboración de la propuesta (ocho) y colaboradores en actividades específicas que refieren de elaboración de programas de materia (tres): a) ninguna tiene experiencia probada en instituciones del sector salud, más allá de los que denominaríamos como encuentros casuales, propios de quienes realizan alguna investigación, y b) adicionalmente, ninguna tiene tampoco experiencia probada en el diseño, instrumentación y evaluación de programas de intervención con relación a las enfermedades y los problemas de salud más apremiantes, epidemiológica y socialmente, sobre todo los que en el plan de estudios se dice que se abordarán.

Todavía más extraño y cuestionable, por donde se le quiera ver, es que dos Licenciados en Educación, con Maestría en Educación y con Doctorado en Ciencias Sociales se convirtieron ipso facto en expertos en Epidemiología y en la Integración de los conocimientos psicológicos con relación a la salud. Todo ello lo interpretamos como una práctica poco seria y de abierto irrespeto a la psicología como disciplina de conocimiento y como profesión; por no decir que a los propios psicólogos comprometidos con el ámbito y los problemas de la salud. Si sobre esas prácticas es que se diseñan nuevas carreras y sus correspondientes planes de estudio —al menos en lo que corresponde al de Psicología de la Salud—, lo único que podríamos decir es que... ¡menudo favor se le hace a psicología! Vale la pena retomar a Ribes, quien a propósito de las universidades en nuestro país señala que:

[...] En la universidad sólo puede enseñarse lo que se hace. De ahí que se tenga que elegir entre una universidad sabia y original, o una universidad repetidora y divulgadora. Para optar por el primer y genuino tipo de universidad es necesario que en ella la prioridad sustantiva sea la investigación, como actividad vinculada a la generación, transformación y reflexión del origen y uso del conocimiento. La universidad sólo puede enseñar en la medida en que investigue y reflexione sobre el conocimiento producido en ella y por otros (Ribes, 2009a; p. 75).

En síntesis, en la Universidad de Sonora se privilegió esa segunda Universidad a la que alude el autor: repetidora y divulgadora, de la que, sin temor a equivocarnos, da pie a prácticas carentes de fundamentos, acrítica y por qué no, poco serias

cuando se trata de diseñar nuevos planes de estudio. Por tanto, podemos concluir afirmando que el plan de estudios sobre Psicología de la Salud 2011-2 está muy lejano de convertirse en un *mito genial*; antes bien, constituye un verdadero *asalto a la razón*; ni más, ni menos.

Bibliografía

- Aguilar-Salinas, C. A., Gómez, R. A. y Gómez, F. J. (2011). La diabetes tipo 2 en México: Principales retos y posibles soluciones. *Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes*, 19, 148-161.
- Alwin, C. M., Spiro, A., Levenson, M. R. y Cupertino, A. P. (2001). Longitudinal findings from the normative aging study: III. Personality, individual health trajectories, and mortality. *Psychology and Aging*, 16, 450-465.
- Amico, K.R., Barta, W., Konkle-Parker, D. J., Fisher, J. D., Cornman, D. H., Shuper, P.A., et al. (2009). The information-motivation-behavioral skills model of ART adherence in a deep South HIV+ clinic sample. *AIDS and Behavior*, 13, 66-75.
- Arredondo, A. (1992). Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *Cadernos de Saúde Pública*, 8, 254-261.
- Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 83, 191-215.
- Bandura, A. (1977b). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Baranowski, T. (2005). Integration of two models, or dominance of one? *Journal of Health Psychology*, 10, 19-21.
- Barquera, S., Campos-Nonato, I., Rojas, R. y Rivera, J. (2010). Obesidad en México: epidemiología y políticas de salud para su control y prevención. *Gaceta Médica de México*, 146, 397-407.
- Bartram, D. y Roe, R. (2005). Definition and assessment in the context of the European diploma in psychology. *European Psychologist*, 10, 93-102.
- Bolger, N. y Zuckerman, A. (1995). A framework for studying personality in the stress process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 890-902.
- Buela-Casal, G. y Castro, A. (2008). La psicología de la salud en España: pasado, presente y futuro. *Mudanças-Psicología da Saúde*, 16, 152-159.
- Burgos, B., López, K. M. y García, C. C. (2010). *Estudio de egresados de la Universidad de Sonora 2009*. Hermosillo, México: Editorial de la Universidad de Sonora.

- Cabrera, G.A. (2004). Teorías y modelos en salud pública del siglo XX. *Colombia Médica*, 35, 184-188.
- Camacho, E. y Vega-Michel, C. (2009). Efectos de diferentes programas de evitación de ruido en inmunoglobulina (IgA) salival en niños. *Psicología y Salud*, 19, 51-61.
- Carpio, C., Díaz, L., Ibáñez, C. y Obregón, F. J. (2007). Aprendizaje de competencias profesionales en psicología: un modelo para la planeación curricular en la educación superior. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 12, 27-34.
- Córdova-Villalobos, J. A., Barriguete-Meléndez, J. A., Lara-Esqueda, A., Barquera, S., Rosas-Peralta, M., Hernández-Ávila, M., et. al. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública de México*, 50, 419-427.
- De la Vara-Salazar, E., Suárez-López, L., Ángeles-Llorenas, A., Torres-Mejía, G. y Lazcano-Ponce, E. (2011). Tendencias de la mortalidad por cáncer de mama en México. *Salud Pública de México*, 53, 385-393.
- Díaz, C. L., Tamez, S. G. y González, M. T. (2009). Programa de la Facultad de Psicología de la UANL para prevención de VIH/SIDA, ITS y embarazo en adolescentes: evaluación sobre los cambios en autoeficacia y conocimientos. En J. Moral (Coord.), *Investigaciones en psicología social, personalidad y salud* (pp. 169-196). México: Consorcio de Universidades de México.
- Díaz-González, E., Landa, P., Rodríguez, M. L., Ribes, E. y Sánchez, S. (1989). Análisis funcional de las terapias conductuales: una clasificación alternativa. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 7, 241-254.
- Delors, J. (1994). “Los cuatro pilares de la educación”. En J. Delors (Ed.), *La educación encierra un tesoro* (pp. 91-103). París: El Correo de la UNESCO.
- Fernández-Ríos, L. (2008). Una revisión crítica de la psicología positiva: historia y conceptos. *Revista Colombiana de Psicología*, 17, 161-176.
- Fernández-Ríos, L. y Novo, M. (2012). Positive psychology: Zeitgeist (or spirit of the times) or ignorance (or disinformation) of history? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 333-344.
- Fisher, J. D. y Fisher, W.A. (1992). Changing AIDS risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111, 455-474.
- Franco, A. (2006). Tendencias y teorías en salud pública. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 24, 109-130.

- Frenk, J., Bobadilla, J. L., Sternn, C., Frekja, T. y Lozano, R. (1991). Elements for a theory of health transition. *Health Transition Review*, 1, 21-38.
- García-Cadena, C. H. y Piña, J. A. (2012). Políticas públicas en materia de salud en México, con especial énfasis en el periodo 1994-2000. *Salud & Sociedad (Investigaciones en Psicología Social y de la Salud)*, 3, 194-209.
- Goldiamond, I. (1974). Toward a constructional approach to social problems. *Behaviorism*, 2, 1-84.
- González-Arratia, N. I., Valdes, J. L. y González, S. (2011). Investigación en resiliencia: ¿Qué hemos aprendido? En J. Moral, J. L. Valdes y N. I. González-Arratia (Eds.), *Psicología y salud* (pp. 157-162). México: Consorcio de Universidades Mexicanas.
- González-Arratia, N. I., Valdes, J. L., van Barneveld, H. O. y González, S. (2012). Resiliencia y factores protectores en menores infractores y en situación de calle. *Psicología y Salud*, 22, 49-62.
- Goldiamond, I. (1974). Toward a constructional approach to social problems. *Behaviorism*, 2, 1-84.
- Guilarte, J.A. (2011). Características epistemológicas del proceso de formación inicial en psicología de la salud. *MEDISAN*, 15, 1664-1673.
- Ibáñez, C. (2007). Problemas de aplicación social del conocimiento disciplinario de la psicología interconductual. *Acta Comportamentalia*, 15, 81-92.
- INEGI (2010). *Mujeres y hombres en México 2010*. México: Instituto Nacional de la Mujer e INEGI.
- Irigoyen, J. J. y Jiménez, M. Y. (1999). Educación: habilidades y competencias. En A. Bazán (Comp.), *Aportes conceptuales y metodológicos en psicología aplicada* (pp. 150-163). Ciudad Obregón, México: Instituto Tecnológico de Sonora.
- Jiménez, J. L. y Piña, J. A. (1996). De la psicología clínica a la psicología y salud: ¿Transición necesaria u obligada? En G. R. Ortiz (Coord.), *Psicología y salud: la experiencia mexicana* (pp. 71-83). Xalapa, México: Universidad Veracruzana.
- Kantor, J. R. (1959). *Interbehavioral psychology*. Chicago, IL: Principia Press.
- Kantor, J. R. y Smith, N.W. (1975). *The science of psychology: An interbehavioral survey*. Chicago, IL: Principia Press.
- Korchin, S. (1976). *Modern clinical psychology*. New York, NY: Norton.
- Kuri-Morales, P. A. (2011). La transición en salud y la demanda de servicios. *Gaceta Médica de México*, 147, 451-454.

- Leventhal, H., Weinman, J., Leventhal, E.A. y Phillips, L.A. (2008). Health psychology: The search for pathways between behavior and health. *Annual Review of Psychology*, 59, 477-505.
- Martínez, A. y Sepúlveda, J. (1994). La investigación biomédica en América Latina: viejos retos, nuevas oportunidades. En B.R. Bloom y A. Cerami (Comps.), *Investigación biomédica para el desarrollo* (pp. 87-102). México: Secretaría de Salud/Fondo de Cultura Económica.
- Martínez-Montañez, O. G., Uribe-Zúñiga, P. y Hernández-Ávila, M. (2009). Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México. *Salud Pública de México*, 51 (Supl. 2), S350-S360.
- Mceachan, R. R., Sutton, S. y Myers, L. B. (2010). Mediation of personality influences on physical activity within the theory of planned behaviour. *Journal of Health Psychology*, 15, 1170-1180.
- Moreno-San Pedro, E. y Gil Roales-Nieto, J. G. (2003). El modelo de creencias de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 3, 91-109.
- Mouret, E. y Ribes, E. (1977). Panorámica de la enseñanza de la psicología en México. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 3, 6-20.
- Munro, S., Lewin, S., Swart, T. y Volmink, J. (2007). A review of health behaviour theories: how useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/AIDS? *BMC Public Health*, 7: 104.
- Noar, S. M. (2007). An interventionist's guide to AIDS behavioral theories. *AIDS care*, 19, 392-402.
- Noar, S. M. y Zimmerman, R. S. (2005). Health behavior theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: Are we moving in the right direction? *Health Education Research*, 20, 275-290.
- Ogden, J. (2003). Some problems with social cognition models: A pragmatic and conceptual analysis. *Health Psychology*, 22, 424-428.
- Osborn, C. Y., Amico, K. R., Fisher, W., Egede, L.E. y Fisher, J. D. (2010). An information-motivation-behavioral skills analysis of diet and exercise behavior in Puerto Rican with diabetes. *Journal of Health Psychology*, 15, 1201-1213.

- Palacios-Mejía, L. S., Lazcano-Ponce, E., Allen-Leigh, B. y Hernández-Ávila, M. (2009). Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 y 2006. *Salud Pública de México*, 51 (Supl. 2), S298-S219.
- Piña, J. A. (2004). La psicología y los psicólogos en el sector salud en México: algunas realidades perturbadoras. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 191-205.
- _____ (2009). Motivación en psicología y salud: motivación no es sinónimo de intención, actitud o percepción de riesgo. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 5, 27-35.
- _____ (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.
- _____ (2011). *Psicología y salud: obstáculos y posibilidades de desarrollo en el siglo XXI* (versión digital). Bogotá: PSICOM Editores.
- _____ (2012a). *Adhesión en personas con VIH: una visión crítica desde la psicología*. Madrid: Editorial Académica Española.
- _____ (2012b). Investigación e intervención en psicología de la salud: un estudio bibliométrico de revistas editadas en México en el periodo 2005-2010. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 4, 37-47.
- _____ (2014) Productividad sobre psicología y salud en México en revistas internacionales editadas en español (2005-2010). *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 19, 68-80.
- _____ (2015a). *Psicología y salud: obstáculos y posibilidades para su desarrollo en el siglo XXI*. Hermosillo, México: Editorial de la Universidad de Sonora.
- _____ (2015b). Un análisis del concepto de resiliencia en la psicología. *Anales de Psicología*, 31, 751-758.
- Piña, J. A., Fierros, L. E., García-Cadena, C. H. e Ybarra, J. L. (2011). Psicología y salud (II). Tendiendo puentes entre la psicología básica y la aplicada: el rol del fenómeno de personalidad. *Pensamiento Psicológico*, 9, 203-212.
- Piña, J. A. y González, M. T. (2010). Un modelo psicológico de adhesión en personas VIH+: modelamiento con ecuaciones estructurales. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 1, 185-206.
- 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.

- Remien, R. H., Exner, T., Kertzner, R. M., Ehrhardt, A.A., Rotheram-Borus, M. J., Johnson, M. O., et. al. (2006). Depressive symptomatology among HIV-positive women in the era of HAART: A stress and coping model. *American Journal of Community Psychology*, 38, 275-285.
- Ribes, E. (1982). *El conductismo: reflexiones críticas*. Barcelona: Fontanella.
- _____. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- _____. (1996). Reflexiones sobre la naturaleza de una teoría del desarrollo del comportamiento y su aplicación. En S. W. Bijou y E. Ribes (Coords.), *El desarrollo del comportamiento* (pp. 267-282). Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara.
- _____. (2000). La psicología y la definición de sus objetos de conocimiento. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 26, 365-382.
- _____. (2005). Reflexiones sobre la eficacia profesional del psicólogo. *Revista Mexicana de Psicología*, 22, 5-14.
- _____. (2006). Competencias conductuales: su pertinencia en la formación y práctica profesional del psicólogo. *Revista Mexicana de Psicología*, 23, 19-26.
- _____. (2008). Educación básica, desarrollo psicológico y planeación de competencias. *Revista Mexicana de Psicología*, 25, 193-207.
- _____. (2009a). La investigación en la universidad pública. *Ciencia*, 2, 70-77.
- _____. (2009b). La psicología como ciencia básica. ¿Cuál es su universo de investigación? *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 1, 7-19.
- _____. (2009c). La personalidad como organización de los estilos interactivos. *Revista Mexicana de Psicología*, 26, 145-161.
- _____. (2011). La psicología: Cuál, cómo y para qué. *Revista Mexicana de Psicología*, 28, 85-92.
- Roca, J. (s/f). *Psicología: una introducción teórica* (Disponible en Internet: <http://www.liceupsicologico.org>) [Retirado el 13 de Agosto de 2010].
- _____. (1996). Desarrollo y causalidad. En S.W. Bijou y E. Ribes (Coords.), *El desarrollo del comportamiento* (pp. 9-29). Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara.
- Rothman, K. I. y Greenland, S. (1998). *Modern epidemiology*. East Washington Square, PA: Lippincott-Raven Publishers.
- Santacreu, J. (1991). Psicología clínica y psicología de la salud: marcos teóricos y modelos. *Revista de Psicología de la Salud*, 3, 3-20.

- Sarver, V.T. (1983). A critical assessment of the Ajzen and Fishbein's theory of reasoned action. *Journal of Theory of Social Behavior*, 13, 155-163.
- Secretaría de Salud (2007). Programa Nacional de Salud 2007-2012. *Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. México: Autor.
- _____ (2011). *Información histórica de estadísticas vitales, nacimientos y defunciones 1893-2010*. México: Autor.
- Secretaría de Salud del estado de Sonora (2011). Perfil estatal Sonora. *Principales causas de muerte 2004-2010*. Hermosillo, Sonora: Autor.
- Smith, T.W. [Editorial Comment] (2011). Toward a systematic, cumulative, and applicable science of personality and health: Lessons from type D personality. *Psychosomatic Medicine*, 73, 528-532.
- Soberón, G. y Álvarez-Manilla, J. M. (1988). *La educación médica frente al desafío salud para todos*. Washington, DC: Organización Mundial de la Salud.
- Starace, F., Massa, A., Amico, K.R. y Fisher, J. D. (2006). Adherence to antiretroviral therapy: An empirical test of the information-motivation-behavioral skills model. *Health Psychology*, 25, 153-162.
- Torres, G. A. (2011). Más allá de la evaluación de las competencias del psicólogo colombiano: necesidad de un modelo de formación básica y común a nivel nacional. *Psychología: Avances en la Disciplina*, 5, 121-133.
- UNESCO (2006). *Informe de la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI*. París: Autor.
- Universidad de Sonora (2004). *Plan de estudios de la licenciatura en psicología*. Hermosillo, México: Autor (Disponible en Internet: <http://www.dcsociales.uson.mx>) [Retirado el 10 de Enero de 2005].
- _____ (2011). *Plan de estudios de la licenciatura en psicología de la salud*. Hermosillo, México: Autor (Disponible en Internet: <http://www.dcsociales.uson.mx>). [Retirado el 15 de Febrero de 2012].
- Vollrath, M., Knoch, D. y Cassano, L. (1999). Personality, risky health behaviour, and perceived susceptibility to health risks. *European Journal of Personality*, 13, 39-50.
- Weinstein, N.D. (2007). Misleading test of health behavior theories. *Annals of Behavioral Medicine*, 33, 1-10.
- Weinstein, N.D. y Rothman, A.J. (2005). Commentary: Revitalizing research on health behavior theories. *Health Education Research: Theory & Practice*, 20, 294-297.

Zanatta, E. y Yurén, T. (2012). La formación profesional del psicólogo en México: trayectoria de la construcción de su identidad disciplinar. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 17, 151-170.

Notas sobre los colaboradores

Leticia Ascencio Huertas: es psicóloga con estudios de licenciatura y maestría en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México; tiene además una especialidad en Psicología de la Salud por la Secretaría de Salud, así como un doctorado en Ciencias Sociales y Administrativas por la Universidad Chapultepec. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) a partir de enero del 2015. Ha participado como autora en cinco libros publicados en editoriales de México y España. Ha publicado diversos artículos en revistas indizadas y arbitradas en el campo de la salud. Es responsable del Área Psicosocial del Servicio de Cuidados Paliativos en el Instituto Nacional de Cancerología y profesora de asignatura en la Universidad del Valle de México (UVM).

Roberto Bueno Cuadra: obtuvo el grado de doctor en Psicología (2002) por la Universidad de San Martín de Porres en Lima, Perú. Recibió el *Premio Nacional de Investigación* (2009) y el Premio Nacional de Psicología (2012), otorgados ambos por el Colegio de Psicólogos del Perú. Es autor de numerosos artículos publicados en revistas arbitradas por pares, tales como *Actualidades en Psicología*, *Cultura*, *LIBERABIT*, *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, *Revista Peruana de Psicología*, *Terapia Psicológica* y *Universitas Psychologica*, entre muchas más. Sus líneas de investigación actuales se ubican en el análisis experimental del comportamiento humano complejo; las aplicaciones de la psicología a la salud y la educación; los problemas teóricos y filosóficos de la psicología (filosofía de la mente y conciencia), y la filosofía de la ciencia en general.

Everardo Camacho Gutiérrez: es doctor en Psicología (Análisis del Comportamiento) por la Universidad de Guadalajara. Recibió el *Premio al mejor Cartel* en el congreso de la Asociación Latinoamericana de Modificación del Comportamiento, y en dos ocasiones el Premio Arrupe por el ITESO al mejor Proyecto de Aplicación Profesional por su impacto en ambientes psiquiátricos.

Durante cuatro años fue coordinador de la Red de procesos psicosociales, clínicos y de la salud (dentro del Sistema Mexicano de Psicología), en colaboración con la doctora Nora Rangel y el doctor Sergio Galán Cuevas; es miembro de la Red de Cuerpos Académicos y Grupos de Investigación en Psicología de la Salud. Fue presidente del 24° Congreso de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta en noviembre de 2014. Ha coordinado en colaboración con otros colegas cuatro libros y colaborado en otros seis con capítulos. Ha publicado 22 artículos arbitrados en revistas como *Pensamiento Psicológico*, *Psicología y Salud*, *Latinoamericana de Medicina Conductual* y *Mexicana de Análisis de la Conducta*, principalmente; sus investigaciones se centran en el comportamiento social y el estrés desde una perspectiva interconductual.

María del Pilar Meza-Rodríguez: es psicóloga clínica con estudios de Maestría en Ciencias en Investigación Clínica y candidata a doctora en Investigación en Medicina (por el Instituto Politécnico Nacional). Tiene siete artículos publicados como autora principal y nueve como coautora, así como nueve capítulos en libros o memorias en extenso. Sus trabajos se enfocan al estudio de los procesos psicológicos que se presentan de manera reactiva en mujeres con cáncer de mama y cérvico-uterino, así como en embarazadas seropositivas al VIH. Es investigadora en el área de Psicología en el Instituto Nacional de Perinatología.

Francisco Morales Calatayud: de nacionalidad cubana, es psicólogo y especialista en Psicología de la Salud (Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, en 1996); obtuvo el grado de doctor en Ciencias de la Salud (1999) por la misma institución, en la que transcurrió la mayor parte de su vida como docente e investigador. Ha sido reconocido con órdenes y distinciones nacionales en su país de origen por su trabajo académico y recibió entre otros el *Premio Anual para el Trabajo Científico de la Salud*. Durante varias décadas ha trabajado en el desarrollo teórico y metodológico de la integración de la psicología a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y su integración como disciplina de conocimiento y profesión en los servicios y sistemas de salud y la formación de recursos humanos para la salud. Ha participado en el diseño y conducción de investigaciones de alcance poblacional, en temas como satisfacción con los servicios de salud, discapacidad y estudios de gemelos. Sus publicaciones incluyen dos libros como único autor (uno de ellos, *Introducción a la Psicología*

de la Salud, con cinco ediciones en tres países), uno como coordinador, tres como miembro de colectivo de autores, siete capítulos en libros y más de 40 artículos en revistas arbitradas. Ha impartido cursos y conferencias sobre psicología de la salud en 15 países, en su mayoría latinoamericanos. Desde 2013 desarrolla una etapa de trabajo en Polo de Salud Comunitaria de Paysandú, Universidad de la República, en Uruguay.

Julio Alfonso Piña López: es psicólogo con estudios de Maestría en Psicología por la Universidad de Sonora (2006). Ha sido profesor-investigador en la Escuela de Psicología de la Universidad de Sonora, donde fungió como responsable del Área de Investigación en Psicología y Salud de 1987 a 1995; fue coordinador de investigación en el Programa Estatal para la Prevención y Control del VIH/sida en Sonora de 2000 a 2003, en tanto que desde 2013 se desempeña como jefe administrativo del Programa de Salud Institucional en la Universidad de Sonora. Ha recibido cinco reconocimientos y premios por su labor de investigación en Sonora; ha publicado 12 libros y más de 100 trabajos (18 capítulos en libros/memorias en extenso y artículos en revistas arbitradas por pares). Su interés profesional se centra en el desarrollo y validación de modelos teóricos para el abordaje de las enfermedades crónicas, transmisibles y no-transmisibles, todo desde una perspectiva interconductual.

Claudia Sánchez-Bravo: cursó estudios de licenciatura en psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México, así como de maestría en Psicología General Experimental con énfasis en Salud (1996-1998) y de doctorado en la misma institución (2004-2007). Actualmente es investigadora nacional Nivel I, desempeñándose en el Instituto Nacional de Perinatología, en problemas de sexualidad humana, disfunciones sexuales y problemas de pareja en los niveles de asistencia, investigación y enseñanza; también se ha enfocado en la prevención, abordaje y detección de indicadores de riesgo del síndrome de desgaste laboral o *Burnout*. Ha concluido 12 proyectos de investigación, publicado 28 artículos como primera autora, 29 como coautora y 17 capítulos en libros.

José Luis Ybarra Sagarduy: es doctor en Psicología por la Universidad de Almería (España). Desde 2005 es miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel I) del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) de México y

cuenta con reconocimiento a perfil deseable para profesores de tiempo completo otorgado por la Subsecretaría de Educación Superior (SEP) de México. Tiene cuatro libros publicados en editoriales de reconocido prestigio de España y México, así como 14 capítulos de libro. Ha publicado más de 20 artículos en revistas arbitradas por pares y cuenta con más de 30 memorias en extenso presentadas en congresos celebrados en España, Estados Unidos, México y Perú, principalmente. Sus intereses se centran en el análisis de la dimensión psicológica en las enfermedades crónicas como la infección por el VIH, la hipertensión y la diabetes.

Psicología y salud: temas selectos para el debate, publicado por la Universidad Autónoma de Tamaulipas y Colofón, se terminó de imprimir en diciembre de 2016, en los talleres de Eddel Graph S.A. de C.V. El tiraje consta de 1 000 ejemplares impresos mediante offset en papel Bond ahuesado de 75 gramos.