

EL PAPEL DEL ANÁLISIS TEÓRICO-CONCEPTUAL EN EL DISEÑO DE INSTRUMENTOS EN PSICOLOGÍA Y SALUD DESDE UN MODELO DE COMPETENCIAS

The role of Theoretical and Conceptual analysis in instruments desining in Health Psychology from a competencial model

Julio Alfonso Piña López
Blanca Margarita Rivera Icedo
*Unidad de Investigación Epidemiológica y Servicios de Salud
Instituto Mexicano del Seguro Social
Hermosillo, México*

RESUMEN

Se revisan diferentes ejemplos de instrumentos de medida que se utilizan en psicología y salud, destacando en éstos una ausencia notoria de criterios teóricos y conceptuales sobre los que se fundó su diseño. Se discute sobre la importancia que el análisis teórico-conceptual tiene como una herramienta fundamental que guía y le da sentido al diseño de instrumentos para el diagnóstico y la intervención en psicología y salud, justificando a lo largo del proceso los tipos de competencias conductuales que se requieren ir entrenando en los estudiantes y los profesionales de la psicología.

Palabras clave: Análisis Teórico-Conceptual, Diagnóstico, Intervención, Psicología y Salud, Competencias.

ABSTRACT

Different examples of measurement instruments that are used in health psychology are reviewed, emphasizing in a notorius absence of theoretical and conceptual criteria about the foundations of this design was based. One discusses on the importance that theoretical and conceptual analysis has as a fundamental tool for guiding and giving sense to the designing instruments for the diagnosis and the intervining in health psychology; arguying throughout the paper the types of behavioural competencies that are required for training in the students and the professionals in psychology.

Key words: Theoretical and Conceptual Analysis, Diagnosis, Intervention, Health Field, Behavioral Competencies.



Correspondencia: Guillermo Prieto 18, Col. Constitución.
Hermosillo, Sonora, C.P. 83150 (México).

Correo electrónico: jpina@salud.gob.mx.

Artículo recibido: 27 de febrero de 2006

Artículo aceptado: 15 de mayo de 2006

Algunos de los objetivos que se pretenden alcanzar en buena parte de los planes y programas de estudio de psicología en nuestro país se pueden resumir de la siguiente manera: a) mediante una serie de asignaturas o cursos se espera que el estudiante se apropie de los conocimientos disciplinarios básicos aportados por las teorías psicológicas; b) una vez en posesión de esos conocimientos, se espera que los incorpore y los relacione con los conocimientos metodológicos, que se supone son relativamente homogéneos, como si se tratara de un conjunto de cánones o prescripciones que hay que seguir de manera rígida y estereotipada, y c) una vez que disponga de ambos, conocimientos teóricos y metodológicos, se espera que al final de su proceso de formación y posterior a ésta los traduzca en propuestas de intervención con el objeto de incidir sobre los problemas sociales (véase Ibáñez, 2004; Ribes, 1989).

Esos objetivos, si se analiza con detenimiento, tienen su origen en una psicología cuyo estatuto como disciplina se limita de manera puntual a la solución de los problemas sociales, que no son otros que el de salud, educación, producción y consumo, ecología e instrucción. Se asume así, tácita o explícitamente, que para la formación de profesionales de la psicología lo único que se requiere es seguir una secuencia causal de hechos que inicia con la enseñanza y el aprendizaje de una teoría, luego con la enseñanza y el aprendizaje de la metodología, y finalmente con la enseñanza y el aprendizaje acerca de cómo “aplicar” el conocimiento psicológico a los problemas sociales (ver Figura 1).

Lo que queda claro hoy en día, es que dicha forma de proceder ha evidenciado no ser la mejor, toda vez que por principio de cuentas se incurre en una serie de errores. En primer lugar, se parte del supuesto de que en los planes y programas de estudio es posible integrar múltiples teorías, las que por lo regular se revisan a ma-

nera de parcelas, privilegiando, según se desprenda de la teoría de que se trate, el estudio de fenómenos como el aprendizaje, la percepción, la memoria, el lenguaje, la inteligencia, la personalidad, la motivación, los sentimientos, las emociones, lo social, etcétera. Se concibe, pues, a lo psicológico como compartimentos que se presume tienen que ver entre sí, y adicionalmente que entre ellos hay plena correspondencia; así, lo mismo se puede hablar en un curso de aprendizaje desde una perspectiva conductual que en otro de inteligencia desde una perspectiva cognoscitivo-conductual, como si en ambas la definición de su objeto de estudio se fundara en los mismos supuestos epistémicos y ontológicos, y en consecuencia, como sí entre ambas hubiera plena correspondencia teórica y conceptual.

En segundo lugar, se parte de la idea de que la teoría y los fenómenos psicológicos de interés se relacionan *vis a vis* con cierto tipo de estrategia o procedimiento metodológico. Sobre el respecto, es frecuente encontrarse con que el fenómeno de la inteligencia se mide a través de pruebas diseñadas *ex profeso*, de igual manera que ocurre con la personalidad y el empleo de instrumentos de medida, que incluyen inventarios y cuestionarios, por mencionar quizá dos de los ejemplos más representativos. Por último, se afirma, sin justificación alguna, que en virtud de que los problemas sociales están ahí a la espera de ser atendidos, será suficiente con que el estudiante o el profesional, armados de un arsenal de técnicas y procedimientos los aborden, los analicen, propongan un plan de intervención, lo instrumenten, y finalmente los resuelvan. Las técnicas y los procedimientos ahora son los que se relacionan *vis a vis* con los problemas, como cuando se afirma que la desensibilización sistemática es al tratamiento de las fobias, como la detención del pensamiento lo es para los comportamientos obsesivos.

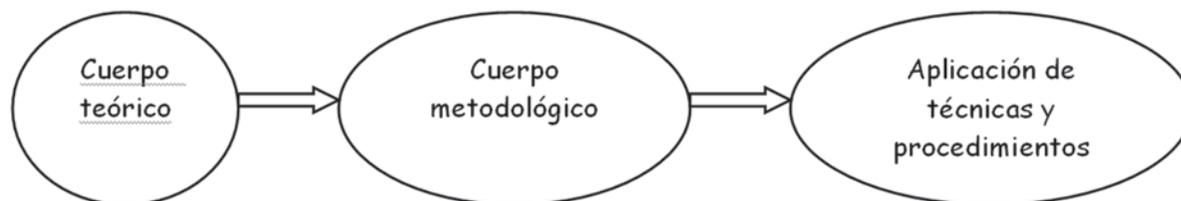


Figura. 1: relación entre los diferentes estadios en la formación profesional tradicional.

Con el propósito de superar este conjunto de errores, se justifica una alternativa para la formación de profesionales de la psicología con base en un modelo basado en competencias. Para ello, en el siguiente apartado se abordarán dos aspectos: uno, analizando qué se entiende por funciones profesionales, tal y como fueron propuestas originalmente por el Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP, 1977, 1978); el otro, analizando la definición de competencias profesionales de acuerdo con los planteamientos expuestos por Ribes (2005).

FUNCIONES PROFESIONALES Y EL MODELO BASADO EN COMPETENCIAS

Para el CNEIP, los psicólogos pueden desempeñar cinco funciones profesionales, a partir de la especificación de la demanda de servicios por parte de individuos o de grupos sociales, en diferentes escenarios y respecto de diferentes problemas sociales; tales funciones son las de diagnóstico, planeación, prevención, intervención e investigación. Hablar de función es hablar de la *capacidad de acción*; también, del *ejercicio de un empleo, facultad u oficio*; asimismo, del *papel desempeñado por una parte del cuerpo social* (Real Academia de la Lengua, 1987).

Si se adopta la primera acepción, la de capacidad de acción, se habría de entender por ésta una aptitud o suficiencia para hacer alguna cosa. Decir que un alumno o un profesional de la psicología es capaz, implicaría hablar de una disposición (Ryle, 1949) a hacer algo a partir de la posibilidad de hacerlo o no. Nótese que en tanto se habla de la posibilidad de, ser capaz se limita a dos opciones, de tal manera que dadas ciertas condiciones se haría o no algo, pero no porque se haya hecho algo antes, sino porque se puede hacer en el futuro de acuerdo con determinados fines y en determinadas circunstancias sociales.

En un sentido opuesto, si se hace referencia a los distintos modos de saber y hacer profesionales, parece más correcto hablar de competencias profesionales, toda vez que ser competente implica que se puede hacer algo porque ya se ha hecho algo antes y porque se tiene el conocimiento de qué es lo que se tiene que hacer (Ribes, 2005). Siendo un término disposicional, al igual que el de capacidad, lo que lo hace diferente de éste, es que en el caso del de competencias se habla de la probabilidad de, no de la posibilidad de (Ryle, 1949).

Decir que un estudiante o un profesional de la psicología son competentes, es equivalente a decir que disponen de los conocimientos teóricos y metodológicos disciplinarios pertinentes a las circunstancias sociales en las que los conocimientos pueden ser potencialmente aplicables (ver Figura 2). Como puede observarse, en ésta se plantea una relación bi-direccional entre los diferentes saberes o competencias. Esta forma de caracterizar la relación en tal forma es importante, entre otras razones, porque a partir de ella se reconoce la necesidad de entender que para incidir profesionalmente sobre los problemas sociales se requieren, como precurrentes necesarias y suficientes, las competencias teóricas y metodológicas.

Empero, se hace la aclaración de que cuando se habla aquí de competencias teóricas no se hace pensando en una teoría psicológica particular que se traslada tal cual y de manera arbitraria al nivel profesional. Nos referimos a un hecho irrefutable cuyo mejor ejemplo se tiene con la teoría del condicionamiento operante de Skinner, de la cual sus principios se trasladaron al nivel profesional, esto es, a lo que convencionalmente se conoce como el nivel “aplicado”, mediante un proceso de conversión *sui generis*: los principios de la conducta se convirtieron de *facto* en técnicas y procedimientos para el cambio conductual (Deitz, 1978; Ribes, 1980, 1982).

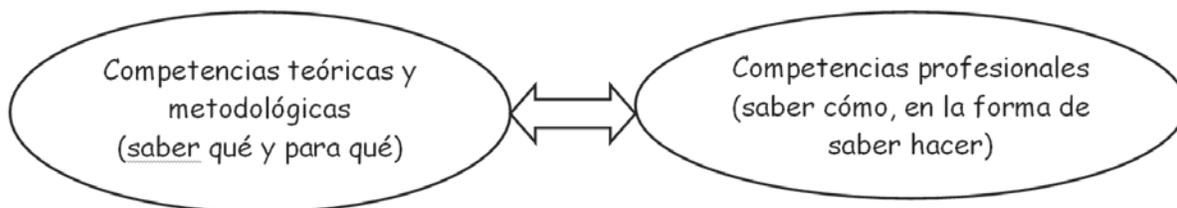


Figura 2: relación entre los distintos tipos de competencias en psicología.

Dicho en otras palabras, las precurrentes teóricas no constituyen un conjunto de principios o enunciados que pasan directamente de un nivel, el básico, a otro nivel, el aplicado. Esto último, aun cuando es moneda corriente tanto en la psicología clínica como en la salud, por mencionar dos casos, no tiene sentido, ya que mientras los principios y enunciados operan mediante un proceso de abstracción de aquellas propiedades que son comunes y compartidas por un conjunto de eventos de interés teórico, el quehacer aplicado nos remite a la identificación de lo singular, único e idiosincrásico (Ribes y López, 1985).

De acuerdo con esta forma de concebir a lo que es común y compartido (fundamento de una teoría de procesos) y a lo que es único, singular e idiosincrásico (fundamento de una teoría de la personalidad), lo que se requiere es identificar el papel de estas última en el contexto de lo que se conoce como el conocimiento psicológico potencialmente aplicable. Retomando a Ribes, su papel sería el siguiente; citaremos en extenso:

Por una parte, se puede ubicar la psicología básica como el cuerpo teórico-experimental dirigido al conocimiento sistemático y comprensión de los fenómenos psicológicos. Por otra parte, se identifican dos cuerpos de intersección con la aplicabilidad del conocimiento científico: uno, tiene que ver con la teoría del desarrollo individual, y otro, con la teoría de la individuación. Ambos tipos de teoría constituyen formas de integración de la teoría de procesos con el análisis empírico (experimental y observacional) del ajuste de los individuos a criterios sociales y culturales específicos. Finalmente, se considera a la psicología aplicada, como un cuerpo teórico de adaptación del conocimiento básico y evolutivo a las circunstancias sociales que definen el uso de técnicas y procedimientos para identificar, formular y evaluar problemas, cuya solución depende de la intervención de y en individuos (Ribes, 2005; pág. 8).

Lo que el autor sostiene en esta cita, es que lo que convencionalmente se ha definido como psicología aplicada, finalmente no es algo que pueda concebirse al margen del conocimiento básico (teórico) y de su metodología (experimental y observacional), así como del conocimiento teórico provisto por las dos teorías interfase (del desarrollo y de la personalidad), como precurrentes que deberían guiar y darle sentido al ejercicio competencial en los ámbitos en los cuales habrá

de aplicarse el conocimiento psicológico a un problema social en el que la dimensión psicológica —el hacer y decir de un individuo— reviste de singular importancia.

Por lo tanto, como apunta Ribes (2005), en este proceso hay que tener presente que se requiere que la definición de las competencias profesionales se corresponda de manera lógica —que haya coherencia y congruencia, pues— con el perfil del profesional que se pretende formar, a partir de la delimitación de los fundamentos teóricos y metodológicos de la disciplina.

Sobre el respecto, piénsese por ejemplo en un plan de estudios en el que se plantea como perfil profesional de egreso que los estudiantes sean competentes para diagnosticar, diseñar e instrumentar programas de evaluación e intervención con el objeto de incidir de manera eficiente sobre un problema social en el que la dimensión psicológica reviste de singular importancia; tal es el caso del nuevo Plan de Estudios de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Sonora, conocido como PEP-2004.

En éste se plantea que la generación y desarrollo de las competencias en el estudiante se conseguirá mediante la delimitación, en los espacios educativos correspondientes¹, de los ámbitos de aplicabilidad del conocimiento psicológico y de los criterios a lograr, para lo cual en uno de los espacios educativos, el de “Instrumentos para el Diagnóstico en Salud”², se tiene como objetivo general el que el estudiante será competente para identificar el concepto y la función del proceso de detección de las interacciones psicológicas (*sic*), que irá acompañado de un objetivo específico en el que se señala que el estudiante será competente para describir las características de que definen y diferencian a los instrumentos de medición que le permitan su uso en las dimensiones psicológicas pertinentes (*sic*).

A este primer espacio educativo, semestres más adelante se le relaciona con otros dos: “Metodología para el Diagnóstico Psicológico” y “Construcción de Instrumentos para el Diagnóstico Psicológico”. En conjunto, son espacios en los que se asegura se conducirá al estudiante a través de un proceso de generación y desarrollo de competencias de menor a mayor nivel de complejidad de acuerdo con la taxonomía propuesta por Ribes y López (1985).

¹ Término que sustituye al de asignatura o materia en el nuevo Plan de Estudios.

² Es un espacio educativo que se conduce en la modalidad de seminario en el III semestre.

EL DISEÑO DE INSTRUMENTOS EN PSICOLOGÍA Y SALUD: SU IMPORTANCIA EN EL DIAGNÓSTICO Y EN EL PROCESO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Se entiende por menor nivel, en el caso que aquí interesa, a las competencias de identificación, en la medida en que simplemente se busca que el alumno relacione un concepto con su descripción, como por ejemplo, cuando se identifica un comportamiento de riesgo para la infección por VIH y se describen las características del comportamiento —la frecuencia con la que se practica, si se usa o no condón cuando se tienen relaciones sexuales con penetración, etcétera—; es un tipo de competencia en la cual el criterio de logro es diferencial y el nivel funcional, contextual. Por otro lado, se entiende por uno mayor a las competencias de construcción de instrumentos, donde ya se precisa del conocimiento metodológico y teórico que servirá de sustento, justamente para su construcción y validación formal, en la cual aparece un doble criterio de logro, efectivo y pertinente, y dos niveles, suplementario y selector, respectivamente.

Con este ejemplo se ha querido ilustrar la manera en la que, en el nuevo Plan de Estudios de la Licenciatura en Psicología, se señala se generarán las competencias básicas que en semestres más avanzados permitirán que el estudiante sea competente para: a) identificar y evaluar el problema social sobre el que se pretende incidir —cuál es el problema, identificar la dimensión psicológica implicada en el problema, cómo se define ésta, identificar sus características funcionales, etcétera—; b) diseñar e instrumentar un plan de intervención —qué y cómo habrá de medirse o evaluarse, qué elementos habrán de considerarse, es decir, el usuario, otras personas significativas, la situación interactiva que define el problema, etcétera—; c) especificar el (los) criterio (s) que caracterizarán la relación entre el problema y el plan de intervención —a partir de qué elementos se considerará se ha cumplido satisfactoriamente con los criterios de logro, esto es, los que definirán que un problema se ha prevenido o se ha resuelto de manera eficiente—, fundamentalmente (cfr. Díaz-González y Carpio, 1996; Ribes, 2005; Rodríguez y Landa, 1996)

Una vez resumidas las lógicas que subyacen a las dos formas de abordar los problemas sociales, la psicología aplicada tradicional y la psicología potencialmente aplicable con base en el modelo de competencias, en el siguiente apartado revisaremos algunos de los ejemplos típicos que servirán para ejemplificar lo que se ha hecho antes y lo que no debería hacerse con relación al diseño de instrumentos para apoyar las funciones de diagnóstico e intervención en psicología y salud.

En los últimos 20 años el diseño de instrumentos se ha convertido en una actividad sustantiva en el subcampo de conocimiento conocido como psicología y salud. Si bien es cierto que cuando se habla de instrumentos de inmediato se vienen a la “mente” aquellos cuyo formato es de papel y lápiz y que se asegura tienen el propósito de medir o evaluar factores o variables psicológicas que guardan relación estrecha con el estado de salud o enfermedad en el que se encuentran los individuos, no hay que olvidar que un sistema de registro observacional del comportamiento o bien un sistema computarizado, también constituyen modalidades de instrumentos, aunque ciertamente utilizados con menor frecuencia (véase Hernández-Pozo, 1998; Ibáñez, 1999; 2002; Santacreu y García, 2000).

Respecto de los primeros, esto es, de los instrumentos de papel y lápiz, diferentes autores han destacado la importancia de conocer algunas características metodológicas que deberían tenerse en cuenta al momento de su diseño. Destacan, entre otras, el cuidado en la formulación y estandarización de preguntas y respuestas, así como el tipo de escalas de medición a utilizar (Anguera, 2002; López, 2005); el contexto de la relación entre los estímulos y el reporte verbal, o bien el empleo de una aproximación multirasgo-multimétodo (Corral, 1999); finalmente, el papel del tratamiento estadístico de los datos (Casas, Repullo y Donado, 2003; Corral, Frías y González, 2001a y 2001b; Palmer, Graham, Taylor y Tatterson, 2002; Silva, 1998).

Sin restar importancia a dichas características, también se ha subrayado el papel del análisis teórico y conceptual en el diseño de instrumentos (i.e., Corral, 1995; Martínez y Moreno, 2002; Moreno, Martínez y Chacón, 2000; Piña, 2003a, Piña, Molina y Cota, 2005; Piña, Corrales, Mungaray y Valencia, 2006). En términos generales, hay plena coincidencia de que el proceso de elaboración de instrumentos debería iniciar con la definición precisa del concepto a medir o evaluar, cuidando su correspondencia con los modelos o teorías en los que ese concepto se inserta.

Aquí se parte del entendido de que el primer paso que debería plantearse el investigador desde el momento mismo en el que se hace una o más preguntas de investigación, es el de justificar éstas a partir de una

teoría o un modelo. Si se considera que todos los hechos son hechos conceptuales (Hanson, 1985), carece de sentido argumentar que una investigación no requiere apoyarse en una teoría o un modelo, y en consecuencia, que se puede pasar por alto la delimitación y definición de los conceptos que sirven como referentes de lo que se pretende investigar; algunos ejemplos sobre lo que aseguramos no debería hacerse nos permitirán ilustrar sobre el respecto, de los cuales en la parte final se abundará en sus comentarios.

El primero corresponde a una investigación en la que los autores se propusieron explorar las creencias y los conocimientos en torno del sida en una muestra de adolescentes (véase de León, Pelcastre y Rojas, 1999). En el apartado de método, se señala que se diseñó *ex profeso* un instrumento en la modalidad de cuestionario, conformado por seis apartados y 130 preguntas, que incluían conocimientos, mitos, prácticas sexuales y autoestima. Pues bien, si el lector se toma la molestia de revisar los apartados de introducción, método y discusión, en ninguno encontrará referencia alguna acerca de qué significa cada uno de los conceptos centrales en la investigación, mucho menos su apoyo en una teoría o en un modelo. Es decir, los autores simple y sencillamente retomaron unos conceptos, los tradujeron en forma de preguntas, las plasmaron en un cuestionario, analizaron los datos en términos estadísticos y, por supuesto, los interpretaron. Lo interesante del asunto, sin embargo, es que en el apartado de discusión se leen cosas como las siguientes; se citará en extenso:

... Si se aúna a estas percepciones la creencia de que el placer únicamente se obtiene a través de la penetración —lo que se traduce en un desconocimiento en un sentido amplio de otras prácticas sin riesgo—, entonces la práctica de los adolescentes queda reducida considerablemente aun antes de ejercerla. En ese sentido, es necesario fortalecer las acciones que permitan reconocer otras formas de disfrutar igualmente de la sexualidad, de manera que se evite la formación de actitudes y atribuciones negativas en torno de la sexualidad... La educación para la salud no sólo implica a transmisión de datos técnicos que poca ayuda reportan a los adolescentes; es necesaria una visión integral donde se les brinden alternativas de información, se acabe con los mitos y se genere un diálogo abierto, libre de prejuicios y en un ambiente de confianza (de León, Pelcastre y Rojas, 1999; pág. 41).

Ahora, si el lector se toma la molestia de leer entre líneas esta cita textual y la contrasta con el título del trabajo y lo que se dice a lo largo de éste, se encontrará que no sólo se adolece de la definición de los conceptos centrales —conocimientos y creencias—, sino que adicionalmente se vuelve notoria una seria confusión, toda vez que los autores utilizan al de creencias como un concepto equivalente al de mito, y luego se le iguala con el de actitudes, como si los tres conceptos hicieran referencia a la misma y única cosa. ¿Qué significan las creencias? ¿Pueden definírseles en términos psicológicos? ¿Cómo se diferencian las creencias de los mitos y de las actitudes? ¿Qué papel juegan en la descripción, explicación y/o predicción de las prácticas sexuales? Cuatro preguntas que, al menos por lo que hace a este trabajo, no tienen respuesta.

Un segundo ejemplo lo tenemos con un trabajo realizado por Teva, Bermúdez, Hernández-Quero y Buena-Casal (2004), para el cual se plantearon dos objetivos específicos: a) evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en una muestra de pacientes que viven con VIH/sida, y b) determinar posibles diferencias en la calidad de vida relacionada con salud física y mental en función de variables como el sexo, el estadio clínico y otras medidas biológicas. Para cumplir con ambos objetivos se utilizó el cuestionario MOS-HIV, que evalúa la calidad de vida relacionada con la salud en personas que viven con VIH/sida; el cuestionario incluye 35 preguntas, agrupadas en 11 escalas, dentro de las cuales destacan la de percepción de la salud en general, dolor, funcionamiento físico, de rol y social, salud mental y energía, principalmente (véase Wu, Rubin, Mathews, Ware, Brysk y Hardy, 1991).

De acuerdo con los resultados expuestos por los autores, en términos generales se señala que se encontraron diferencias significativas en la calidad de vida relacionada con la salud física en aquellos pacientes que se infectaron por prácticas homosexuales (*vs.* los que lo hicieron vía el consumo de drogas intravenosas), así como entre los que se ubicaban en un estadio clínico asintomático (*vs.* los sintomáticos y los declarados con sida como tal). Destaca, por último, el hecho de que no se encontraron diferencias significativas en la escala de calidad de vida relacionada con salud mental.

Ahora bien, en una revisión general del trabajo, se ha de mencionar que no se encontró ninguna definición del concepto de calidad de vida, aunque lo que sí se encontró fue lo siguiente; se citará en extenso:

... El área más ampliamente investigada actualmente es la salud. Por lo tanto, es importante realizar una distinción entre calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud. La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto más descriptivo cuyo interés se concentra en todo aquello relacionado con el estado de salud, con lo cual relaciona la calidad de vida con el concepto de enfermedad... La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto multidimensional que debe abarcar el funcionamiento físico, los síntomas físicos relacionados con la enfermedad o su tratamiento, los factores psicológicos y los aspectos sociales... (Teva, Bermúdez, Hernández-Quero y Buela-Casal, 2004; pág. 112).

Una primer pregunta que se tendría que hacer es si el concepto de calidad de vida, al margen de que se hable de su naturaleza multidimensional, puede ser analizado en términos psicológicos; de asegurar que sí se puede (i.e., Fernández-Ballesteros, 1998; González, Fernández, García, Soler, Arce y Cueto, 2002; Grau, 1998; Padierna, Fernández y González, 2002), lo menos a lo que se estaría obligado es a definirlo, porque si parte del supuesto de que el paciente es quien debe emitir un juicio perceptivo sobre su calidad de vida, y este juicio es lo que define a lo psicológico, luego entonces parece que tal definición es insuficiente, limitándose así una caracterización y comprensión de lo psicológico. Dicho en otras palabras, lo psicológico no se limita a lo que un paciente “percibe” con relación a su estado de salud o de enfermedad en un momento y en una circunstancia particular; lo psicológico incluye procesos, estados y resultados, y en la medida en la que éstos —a partir de tener claro cuál es la función lógica que cumple cada concepto— sean incorporados, se podría empezar a hablar de algo a lo que convencionalmente se llama lo psicológico; el siguiente paso, se insiste, sería analizar la pertinencia del concepto de calidad de vida a partir de su dimensión psicológica (véase Carpio, Pacheco, Flores y Canales, 2000).

Finalmente, se tiene un tercer ejemplo. Éste corresponde a un trabajo realizado por León, Kai y Cruz (2002), que se planteó con el objeto de conocer las principales emociones y sentimientos que influyen en la ingesta de alimentos, así como la razón por la que se ingieren en exceso. De acuerdo con lo que se lee en el apartado de método, los autores señalan que se utilizaron cuestionarios diversos que recogían información sobre datos generales, así como dos preguntas de opción múltiple para identificar si los participantes

comían o no en exceso cuando experimentaban diferentes emociones o sentimientos (*sic*) —tristeza, enojo, preocupación, alegría, tranquilidad y aburrimiento, entre otros— y las razones para hacerlo una vez que experimentaban ambas.

Por su parte, en el apartado de discusión las autoras comentan lo siguiente; se citará en extenso:

... El propósito de este estudio se cumplió al haber sido posible conocer las principales emociones y sentimientos que influyen en la ingesta excesiva de alimentos en la muestra utilizada, así como la razón de la misma al experimentar dichas emociones y sentimientos, por lo que se pudo comprobar lo confirmado por estudiosos del tema... para los cuales las personas que comen en exceso, o consumidores compulsivos, se caracterizan por la sensación de descontrol y dependencia que existe en las personas con una autoestima adecuada, quienes comen mucho por placer... Los resultados arrojan datos interesantes para futuros estudios e intervenciones que contribuyan a entender la problemática de comer del exceso de peso, ya sea en el nivel de la prevención o de tratamiento integral (León, Kai y Cruz, 2002; pág. 265-266).

Respecto del trabajo, a lo largo del apartado de introducción los autores justifican la importancia de las emociones y de los sentimientos con relación a la conducta de comer en exceso, aunque en ningún momento presentan una definición de ambas variables, mucho menos plantean si existen o no diferencias conceptuales en aquellas. De hecho, en el mismo apartado se observa una contradicción importante, pues mientras que en un párrafo ambas son concebidas como procesos que aportan experiencias a la vida mental de cada persona en particular (*sic*), en otra parte se les concibe como estados pasivos y vividos directamente como agradables o desagradables acompañados por la percepción de cambios orgánicos o corporales a veces muy intensos (experiencia emocional)(*sic*). Claro está, que las emociones o los sentimientos no pueden ser procesos y estados a la misma vez, puesto que los primeros incluyen conceptos que permiten identificar cambios temporales entre dos estados, la interacción continua entre variables o las transiciones de estados a interacciones, mientras que los conceptos de estado identifican condiciones iniciales o terminales de cambio que tienen lugar por la acción de diferentes variables definidas en la forma de procesos (Ribes, Moreno y Padilla, 1996).

En consecuencia, en el trabajo no se precisa a qué cosa se refieren los autores cuando hablan de emociones y sentimientos. En virtud de que la sustancia del trabajo no está clara, resulta extremadamente difícil interpretar los resultados apelando al hecho de que ambas variables pueden ser tratadas como si fueran de la misma cosa. Aquí, por ejemplo, es pertinente comentar, de acuerdo con Ryle (1949), que cuando uno se refiere a la “emotividad” —o emociones, en un sentido tradicional—, en ésta se incluyen al menos cuatro componentes: a) motivaciones; b) estados de ánimo; c) conmociones, y d) sentimientos, aclarando que los tres primeros no son actos ni estados, sino propensiones, en tanto que los sentimientos son acontecimientos. En ese sentido, emociones y sentimientos no son la misma cosa, de tal suerte que no pueden evaluarse ambas como si se tratara de un mismo concepto que agrupa expresiones que en el lenguaje ordinario tienen que ver con enojo, molestia, ira, calma, tranquilidad, reposo, etcétera.

Pues bien, ¿qué tienen en común esos tres trabajos? En primer lugar, que priva una ausencia de definición de los conceptos centrales, lo cual conlleva a una confusión acerca de qué es lo que los autores quieren decir cuando hablan de creencias, calidad de vida, emociones y sentimientos; pero, sobre todo, en el marco de qué teoría o modelo psicológicas se inscriben esos conceptos. En segundo lugar, con relativa independencia de que los autores hayan utilizado los procedimientos apropiados para el análisis estadístico de las variables de interés, no se pueden extraer conclusiones en las que se afirma que, a partir de los resultados obtenidos, se estará en una inmejorable posición para diseñar e instrumentar programas de intervención, en sus modalidades preventiva o de rehabilitación (Piña, 2003b).

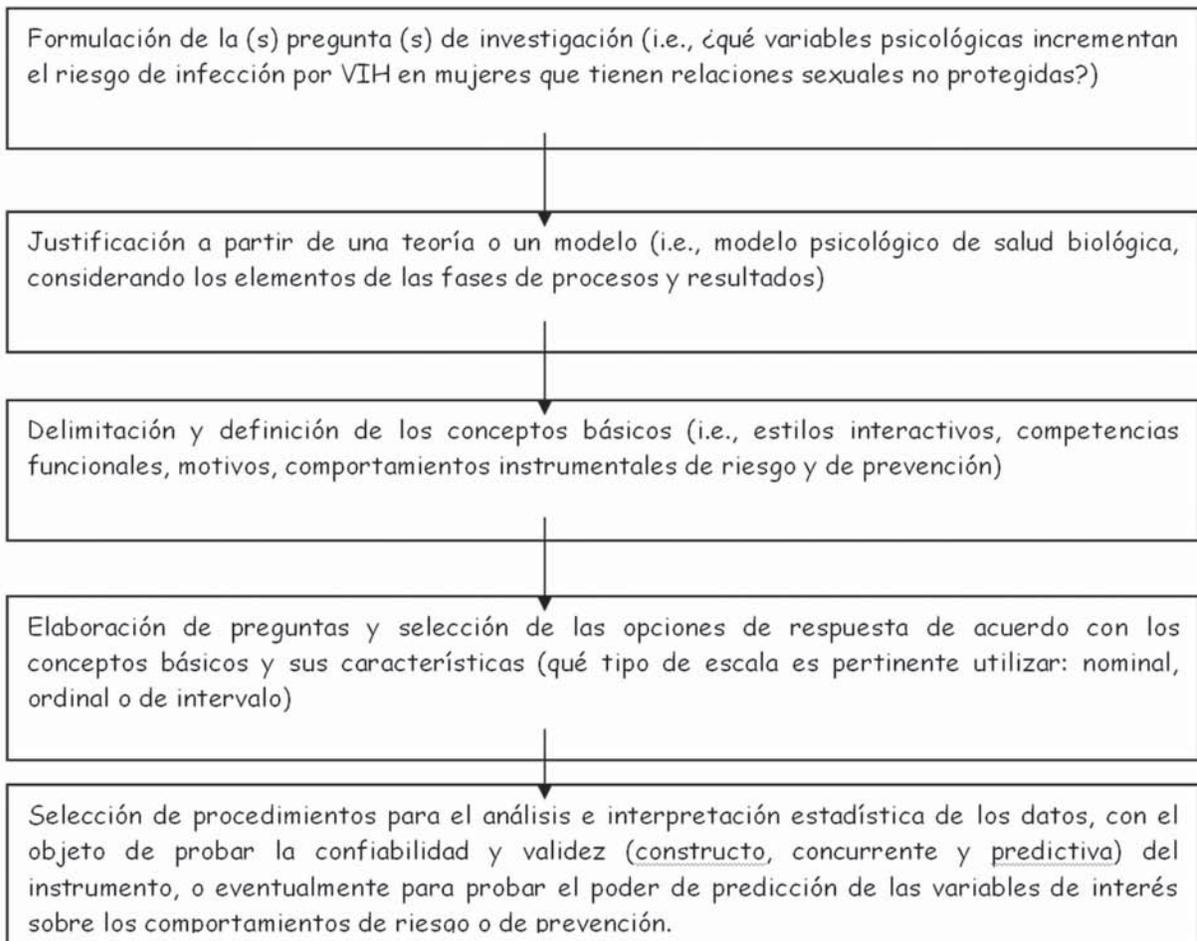
Si bien es cierto que no se pone en tela de duda el legítimo interés de los autores por conducir investigaciones cuyo objetivo final tenga que ver con lo anotado en la parte final del párrafo anterior, también lo es que hay serias dudas de que, una vez identificados algunos problemas conceptuales básicos, los resultados de esas investigaciones puedan dar lugar a conclusiones como

las que arriban los autores. Ésta es, a nuestro modo de ver las cosas, una práctica recurrente en el contexto de la relación entre la psicología y los ámbitos clínico y de salud.

Es preciso, por lo tanto, si se piensa en lo que ocurre en las escuelas de psicología de nuestro país, que no sólo se entrene a los estudiantes en el uso de los métodos y procedimientos relacionados con el diseño, administración y análisis estadístico de instrumentos de medida diversos, como si éstos no tuvieran nada que ver con los fundamentos teóricos y con la definición rigurosa de los conceptos que en ellos se emplean. A partir de lo hasta aquí escrito, esto último se conseguirá hasta en tanto deje de concebirse la formación de los estudiantes en función de los estrechos límites que impone la enseñanza y el aprendizaje lineal y causal de la teoría y la metodología, y posteriormente del empleo de las técnicas y los procedimientos para el cambio conductual.

Formar estudiantes competentes implica dotarlos de las herramientas teóricas y conceptuales que le den sentido a lo que se dice y hace en cualesquier ámbito. Enseñarlos a reconocer qué conceptos son psicológicos o no, qué conceptos son pertinentes o no en determinado ámbito, qué conceptos pertenecen a qué categoría (referidos a eventos, clases de eventos, estados o procesos, por ejemplo), entre otras cosas, supone la enseñanza y el aprendizaje en el uso eficiente de los conceptos que ampararán la actividad de investigación, en una primera instancia, y de intervención, en un segundo momento (ver Tabla 1).

En consecuencia, la evaluación de la eficacia de las competencias en el ámbito que aquí se ha abordado debería ser consecuencia natural de lo que se enseña y aprende en el proceso de formación de los alumnos; si no se hace en estos términos, la psicología seguirá el mismo derrotero que ha marcado su propio destino: el de una disciplina orientada a la solución de problemas para los que, por las razones aludidas a lo largo del trabajo, no cabrá la posibilidad de entender por qué las personas se comportan de tal o cual manera y, por tanto, de predecir qué tan probable es que lo hagan de tal o cual manera en determinada circunstancia social.



REFERENCIAS

- Anguera, M.T. (2002). Hacia una evaluación de la actividad cotidiana y su contexto: ¿presente o futuro para la metodología? En A. Bazán y A. J. Arce (Eds.), *Estrategias de evaluación y medición del comportamiento en psicología* (pp. 12-86). México: ITSON/ Universidad Autónoma de Yucatán.
- Carpio, C., Pacheco, V., Flores, C. y Canales, C. (2000). Calidad de vida: un análisis de su dimensión psicológica. *Revista Sonorense de Psicología*, 14, 3-15.
- Casas, J., Repullo, J.R. y Donado, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (II). *Atención Primaria*, 31, 592-600.
- CNEIP (1977). Recomendaciones generales para la planeación de la enseñanza de la psicología en México. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 3, 21-24.
- CNEIP (1978). Definición del perfil profesional del psicólogo mexicano, taller de Jurica, marzo de 1978. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 4, 6-9.
- Corral, V. (1995). Modelos de variables latentes para la investigación conductual. *Acta Comportamental*, 3, 171-190.
- Corral, V. (1999). Condiciones que incrementan la precisión de los reportes verbales del comportamiento. *Revista Latina de Pensamiento y Lenguaje*, 7, 107-124.
- Corral, V., Frías, M. y González, D. (2001a). *Análisis cuantitativo de variables manifiestas*. Colección Textos Académicos, No. 11. Hermosillo, México: Editorial UNISON.
- Corral, V., Frías, M. y González, D. (2001b). *Análisis cuantitativo de variables latentes*. Colección Textos Académicos, No. 13. Hermosillo, México: Editorial UNISON.

- Deitz, S.M. (1978). Current status of applied behavior analysis. Science versus technology. *American Psychologist*, 33, 805-814.
- De León, V., Pelcastre, B. y Rojas, J. (1999). Exploración de las creencias y conocimientos en torno al SIDA en una población de adolescentes. *Psicología y Salud*, 13, 55-62.
- Díaz-González, E. y Carpio, C. (1996). Criterios para la aplicación del conocimiento psicológico. En J.J. Sánchez Sosa, C. Carpio y E. Díaz-González (Comps.), *Aplicaciones del conocimiento psicológico* (pp. 39-49). México: UNAM/Sociedad Mexicana de Psicología.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of life: The differential conditions. *Psychology in Spain*, 2, 57-65.
- González, A., Fernández, C., García, G., Soler, J., Arce, C. y Cueto, J. (2002). Quality of life parameters in terminal oncological patients in a home care unit. *Psychology in Spain*, 6, 68-76.
- Grau, J. (1998). Calidad de vida: problemas actuales en su investigación. *Boletín de la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud*. En Internet: www.geocities.com/alapsacol/art02.html [accedido el 13/10/2004].
- Hanson, N.R. (1985). *Patrones de descubrimiento. Observación y explicación*. Madrid: Alianza Universidad.
- Hernández-Pozo, R. (1998). Empleo de pruebas de ejecución computarizadas para la evaluación de estilos conductuales, conducta inteligente y factores de riesgo para problemas de salud. En V.M. Alcaráz y A. Bouzas (Coords.), *Las aportaciones mexicanas de la psicología* (pp. 771-787). México: UNAM/Universidad de Guadalajara.
- Ibáñez, C. (1999). El diagnóstico de aptitudes funcionales y competencias para el aprendizaje escolar. Una alternativa para la selección de aspirantes al nivel de educación superior. En A. Bazán (Comp.), *Aportes conceptuales y metodológicos en psicología aplicada* (pp. 93-121). México: ITSON.
- Ibáñez, C. (2002). Prueba de aptitudes y competencias para el aprendizaje escolar en el nivel de educación superior (PACES). En A. Bazán y A.J. Arce (Eds.), *Estrategias de evaluación y medición del comportamiento en psicología* (pp. 305-336). México: ITSON/Universidad Autónoma de Yucatán.
- Ibáñez, C. (2004). La planeación del currículo universitario basado en competencias conductuales. En J.J. Irigoyen y M.Y. Jiménez (Coords.), *Análisis funcional del comportamiento y educación* (pp. 140-158). Hermosillo, México: Editorial UNISON.
- León, D., Kai, A.E. y Cruz, M.H. (2002). Relación entre el comer en exceso y el manejo de las emociones: una experiencia con estudiantes. *Psicología y Salud*, 12, 261-267.
- López, J.A. (2005). Ítems politómicos vs. ítems dicotómicos: un estudio metodológico. *Anales de Psicología*, 21, 339-334.
- Martínez, R.J. y Moreno, R. (2002). Integración de teoría sustantiva, diseño de pruebas y modelos de análisis en la medición psicológica. En A. Bazán y A.J. Arce (Eds.), *Estrategias de evaluación y medición del comportamiento en psicología* (pp. 87-119). México: ITSON/Universidad Autónoma de Yucatán.
- Moreno, R., Martínez, R.J. y Chacón, S. (2000). *Fundamentos metodológicos en psicología y ciencias afines*. Madrid: Pirámide.
- Padierna, C., Fernández, C. y González, A. (2002). Calidad de vida en pacientes oncológicos terminales, medida con el QL-CA-AFEX. *Psicothema*, 14, 1-8.
- Palmer, R.F., Hardy, J.W., Taylor, B. y Tattersson, J. (2002). Construct validity in health behavior research: Interpreting latent variable model involving self-report and objective measures. *Journal of Behavioral Medicine*, 25, 525-550.
- Piña, J.A. (2003a). Validación de un instrumento para medir competencias conductuales e personas VIH positivas. *Salud Pública de México*, 45, 293-297.
- Piña, J.A. (2003b). Uso y abuso del análisis cuantitativo en la investigación psicológica. *Enseñanza e Investigación e Psicología*, 8, 349-361.
- Piña, J.A., Corrales, A.E., Mungaray, K. y Valencia, M.A. (2006). Instrumento para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH (VPAD-24). *Revista Panamericana de Salud Pública*, 19, 217-228.
- Piña, J.A., Molina, C. y Cota, M. (2005). Validación de un instrumento que mide variables psicológicas y comportamientos de riesgo/prevenición relacionados con el VIH/sida. En P. Vera-Villaroel y L.A. Oblitas (Comps.), *Manual de escalas y cuestionarios iberoamericanos en psicología clínica y de la salud* (capítulo 13, versión electrónica). Bogotá: PSICOM Editores.
- Ribes, E. (1980). Consideraciones metodológicas y profesionales sobre el análisis conductual aplicado. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 6, 89-102.

- 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.
- Ribes, E. (1989). La psicología: algunas reflexiones críticas sobre su qué, su por qué, su cómo y su para qué. En J. Urbina (Comp.), *El psicólogo: formación, ejercicio profesional y prospectiva* (pp. 847-860). México: UNAM.
- Ribes, E. (2005). Reflexiones sobre la eficacia profesional del psicólogo. *Revista Mexicana de Psicología*, 22, 5-14.
- Ribes, E. y López, F. (1985). *Teoría de la conducta: un análisis de campo y paramétrico*. México: Editorial Trillas.
- Ribes, E., Moreno, R. y Padilla, A. (1996). Un análisis funcional de la práctica científica: extensiones de un modelo psicológico. *Acta Comportamentalia*, 4, 205-235.
- Real Academia de la Lengua (1987). *Diccionario de la Lengua Española*. Barcelona: Ediciones Océano.
- Rodríguez, M.L. y Landa, P. (1996). El análisis contingencial: una nueva orientación para la psicología aplicable. En J.J. Sánchez Sosa, C. Carpio y E. Díaz-González (Comps.), *Aplicaciones del conocimiento psicológico* (pp. 51-67). México: UNAM/Sociedad Mexicana de Psicología.
- Ryle, G. (1949). *The concept of mind*. New York: Barnes and Noble.
- Santacreu, J. y García, O. (2000). La utilización de test comportamentales informatizados en el estudio de la personalidad: la evaluación de la persistencia. *Psicothema*, 12, 93-98.
- Silva, A. (1998). *La investigación asistida por computadora*. México: UNAM.
- Teva, I., Bermúdez, M.P., Hernández-Quero, J. y Buela-Casal, G. (2004). Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH. *Terapia Psicológica*, 22, 111-121.
- Wu, A.W., Rubin, H.R., Mathews, W.C., Ware, J.E., Brysk, L.T. y Hardy, W.D. (1991). A health questionnaire using 30 items from the Medical Outcomes Study. Preliminary validation in persons with early HIV infection. *Medical Care*, 29, 786-798.

