



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

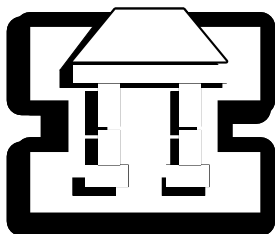
SALUD Y PERSONALIDAD: LA PROPUESTA
INTERCONDUCTUAL

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
OSCAR HUGO AGUILAR HERNÁNDEZ

DIRECTORA:
DRA. PATRICIA LANDA DURÁN

ASESORES:
DR. JOSÉ DE JESÚS VARGAS FLORES
DR. ALFONSO VALADEZ RAMÍREZ





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mi esposa, por que todo empieza y termina en ella;
por su nobleza, inteligencia, perspicacia y desesperante terquedad.
Gracias por todo, Karina. Te amo.

A mi hija Fernanda, que gracias a Dios heredó la belleza e inteligencia de su madre,
por colmarme de emoción como jamás nunca nadie con sólo decir
“Te Quiero Mucho”.

A mi hijo Oscar Isaac, por dedicarme cada mañana al despertar
la más franca, pícara, honesta y sublime de las sonrisas.

A mi padre, por ser siempre el más duro y severo de mis críticos,
y el mejor de mis amigos.

A mi madre, por ser siempre ejemplo de nobleza y entereza;
por que jamás he encontrado amiga mejor que ella.

A mi hermano, por tener el valor para luchar por lo que quiere,
aún cuando nadie concuerde con sus métodos y motivos.

A mi hermana, compañera y cómplice leal de
juegos, fiestas, tristezas y alegrías;
por estar ahí cuando más lo necesité.

A todos ellos por su apoyo incondicional,
por “la paciencia de tolerarme las espinas
más agudas, los arrebatos del humor,
la negligencia, las vanidades,
los temores y las dudas...”

Es mi deseo agradecer sinceramente a la familia Mendoza Pérez por todo el apoyo recibido
para la realización de este trabajo.

Por último, pero no por eso menos importante, un agradecimiento y reconocimiento
enormes a la Dra. Patricia Landa Durán, por su infinita tolerancia a la frustración. De
verdad Paty, muchas, muchas gracias.

“...entrar a la iglesia, ponerme en rodillas,
más no arrepentido, sólo agradecido
por toda la libertad para hacer
bien o mal mi vida...”

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1 PSICOLOGÍA DE LA SALUD	16
1. 1. MEDICINA PSICOSOMÁTICA	19
1. 2. PSICOLOGÍA MÉDICA	20
1. 3. MEDICINA CONDUCTUAL	21
1. 4. SALUD CONDUCTUAL	23
1. 5. PSICOLOGÍA DE LA SALUD	23
CAPITULO 2 EL ESTUDIO PSICOLÓGICO DE LA SALUD: LA PROPUESTA INTERCONDUCTUAL	25
2. 1. EL MODELO PSICOLÓGICO DE LA SALUD	27
2. 2. EL MODELO INTERCONDUCTUAL	35
CAPITULO 3 LA TEORÍA INTERCONDUCTUAL DE LA PERSONALIDAD	43
3. 1. DEFINICIONES DE PERSONALIDAD	43
3. 2. SIGMUND FREUD	44
3. 3. ERIC ERIKSON	46
3. 4. GORDON ALLPORT	48
3. 5. B. F. SKINNER	51
3. 6. ALBERT BANDURA	55
3. 7. ABRAHAM MASLOW	58
3. 8. CARL ROGERS	62
3. 9. LA TEORÍA INTERCONDUCTUAL DE LA PERSONALIDAD	68

CAPITULO 4 EL INVENTARIO DE ESTILOS INTERACTIVOS: REDUCCIÓN DE CONFLICTO (I. E. I. R. C.)	73
CONCLUSIONES	77
ANEXO	82
REFERENCIAS	95

RESUMEN

A lo largo de toda su historia la Psicología ha tenido que sortear varios obstáculos para poder ser considerada una ciencia, entre ellos el no tener bien definido y delimitado su objeto de estudio. La consecuencia directa de esto, ha sido la utilización de conceptos provenientes de otras disciplinas científicas para precisar y detallar dicho objeto de estudio. El resultado de esta combinación ha sido una enorme falta de especificación con respecto a la aplicación de los conocimientos psicológicos en las diferentes áreas de crecimiento y desarrollo humanos, siendo la salud el área donde más claramente se ha podido observar esta falta de especificación, particularmente en lo que se refiere a la relación existente entre salud y personalidad.

Por ello, basándose en la Teoría Interconductual, el objetivo del presente trabajo fue proponer el Inventario de Estilos Interactivos: Reducción de Conflicto (I. E. I. R. C.) como una línea de investigación alternativa que permita abordar desde una muy singular perspectiva la relación entre personalidad y salud, concluyendo que el objeto de estudio de la Psicología es el conjunto de interacciones que se construyen entre el individuo y su medio físico, biológico y social; y que el uso de este inventario en el ámbito de la salud podría demostrar que la forma en que cada individuo encare ciertas situaciones de conflicto es única y diferente con respecto a cualquier otra; predecir la(s) manera(s) en cómo el organismo de un individuo se podría ver afectado debido a forma en como éste se enfrente a dichas situaciones; confirmar las situaciones bajo las cuales se presenta una mayor o menor vulnerabilidad a las enfermedades; dar pauta para la creación, desarrollo y/o implementación de estrategias de intervención tanto a nivel preventivo como terapéutico; pero sobre todo permitiría al psicólogo aplicado identificar, delimitar y definir con precisión los aspectos de su competencia en la problemática global de la salud.

INTRODUCCIÓN

La ciencia en general es la actividad mediante la cual obtenemos un conocimiento ordenado, analítico y abstracto de los fenómenos naturales y/o eventos sociales que ocurren en el ambiente donde nos desarrollamos (Kantor, 1978; en Landa, 1996; Marx y Hillix, 1992). Su quehacer principal consiste en extraer las propiedades comunes que caracterizan a los objetos o eventos que estudia, y describir dichas propiedades por medio, no de un lenguaje sencillo y común que resulte afín a todos, sino a través de un conjunto de conceptos abstractos creados por ella misma. Sin embargo, no existe sólo una ciencia encargada de estudiar todos los objetos o eventos que hay en nuestra vida cotidiana. Están las ciencias especiales, llamadas así por que se han formulado un objeto teórico de conocimiento propio y específico. Este objeto de conocimiento lo han legitimizado en la medida en que han podido cubrir relaciones empíricas o formales en la realidad que otras ciencias no tocan. Y es precisamente por esto que les ha tocado a estas ciencias especiales construir el esquema conceptual que represente la realidad que estudian de manera congruente con el objeto teórico de estudio que las configura, así como el lenguaje específico y los métodos que han permitido el intercambio concepto-realidad en sus descubrimientos (Ribes y López, 1985). En resumen, toda ciencia puede entenderse como tal, en tanto define y/o describe su propio objeto de estudio.

En el caso concreto de la Psicología, dada su muy particular historia, presenta precisamente el problema de no tener bien definido su objeto de estudio, razón por la cual hoy por hoy, existen muchas personas que no consideran a esta disciplina una ciencia. Prueba de ello lo son muchos otros profesionales, principalmente del área de la salud, que consideran a la Psicología como un conjunto más de técnicas y/o procedimientos terapéuticos cuya aplicación se ciñe principalmente al campo de la rehabilitación. Actualmente la Psicología “en general” cuenta con varias definiciones sobre el objeto de estudio al cual debe circunscribirse (Marx y Hillix, 1992). Dichas definiciones, a su vez, han sido formuladas en diversas ocasiones sobre el objeto de estudio de otras disciplinas

científicas, trayendo esto como consecuencia la utilización de principios y/o conceptos de las mismas, junto con sus respectivas técnicas y/o procedimientos en la descripción, análisis y tratamiento del comportamiento humano. A este respecto, Staats (1997) comenta que la Psicología es como una torre de Babel de diferentes lenguajes teóricos, en donde los trabajos de investigación constituyen conceptos, principios y hallazgos inconsistentes y no relacionados. Ejemplo claro de esto es la utilización del modelo médico-clínico en el campo aplicado del quehacer psicológico. Dicha utilización ha significado traducir a términos conductuales categorías provenientes de la psiquiatría (la cual, al igual que la cardiología, la pediatría o la neurología, es una especialidad cien por ciento médica), lo que significa, a su vez, estar trabajando con conceptos pertenecientes al orden de la medicina (Ribes, 1990; Ribes, Díaz González, Rodríguez y Landa, 1990).

Es por esto que Ribes y López (1985) aseguran que la Psicología podrá ser considerada una ciencia sólo cuando cumpla con dos requisitos: primero, la formulación de un objeto de conocimiento propio y específico que *no se yuxtaponga* al de otras disciplinas científicas ya existentes, esto es, enunciar un objeto de estudio cuya formulación no esté hecha sobre el objeto de estudio de cualquier otra disciplina científica; y segundo, que dicho conocimiento tenga las características de correspondencia empíricas necesarias para demostrar la adecuación descriptiva y explicativa de sus conceptos en relación con una realidad empírica concreta, independientemente de que la falseabilidad o verificabilidad se tomen como criterios de adecuación; es decir, que la metodología empleada para la descripción y/o análisis de dicho objeto de estudio sea congruente con el mismo y con la realidad en la cual se examina.

Ahora bien, si la falta de especificidad a nivel teórico es palpable en nuestra disciplina, a nivel práctico lo es más. La incidencia de la psicología en las diferentes áreas de crecimiento y desarrollo humanos se ha distinguido por ser confusa, y por lo mismo poco entendida. Quizá el área donde más confusión ha existido en cuanto qué estudia el psicólogo y cómo lo estudia, ha sido precisamente el área de la salud. Su labor como tal en ésta área se ha centrado

principalmente en la investigación y/o tratamiento de las llamadas enfermedades psicosomáticas, mismas que se caracterizan por malestares o dolores físicos referidos por los propios pacientes y que en el diagnóstico médico resultan ser biológicamente inexistentes, razón por la cual se les considera también enfermedades “mentales” (Weiss, 2001).

Como respuesta a la falta de especificidad de la incidencia del psicólogo clínico en el ámbito de la salud, Ribes (1990) estructura un modelo psicológico de la salud, el cual está basado en las premisas del modelo interconductual y que surgió, a su vez, como respuesta también a ciertas intrerdisciplinas tales como la psicología de la salud, la medicina conductual, la salud conductual, etcétera, cuyo objetivo es destacar la importancia que tienen los factores derivados del comportamiento individual en la prevención, terapéutica y rehabilitación de los problemas de salud, sin embargo, contienen concepciones plurales y no siempre bien delimitadas respecto de la salud y la naturaleza de las dimensiones psicológicas que le son pertinentes. Como resultado de esto, dichas interdisciplinas yuxtaponen, inadvertidamente, dos modelos generales que cubren dimensiones lógicas diferentes en cuanto a la dicotomía salud-enfermedad: el modelo biomédico y el modelo sociocultural. El primero concibe a la salud como una metáfora del organismo donde éste es “una fortaleza defendiéndose de invasiones externas, en esa medida, aún cuando se conocen los factores auspiciadores genéticos y externos, se considera a la salud como un estado intrínseco del organismo en tanto resiste los embates de los agentes nocivos externos “ (p. 16). El modelo sociocultural por su parte, sostiene que existe una estrecha correlación entre carencia de enfermedad (salud) y condiciones prácticas de vida, es decir, que las condiciones de vida, determinadas por el ambiente físico y las prácticas socioculturales, son directa o indirectamente responsables de las alteraciones de la salud biológica. Estas condiciones, además, no se limitan a los aspectos vinculados a los ingresos económicos, dado que existen epidemiologías tanto para la pobreza como para la riqueza, ya que así como las carencias de los diversos medios elementales de subsistencia (alimentos, agua potable, drenaje, etc.) propician enfermedades endémicas, también lo hacen los excesos o

deformaciones de la dieta, el estrés urbano, la disponibilidad de fármacos, la preparación de alimentos, la contaminación industrial, etc., factores vinculados a la riqueza y la abundancia.

El modelo resultante de esta yuxtaposición (o combinación) fue el modelo biopsicosocial, el cual, sostiene que existen factores biológicos, psicológicos y sociales implicados en los estados de salud y enfermedad, desde aquellas condiciones que mantienen a la gente saludable como las que la llevan a la enfermedad crónica severa (Ribes, 1990; Goldman y Foreman, 2001; Hunt y Snowden, 2001; Eisendrath y Prakken, 2001). De esta manera el modelo biopsicosocial planteó la posibilidad de un trabajo multidisciplinario donde la responsabilidad de la salud ya no recayera únicamente en el médico sino en un conjunto de profesionales: psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, etc. Es así como al psicólogo se le plantearon tareas concretas dentro del ámbito de la salud: la investigación de los factores psicológicos que deterioran el estado de salud, así como la relación entre tipos de personalidad y desórdenes físicos, las formas de afrontamiento a la enfermedad; el establecimiento de hábitos saludables y comportamientos asociados con la prevención, promoción y mantenimiento de la salud, el desarrollo de programas de adherencia terapéutica, de eficientización de procedimientos terapéuticos y de colaboración con otros especialistas de la salud. No obstante, los criterios de conformación de este nuevo campo de incidencia para el psicólogo de la salud, son todavía médicos, presentando así una seria limitación en el quehacer profesional del mismo, trayendo como consecuencia, a su vez, que el psicólogo tenga que apropiarse del conocimiento y hasta del discurso biomédico para extenderlo al terreno psicológico, resultando nuevamente en una confusión conceptual difícil de reconocer y de resolver.

Es precisamente aquí donde radica la importancia del modelo psicológico de la salud propuesto por Ribes: permite al psicólogo aplicado identificar, delimitar y definir con precisión los aspectos de su competencia en la problemática global de la salud. Dicho modelo contiene dos tipos de categorías descriptivas: 1) factores de proceso, que contempla categorías referentes a los procesos

psicológicos que vinculan condiciones del organismo con acciones del individuo enmarcadas en un medio sociocultural; 2) factores de resultado, describe las resultantes o consecuencias de dichos procesos, en términos de las características funcionales del comportamiento, la vulnerabilidad del organismo y sus efectos en la prevención-promoción de la enfermedad, y conductas asociadas a la alteración biológica (Ribes, 1990).

Ambas categorías descriptivas, aún cuando están estrechamente relacionadas, mantienen una diferencia fundamental: los factores de proceso se refieren estrictamente a **variables psicológicas** vinculadas a la historia del individuo, a sus capacidades efectivas frente a situaciones con las que interactúa y a las formas en que su acción frente a determinadas contingencias modula su reacción biológica: ***el hacer o no hacer, el hacer de cierta manera las cosas y el hacerlo frente a ciertas condiciones constituyen los elementos que definen psicológicamente un proceso cuya resultante es la presencia o ausencia de enfermedad biológica*** (Ribes, 1990); mientras que los factores de resultado hacen referencia a los factores psicológicos, como las conductas que son instrumentales de mayor o menor riesgo para contraer una enfermedad determinada o las conductas asociadas a la aparición de una patología determinada, así como con factores biológicos, que constituyen el punto de referencia último, relacionados con la vulnerabilidad biológica del organismo ante procesos patógenos y la aparición misma de una forma determinada de patología (Ribes, 1990).

Lo anterior habla de que la presencia o ausencia de determinadas enfermedades depende en gran medida de la forma en cómo un individuo se enfrenta o interactúa con ciertas situaciones o condiciones. Esta forma de enfrentar dichas situaciones es particular y/o única de cada individuo, es lo que caracteriza o conforma su *personalidad*. Por lo tanto, el estado de salud de un individuo se encuentra estrechamente relacionado, entre otras cosas, con la personalidad del mismo.

Aquí es importante señalar que el concepto de personalidad utilizado en este estudio se sustenta también sobre la teoría interconductual y se emplea única

y exclusivamente para poner de manifiesto la singularidad que guardan entre sí una individualidad con respecto a otra(s). Aún cuando existe un acuerdo general con respecto a la importancia de la personalidad en la comprensión de los síntomas de alguna enfermedad, en la actualidad todavía hay interrogantes básicas sobre cómo definir ésta. No obstante lo anterior, la mayoría de las definiciones concuerdan que la personalidad es el modo singular en que están organizados los rasgos de carácter, las actitudes, las capacidades, comportamiento, temperamento, emociones, etcétera de un individuo, esto es, el conjunto de atributos permanentes que conforman la constitución psicológica de un individuo (Marx y Hillix, 1992; Papalia y Wendkos, 1999; Weiss y Krantz 2001).

Desde la perspectiva interconductual, sin embargo, la personalidad es considerada una categoría disposicional que describe 1) el *modo* en que un individuo interactúa idiosincráticamente con sus ambientes natural y social; 2) la configuración de dicho modo de interactuar según la *historia particular* del individuo; y 3) la predicción de *nuevos* modos de interactuar a partir del ya existente (Ribes y Sánchez, 1990). Para tal efecto se emplea el término **estilo interactivo**, que resalta precisamente las características de ese modo de interactuar. En ese sentido, el estilo interactivo no es otra cosa que la descripción de la manera idiosincrática en que un individuo entra en contacto con determinado tipo de situaciones. Además, dado que el estilo interactivo describe un modo de interacción y no una forma específica de comportarse, no se puede clasificar a dos individuos como poseedores de un mismo estilo: este se define como una función interactiva consistente que difícilmente será replicada por otro individuo. De ahí que el estilo interactivo permita identificar a la individualidad como diferencia única.

Ribes (1990) menciona que es posible identificar cierto conjunto de situaciones más o menos genéricas ante las cuales se puede evaluar de manera sistemática la presencia de estilos interactivos diferenciales en cada individuo. De esta manera, Ribes y Sánchez (1990) identificaron doce tipos diferentes de situaciones ante las cuales los individuos pueden poner en práctica su estilo

interactivo, siempre y cuando no reciban instrucciones específicas sobre cómo comportarse. El conjunto de doce situaciones son:

- 1.- Toma de Decisiones
- 2.- Tolerancia a la Ambigüedad
- 3.- Tolerancia a la Frustración
- 4.- Persistencia o Logro
- 5.- Flexibilidad al Cambio
- 6.- Tendencia a la Transgresión
- 7.- Curiosidad
- 8.- Tendencia al Riesgo
- 9.- Dependencia de Señales
- 10.- Responsividad a Nuevas Contingencias
- 11.- Impulsividad – No Impulsividad
- 12.- Reducción de Conflicto

Así, el conjunto de premisas presentado en el Modelo Psicológico de Salud de Ribes, abre la oportunidad de encarar una nueva línea de investigación con respecto a los factores que afectan el proceso salud-enfermedad desde un punto de vista psicológico, creando así una serie de metodologías novedosas que permitan el estudio de dichos factores y que además mantengan una congruencia total con los supuestos generales de la teoría interconductual.

Con respecto a los factores asociados al proceso salud-enfermedad, cabe destacar que uno de los más estudiados a lo largo de la historia de las disciplinas que analizan el comportamiento humano, ha sido precisamente la serie de efectos que tiene el estrés en la salud de los individuos. Aún cuando el estrés carece actualmente de una definición exacta y/o concreta universalmente aceptada, ya que el término es usado amplia e indistintamente lo mismo por psicólogos, fisiólogos, médicos y personas en general (Coben, Evans, Stokols y Krantz, 1986; en Valadez, 1995), éste se caracteriza por producir un desequilibrio, que en ocasiones llega a ser crónico, entre las demandas ambientales de un evento no esperado o desafiante y la capacidad de respuesta del individuo ante dichas demandas (Valadez, 1995). En ocasiones este desequilibrio llega a ser crónico,

siendo las consecuencias más comunes de esto, a nivel orgánico, la inapetencia, cansancio general, pérdida de peso, dificultad para conciliar el sueño y trastornos mientras se duerme, presión en la cabeza hasta llegar a dolores vasomotores de la misma, enfermedades cardíacas, sensaciones de opresión en el pecho, sensaciones abdominales, diarrea, estreñimiento, dolores de espalda, disminución en la capacidad del sistema inmunológico, úlceras, diabetes, gripe, enfermedades de la piel, molestias en la columna vertebral, disfunciones sexuales; a nivel psicológico disminución de la actividad, falta de alegría y de ilusión, disminución del rendimiento, vacío de sentimiento, pérdida de la autovaloración, desconcierto, pesimismo, ansiedad, intranquilidad, tensión, incremento en la agresividad, etcétera (Troch, 1983).

La forma en cómo el individuo se enfrente a estas situaciones puede representar predictores importantes del grado en que situaciones potencial o actualmente estresantes, modularán respuestas biológicas favorecedoras de una mayor o menor vulnerabilidad frente a las enfermedades y agentes patógenos. La forma en que el individuo se enfrente a las demandas de la situación estresante determinará en gran medida los efectos que ésta tendrá en su salud. Por lo tanto, los efectos de las situaciones estresantes en la salud del individuo dependerán de la personalidad del mismo.

Así, teóricamente se establece que los problemas de salud que padece o puede padecer un individuo, específicamente aquellos relacionados con el estrés, están íntimamente ligados a la personalidad o estilos en como éste interactúa frente a los diversos requerimientos o demandas que presentan las diferentes situaciones o condiciones que le son relativamente cotidianas. Sin embargo, hasta el momento existen pocos trabajos de investigación que demuestren empíricamente lo sustentado a nivel teórico.

De esta manera, el objetivo del presente trabajo es proponer una nueva línea de investigación que permita abordar desde una muy particular perspectiva la relación existente entre personalidad y salud.

Para llevar a cabo este objetivo, en el primer capítulo se expondrá el problema de la falta de especificación en las funciones que debe desempeñar el

psicólogo en el campo de salud, ello con base en una breve revisión de la historia de la llamada Psicología de la Salud y de otras subdisciplinas tales como la medicina psicosomática, la medicina conductual, la psicología médica, etc.

En el segundo capítulo se describirá la propuesta interconductual para el estudio psicológico de la salud. El objetivo de este capítulo es exponer, primero, las premisas fundamentales de la teoría interconductual propuesta por Ribes y López (1985), se describirán las nociones básicas que inspiraron la taxonomía enunciada por los autores antes mencionados, también se analizará cómo se concibe el comportamiento en general y el comportamiento humano en particular; y segundo, las características principales del Modelo Psicológico de Salud propuesto por Ribes (1990), se explicarán las dos categorías descriptivas que conforman dicho modelo, así como los elementos que, a su vez, le dan forma.

El tercer capítulo hará referencia a algunas de las teorías de la personalidad más representativas a través de los años, como preámbulo a la exposición de la teoría interconductual de la personalidad propuesta por Ribes y Sánchez (1990), señalando particularmente el concepto de estilo interactivo como eje central en el entendimiento del comportamiento individual, como comportamiento singular, único y diferente a cualquier otro.

En el cuarto capítulo la propuesta se concretizará exponiendo el diseño de un instrumento de evaluación de estilos interactivos, explorando específicamente la situación denominada Reducción de Conflicto. Además incluirá la descripción de la elaboración del mismo.

Por último, en el quinto capítulo se expondrán las conclusiones de la presente propuesta.

CAPÍTULO 1

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La psicología es una disciplina científica cuyo campo de aplicación encierra las áreas de la educación, la industria, la salud, el ambiente principalmente. Sin embargo, por razones que responden a la historia particular de la Psicología, la incidencia de ésta nuestra disciplina en esas áreas no ha sido del todo especificada. A este respecto es importante señalar que el área de la salud ha sido, precisamente, el área de aplicación donde más confusión ha existido en cuanto a qué estudia el psicólogo y cómo lo estudia.

Tradicionalmente han sido los médicos los que han tenido la práctica profesional exclusiva en esta área, entendiendo la salud como algo que hay que conservar o curar frente ciertas agresiones puntuales, teniendo como armas de combate a la cirugía o farmacología principalmente (Labrador, Muñoz y Cruzado, 1990; en Becoña, Vázquez y Oblitas, 1997). De esta manera cuando se hablaba de salud, por lo general sólo se pensaba en los aspectos biológicos de la misma. No obstante, en las últimas décadas ha habido un giro notable en la forma de considerar la salud: ahora se le considera como algo que hay que desarrollar, y no solamente como algo que hay que conservar, además de tomar en cuenta, también, los aspectos psicológicos y/o conductuales relacionados con aquélla (Becoña, Vázquez y Oblitas, 1997).

Los psicólogos, una vez que empezaron a realizar intervenciones clínicas a partir de la Segunda Guerra Mundial y conforme se iba consolidando la psicología clínica y la “salud mental”, se fueron percatando de que, en ocasiones, los problemas “mentales” tenían concomitantes de tipo físico. Los médicos, por su parte, aceptaban también, aunque paulatinamente, esta misma idea. La aparición de las técnicas de modificación de conducta, y todo un movimiento psicológico derivado de ella permitieron este cambio desembocando, al término de pocos años, en lo que todavía hoy se conoce como Medicina Conductual y Psicología de la Salud (Becoña, Vázquez y Oblitas, 1997).

Becoña, Vázquez y Oblitas (1997) y Matarazzo (1997) nos refieren que, exactamente, en el año de 1978 fue que nació formal, institucional y profesionalmente la *psicología de la salud* por medio de una división de la American Psychological Association (APA). Matarazzo (1980, 1982) y Miller (1983; en Becoña, Vázquez y Oblitas, 1997), por su parte, aseguran que fueron diversos los factores, tanto de orden científico como relativos al cuidado de la salud, los que contribuyeron al surgimiento de la psicología de la salud, entre los cuales se encuentran:

- 1.- El cambio en términos de salud.
- 2.- El cuestionamiento al modelo biomédico.
- 3.- El cambio en los patrones de enfermedad.
- 4.- Cuestiones de índole económica.
- 5.- La madurez de la tecnología conductual.

En lo que se refiere al primer punto, esto es, al cambio en términos de salud, Stone (1979, en Becoña, Vázquez y Oblitas, 1997) menciona que la salud tradicionalmente había sido conceptualizada como la ausencia de enfermedad, pero que hace relativamente poco el concepto de salud fue redefinido en términos de un completo estado de bienestar físico, “mental” y social.

El cuestionamiento del modelo biomédico hace referencia al énfasis que pone dicho modelo en los aspectos físicos de la salud y enfermedad, ignorando los aspectos psicológicos y sociales de las mismas. Lo anterior sin descartar la investigación, práctica médica y desarrollo de nuevas tecnologías que ha generado el modelo médico, mismas que han sido eficaces en la erradicación de enfermedades mortales, sin embargo, no han podido dar explicación a muchos fenómenos de la salud y enfermedad (Becoña, Vázquez y Oblitas, 1997).

Con respecto al cambio en los patrones de enfermedad, los autores mencionan que antes de que los avances de la medicina del siglo XX se hicieran presentes, la mayoría de las enfermedades mortales eran de tipo agudo e infeccioso (por ejemplo, neumonía, gripe, tuberculosis, etcétera), de modo que el descubrimiento de fármacos efectivos, como lo son los antibióticos y las vacunas, así como la mejora de la medicina en cuanto a tecnología se refiere contribuyó a la

erradicación de estas enfermedades. Esto dio como resultado un incremento considerable en la longevidad de las personas, lo cual, a su vez, dio paso a las enfermedades crónicas como cáncer, enfermedades del corazón y enfermedades cardiovasculares relacionadas con el estilo de vida (Matarazzo, 1997). Esto quiere decir que las enfermedades crónicas están relacionadas con nuestra conducta y son prevenibles.

Por otro lado, las cuestiones de índole económica se refieren al papel determinante que éstas han jugado en la consideración de los factores psicológicos y conductuales de la salud. De acuerdo con Becoña, Vázquez y Oblitas (1997) los costos por cuidado de salud se han disparado considerablemente. Como ejemplo, ellos aseguran (con base en reportes presentados por Knowles y el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos) que en la década de los 70 una cantidad importante de los costos del cuidado de la salud fueron destinados a reparar daños causados por hábitos y estilos de vida no saludables. Por ello los factores económicos junto con los cambios en patrones de enfermedad giraron hacia medidas preventivas y, especialmente, al cambio de conductas no saludables.

El quinto y último punto, es decir, la madurez de la tecnología conductual, se refiere a la clara contribución de ésta en el surgimiento de la psicología de la salud en ese histórico momento, gracias al éxito que tuvo en la intervención para la salud “mental”.

Con base en lo anterior Matarazzo, durante su período como presidente de la APA, definió a la psicología de la salud como *“el agregado de las contribuciones profesionales, científicas y educativas de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad y la identificación de correlaciones etiológicas y diagnósticos de salud, enfermedad y disfunciones relacionadas”* (Matarazzo, 1997; p. 27). De esta manera la psicología de la salud se ocupa de: “1) la promoción y mantenimiento de la salud; 2) prevención y mantenimiento de la enfermedad; 3) factores asociados con el desarrollo de la enfermedad y 4) la psicología de la salud está

interesada, en general, en el sistema de cuidados de la salud y en la formulación de la política correspondiente” (Becoña, Vázquez y Oblitas, 1997; p. 8).

No obstante lo anterior, Ribes (1990) afirma que el reiterado y cada vez mayor interés de los profesionales de la salud por vincular a la psicología con los problemas de esta área en las últimas décadas, principalmente en las de los 70, 80 y principios de los 90 --y que de hecho datan desde la década de los 50--, dio como resultado la aparición de nuevas interdisciplinas o subcampos de conocimiento sobre la evaluación, tratamiento, manejo, rehabilitación y prevención de la enfermedad física, así como el mantenimiento de la salud humana (Pormelau y Brady, 1979; Millon, Green y Meagher, 1982; Stone, Cohen y Adler, 1982; en Ribes, 1990). A este respecto Becoña, Vázquez y Oblitas (1997) afirman algo similar al mencionar que “existen otras disciplinas, dentro y fuera de la psicología, que tratan cuestiones similares a las de la psicología de la salud” (p. 8). Dichas interdisciplinas o subcampos fueron la medicina psicosomática, la psicología médica, la medicina conductual, la salud conductual y hasta la misma psicología de la salud. A continuación se revisarán y/o describirán las características de cada una de estas llamadas interdisciplinas o subcampos de conocimiento psicológico.

1. 1. Medicina Psicosomática

De acuerdo con De la Fuente (1969) las consecuencias más trascendentales de la nueva vinculación entre la psicología y la medicina descansan en la estructuración de un campo de investigación de las relaciones psicofisiológicas, generalmente conocido como medicina psicosomática. Según el autor el principal empeño de la medicina psicosomática ha sido precisar las relaciones que existen entre ciertas constelaciones psicodinámicas y algunos padecimientos como son la úlcera gástrica, la hipertensión arterial, el asma, etc., en los cuales se ha pensado que condiciones psicológicas engendradas en las relaciones interpersonales juegan un papel determinante. Es de esta manera que De la Fuente (1969) define a la medicina psicosomática como los conocimientos adquiridos acerca de la relación entre los procesos mentales y los procesos fisiológicos y a las teorías concernientes a esta relación.

En la práctica, continúa el autor, la medicina psicosomática constituye también una manera de enfocar los problemas de la medicina, en la que se enfatiza la unidad psicofisiológica del organismo humano y se acepta como válido el principio basado en observaciones empíricas de que aquello que ocurre en los más altos niveles de integración, los niveles mentales, es susceptible de afectar las funciones que se integran a niveles inferiores, los niveles fisiológicos.

Pero en concreto ¿cuál es el objetivo principal de estudio de la medicina psicosomática? De acuerdo con el autor, las emociones, particularmente la angustia, la hostilidad, el miedo y la tristeza. De la Fuente afirma que las emociones expresan la unidad psicofisiológica del organismo. Una emoción puede ser estudiada por medios meramente psicológicos y el describirla obliga a la utilización de términos de este tipo, pero también puede ser investigada por medios fisiológicos y ser entendida como un proceso en el cual participa el organismo como totalidad y que es mediado por estructuras centrales y periféricas del sistema nervioso y también del sistema endocrino.

Becoña, Vázquez y Oblitas (1997), por su parte, afirman que la medicina psicosomática resultó de los intentos, a principios de la década de los 20, para identificar los factores psicológicos específicos que se creía que jugaban un papel fundamental en el desarrollo de ciertas enfermedades psicosomáticas.

1. 2. Psicología Médica

En el apartado anterior vimos que la medicina psicosomática se define por centrarse en el estudio de la interacción entre emociones y enfermedad dentro de un marco biopsicosocial y que se enfoca en la etiología y patogénesis de la enfermedad (Salinas, 1995; Schneider, 1985). En el caso de la psicología médica el definirla no ha sido sencillo en lo más mínimo ya que desde sus inicios han existido diversas definiciones. Para Asken (1979; en Prokop y Bradley, 1981), por ejemplo, la psicología médica es el estudio de los factores psicológicos relacionados a algunos o a todos los aspectos del proceso salud-enfermedad físicas, así como su tratamiento a nivel individual y grupal.

Para Gentry y Matarazzo (1979; en Prokop y Bradley, 1981), en cambio, la psicología médica es la práctica de la psicología dentro de las instituciones médicas, incluyendo no solamente los servicios clínicos, sino también el rol importante que tienen los investigadores y profesores médicos.

Pomerleau (1979; en Prokop y Bradley, 1981) por su parte, restringe la actividad de la psicología médica principalmente al área social y a la valoración psicológica de personas con desórdenes médicos, y así podríamos seguir mencionando otras tantas definiciones.

Sin embargo, la definición que al parecer es la más completa, es la ofrecida por Pinkerton, Hughes y Henrich (1982; en Salinas, 1995) los cuales mencionan que la psicología médica utiliza los principios psicológicos en el diagnóstico y evaluación de la enfermedad física, usando la evaluación psicométrica y las técnicas de la personalidad y se enfoca en la enfermedad en el contexto psicológico y social principalmente más que preocuparse por la terapia misma.

A este respecto Schneider (1985) afirma que la psicología médica tiende a formar psicológicamente mejor al médico para que pueda comprender mejor al paciente a quien trata, cualesquiera que sean su afección, las consideraciones teóricas y la etiología de la enfermedad. De esta maneja la psicología médica se interesa por las reacciones psicológicas de todo enfermo atacado por una u otra afección; sobre todo tiende a brindar aclaraciones al clínico y a cualquier especialista sobre lo que ocurre entre él y su paciente.

No obstante, Becoña, Vázquez y Oblitas (1997) argumentan que quienes dicen que hacen psicología médica caen en la confusión entre terminología científica y modelo teórico subyacente, por lo que afirman categóricamente que el término, dado que es completamente confuso, está destinado a desaparecer.

1. 3. Medicina Conductual

La medicina conductual, a diferencia de la medicina psicosomática y la psicología médica, es una especie de amalgama de ciencias comportamentales y de medicina, que incorpora métodos y conceptos de varias disciplinas: fisiología, epidemiología, endocrinología e ingeniería biomédica. La medicina conductual

implica, por lo tanto, que los practicantes de ella (esto es, médicos y psicólogos, principalmente) estén dispuestos a incorporar métodos y conceptos del comportamiento con métodos y conceptos biológicos en su pensamiento y en su práctica, ya que está considerada como una aproximación que enfatiza la interdisciplinariedad (Salinas, 1995).

La integración de la medicina conductual con una orientación biológica se refleja en la definición ofrecida por Swartz y Weiss (1977, 1978; en Prokop y Bradley, 1981; Weiss, 2001) donde afirman que “la medicina conductual es el campo multidisciplinario concerniente al desarrollo e integración del conocimiento conductual y biomédico y las técnicas relevantes para la salud y enfermedad, así como su aplicación para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. De esta manera lo que se requiere no es simplemente adicionar los dos dominios, sino de llegar a nuevas formulaciones teóricas acerca de la unión de procesos conductuales y biológicos, al igual que encontrar un lenguaje común para describir esas interrelaciones. En este sentido los profesionales de la psicología necesitan aprender más sobre fisiología y medicina, y los médicos necesitan saber más sobre la ciencia del comportamiento (Shapiro, 1988; en Salinas, 1995).

Por otro lado, la medicina conductual enfatiza la importancia del estilo de vida y de las pautas comportamentales no sólo por que se relacionan con la etiología y la patogénesis de la enfermedad, sino también por que es posible tener un estilo de vida que prevenga la enfermedad, mantenga y promueva la buena salud, además de demostrar grandes alcances en el tratamiento y la rehabilitación. A este respecto Seligson (1989; en Salinas, 1995) afirma que las siguientes son las áreas principales de investigación donde la medicina conductual ha demostrado su efectividad:

1.- La investigación del papel de los estados de estrés en el desarrollo de una variedad de problemas que van desde los cardiovasculares, problemas de cáncer, úlceras pépticas, etc.

2.- La investigación del impacto del ambiente en el desarrollo de diversos tipos de cáncer.

3.- La investigación del papel de regímenes alimenticios y de ejercicio en enfermedades crónica como la hipertensión, enfermedades coronarias, cáncer, etc.

4.- El efecto de alterar estilos de vida en conductas adictivas.

Además, dentro del enfoque de la medicina conductual, se enfatiza también la responsabilidad del individuo para asumir su enfermedad, su recuperación, adaptación a ella o el mantenimiento de la salud.

1. 4. Salud Conductual

De acuerdo con Matarazzo (1997) la definición de medicina conductual, acordada en 1978, no hacía suficiente énfasis en el mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad. Para corregir esta deficiencia , él propuso el término de salud conductual, el cual delimitaba una subespecialidad que tenía como objetivo la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Así, Matarazzo definió la salud conductual como “un campo interdisciplinario dedicado a la promoción de una filosofía de salud que enfatiza la responsabilidad individual en la aplicación del conocimiento de la ciencia biomédica y conductual en las técnicas para el cuidado de la salud y la prevención de enfermedad y disfunción, por una diversidad de actividades individuales de autoiniciativa o compartidas” (p. 26).

En resumen, la salud conductual se focaliza en el uso de técnicas conductuales para el mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad entre individuos que actualmente gozan de buena salud (Becoña y Vázquez y Oblitas, 1997).

1. 5. Psicología de la Salud

Según Millon (1982; en Salinas, 1995) el término “psicología de la salud” es el más indicado para unificar y organizar los diferentes temas, aplicaciones y contribuciones de la psicología al campo de salud, ya que no enfatiza el carácter interdisciplinario de otros términos y se mantiene dentro de los dominios de la

psicología, además de permitir una clara identidad disciplinaria al incluir el término de salud y no el de enfermedad o medicina.

Mientras que para Taylor (1990; en Salinas, 1995) la psicología de la salud ha contribuido de manera importante al entendimiento de conductas saludables, así como la comprensión de un sin número de factores que afectan la salud y frecuentemente llevan a la enfermedad. Muchas de estas aportaciones involucran la oferta de esquemas teóricos y conceptuales que permiten conocer las conductas de salud, el rol del estrés en la enfermedad y el de enfermo, las representaciones que las personas mantienen con respecto a su salud y enfermedad, así como las formas en las cuales éstas las afrontan y los determinantes de su ajuste; aspectos que, según Taylor, el modelo biomédico actual no considera.

La investigación de la psicología de la salud, además, asume que los factores biológicos, psicológicos y sociales están implicados en todas las etapas de la enfermedad y la salud, desde aquellas conductas y estados que mantienen a las personas saludables, a aquellas que producen enfermedades crónicas y debilitantes. Otra tendencia de las aportaciones que hace la psicología de la salud es determinar el rol de los factores de personalidad y los estilos de afrontamiento en el desarrollo de ciertas enfermedades, así como los factores cognitivos asociados a dichos estilos de afrontamiento y personalidad; etc. (Salinas, 1995).

Ahora bien, con base en todo lo anteriormente expuesto, podemos observar que existe en la actualidad una completa y por demás obvia carencia de consenso general respecto a dónde comienza y dónde termina la actividad del psicólogo en el campo de la salud, así como las herramientas que utiliza para desarrollar dicha actividad. Tal incertidumbre no trae como consecuencia otra cosa que la utilización de un eclecticismo que se hace cada vez más patente en los profesionales del quehacer psicológico recién egresados.

CAPÍTULO 2

EL ESTUDIO PSICOLÓGICO DE LA SALUD: LA PROPUESTA INTERCONDUCTUAL

En el primer capítulo se expuso la problemática que han venido confrontando los psicólogos en el campo de la salud en cuanto a la falta de especificidad de su desempeño profesional en el mismo. Como respuesta a esta carencia Ribes (1990) estructura y propone un modelo psicológico de la salud, el cual está, a su vez, basado en las premisas del modelo interconductual. Los supuestos de los que parte dicho modelo psicológico son los siguientes...

De acuerdo con Ribes (1990) la psicología de la salud, la medicina conductual, la salud conductual, etcétera, son interdisciplinas que destacan la importancia que tienen los factores derivados del comportamiento individual en la prevención, terapéutica y rehabilitación de los problemas de salud, sin embargo, contienen concepciones plurales y no siempre bien delimitadas respecto de la salud y la naturaleza de las dimensiones psicológicas que le son pertinentes. Como resultado de esto, dichas interdisciplinas yuxtaponen, inadvertidamente, dos modelos generales que cubren dimensiones lógicas diferentes en cuanto a la dicotomía salud-enfermedad: el modelo biomédico y el modelo sociocultural. El primero concibe a la salud como una metáfora del organismo donde éste es “una fortaleza defendiéndose de invasiones externas, en esa medida, aún cuando se conocen los factores auspiciadores genéticos y externos, se considera a la salud como un estado intrínseco del organismo en tanto resiste los embates de los agentes nocivos externos “ (p. 16). El modelo sociocultural por su parte, sostiene que existe una estrecha correlación entre carencia de enfermedad (salud) y condiciones prácticas de vida, es decir, que las condiciones de vida, determinadas por el ambiente físico y las prácticas socioculturales, son directa o indirectamente responsables de las alteraciones de la salud biológica. Estas condiciones, además, no se limitan a los aspectos vinculados a los ingresos económicos, dado que existen epidemiologías tanto para la pobreza como para la riqueza, ya que así como las carencias de los diversos medios elementales de subsistencia

(alimentos, agua potable, drenaje, etc.) propician enfermedades endémicas, también los excesos o deformaciones de la dieta, el estrés urbano, la disponibilidad de fármacos, la preparación de alimentos, la contaminación industrial, etc., factores vinculados a la riqueza y la abundancia.

Al respecto Ribes (1990) afirma que el modelo resultante de esta yuxtaposición (o combinación) fue el modelo biopsicosocial, el cual, sostiene que existen factores biológicos, psicológicos y sociales implicados en los estados de salud y enfermedad, desde aquellas condiciones que mantienen a la gente saludable como las que la llevan a la enfermedad crónica severa. De esta manera el modelo biopsicosocial planteó la posibilidad de un trabajo multidisciplinario donde la responsabilidad de la salud ya no recayera únicamente en el médico sino en un conjunto de profesionistas: psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, etc. Es así como al psicólogo, continúa la autora, se le plantearon tareas concretas dentro del ámbito de la salud: la investigación de los factores psicológicos que deterioran el estado de salud, así como las estrategias de afrontamiento, la relación entre tipos de personalidad y desórdenes físicos, las formas de afrontamiento a la enfermedad; el establecimiento de hábitos saludables y comportamientos asociados con la prevención, promoción y mantenimiento de la salud, el desarrollo de programas de adherencia terapéutica, de eficientización de procedimientos terapéuticos y de colaboración con otros especialistas de la salud. No obstante, los criterios de conformación de este nuevo campo de incidencia para el psicólogo de la salud, son todavía médicos, presentando así una seria limitación en el quehacer profesional del mismo, trayendo como consecuencia, a su vez, que el psicólogo tenga que apropiarse del conocimiento y hasta del discurso biomédico para extenderlo al terreno psicológico, resultando nuevamente en una confusión conceptual difícil de reconocer y de resolver.

Es precisamente aquí donde radica la importancia del modelo psicológico de la salud propuesto por Ribes: permite al psicólogo aplicado identificar, delimitar y definir con precisión los aspectos de su competencia en la problemática global de la salud.

2. 1. EL MODELO PSICOLÓGICO DE SALUD

Dicho modelo contiene dos tipos diferentes de categorías descriptivas: 1) las categorías referentes a los procesos psicológicos que vinculan condiciones del organismo con acciones del individuo enmarcadas en un medio sociocultural, 2) las resultantes o consecuencias de dichos procesos, en términos de las características funcionales del comportamiento, la vulnerabilidad del organismo y sus efectos en la producción-prevención de enfermedad, y conductas asociadas a la alteración biológica.

De acuerdo con Ribes (1990), los procesos psicológicos responsables del mantenimiento, recuperación o pérdida de la salud biológica comprenden la interacción de tres factores fundamentales:

a) *La historia interactiva del individuo*: Se refiere básicamente a la historia psicológica del individuo, esto es, al cómo se ha comportado éste en el pasado respecto de situaciones y de las relaciones comprendidas en dichas situaciones. La historia psicológica contribuye a las interacciones haciendo más o menos probable una forma de contacto conductual con las situaciones, con base en los antecedentes interactivos del individuo con situaciones semejantes o con elementos comprendidos por dichas situaciones en el pasado.

b) *Las competencias funcionales presentes*: Se refieren a la capacidad o repertorio conductual que tiene el individuo al interactuar con una situación general determinada. En el análisis de estas competencias entran también: 1) los requerimientos de la situación como campo de contingencias, es decir, qué tipo de consecuencias para el individuo y de cambios en el ambiente tendrán lugar como efecto de una u otra forma de acción en una momento dado; 2) los factores que definen el contexto de la interacción, y que son identificables como características de la situación, o bien como condiciones biológicas momentáneas del individuo y; 3) la historia de competencias pertinente, esto es, la capacidad del individuo para interactuar con dicha situación dada su experiencia particular.

c) *La modulación de los estados biológicos*: De acuerdo con Ribes (1989), las funciones biológicas no sólo regulan las formas de comportamiento posibles, sino que también se ven afectadas por el contacto funcional que estas formas de

comportamiento hacen con las variables del ambiente. De esta manera, el comportamiento es la dimensión crítica que regula *diferencialmente* las propiedades funcionales de los agentes del ambiente en su acción sobre el organismo.

Con respecto a los resultados del proceso psicológico, el autor menciona que éstos tienen un doble nivel. En el primer nivel se observan las consecuencias en la forma de:

a) *La vulnerabilidad biológica*: Esta se entiende como la interacción de una serie de condiciones orgánicas que aumentan el riesgo de que, dados factores desencadenantes o de contagio directo, el individuo desarrolle una enfermedad biológica aguda o crónica.

b) *Las conductas instrumentales y la salud*: Las conductas instrumentales consisten en acciones de los individuos, que directa o indirectamente, disminuyen o aumentan la probabilidad de que contraigan una enfermedad. En este sentido, las conductas instrumentales constituyen factores que aumentan o disminuyen el riesgo de enfermedad biológica. Por lo tanto, dichas conductas, asegura Ribes (1989), reflejan los aspectos vinculados al entrenamiento en prácticas de salud de los individuos, así como los aspectos culturales que facilitan o interfieren con dichas prácticas.

El segundo nivel de los resultados del proceso psicológico de salud, comprende la unión del grado de vulnerabilidad biológica del organismo a la enfermedad, y la disponibilidad y emisión de conductas instrumentales preventivas o de riesgo para la aparición de enfermedades biológicas, para determinar la probabilidad de que se produzca la enfermedad y de que aparezcan los comportamientos correlativos a ella.

El interés principal de este modelo, señala Ribes (1989), es describir las relaciones psicológicas que inciden directamente en la aparición de patologías o enfermedades biológicas. ¿Pero cómo funcionan en lo concreto estas “fichas” conceptuales, descritas ya arriba, para que se originen las enfermedades? Al respecto Ribes (1990) explica que los factores de proceso se unen en un punto terminal constituido por la modulación contingencial de los estados biológicos.

Dicha modulación contingencial está regulada tanto por aspectos vinculados a la historia interactiva del individuo, como por las competencias efectivas que éste realiza en la situación representada por las contingencias. La manera particular, prosigue el autor, en que las contingencias situacionales modulan la reactividad biológica del individuo depende de las acciones efectivas con las que interactúa en dicha situación --dado que la conducta del individuo afecta a las propias contingencias y sus efectos--, y de aspectos históricos vinculados fundamentalmente con sus estilos interactivos, en especial con aquellos que tienen que ver con la forma en que el individuo entra en contacto consistentemente con las contingencias que refieren las consecuencias o efectos en, sobre o de la situación.

En relación a los factores de resultado, el autor asegura que éstos son siempre dependientes de la influencia de uno o varios factores de proceso. En el caso de las conductas que son instrumentales de reducir o aumentar el riesgo de enfermedad, aún cuando se ven afectadas directamente por las competencias funcionales efectivas, implican factores de naturaleza histórica precedentes. El estado de vulnerabilidad biológica está determinado directamente por la modulación contingencial de las reacciones biológicas, al margen de las condiciones propiamente biológicas ya mencionadas previamente que inciden también sobre la vulnerabilidad. Tanto las conductas instrumentales como la vulnerabilidad biológica confluyen en la configuración de circunstancias que dan lugar a la aparición de una enfermedad biológica. Las conductas asociadas a dicha enfermedad, continúa Ribes, están determinadas a su vez por la propia condición patológica así como por las conductas instrumentales. Estas conductas asociadas, en muchas ocasiones pueden estar reguladas exclusivamente por las propias conductas instrumentales del individuo.

Expuesto de esta manera el planteamiento de este modelo psicológico de la salud, Ribes (1990) señala que dicho planteamiento contempla cuatro combinaciones resultantes principales, derivadas de los procesos peculiares que a nivel psicológico intercalan en la configuración de condiciones patológicas en un individuo:

a) Conductas que son instrumentales de alto riesgo y alta vulnerabilidad biológica, que resultarán inevitablemente en el desarrollo de una condición patológica.

b) Conductas que son instrumentales de alto riesgo y baja vulnerabilidad biológica, que resultarán en probabilidades variables de aparición de condiciones patológicas, con base en la naturaleza de éstas últimas.

c) Conductas que son instrumentales de bajo riesgo y alta vulnerabilidad biológica, que tendrán efectos similares a los del caso anterior.

d) Conductas que son instrumentales de bajo riesgo y baja vulnerabilidad biológica, que resultarán en una baja probabilidad de desarrollar condiciones patológicas.

Ahora, dado el objetivo principal del presente trabajo, es preciso ahondar más sobre los estilos interactivos. Estos estilos, además de lo ya mencionado, constituyen las *maneras idiosincráticas en que cada individuo aprende a entrar en contacto con determinado tipo de situaciones* (Ribes, 1989). Es por esto que los individuos difieren entre sí en sus estilos de interacción. Por eso es que no se puede clasificar a dos individuos como poseedores de un mismo estilo: siempre se encontrarán diferencias entre un individuo y otro, pues los estilos interactivos son precisamente eso, *modos de interactuar y no formas específicas de comportarse*.

Ribes (1990) menciona que es posible identificar cierto conjunto de situaciones más o menos genéricas ante las cuales se puede evaluar de manera sistemática la presencia de estilos diferenciales en cada individuo. Los estilos se identificarán como las funciones particulares que describen a distintos individuos en una situación abierta sin requerimientos, y a la modulación que estas maneras de interacción ejercen posteriormente en las de aquéllas bajo requerimientos explícitos.

De esta manera, Ribes y Sánchez (1990) elaboraron una teoría interconductual de la personalidad (la cual será expuesta en detalle en el siguiente capítulo) identificando en ella doce tipos diferentes de situaciones ---entendiendo éstas como organizaciones de competencias entre los objetos, los acontecimientos y las personas--- ante las cuales los individuos pueden poner en

práctica sus estilos idiosincráticos, siempre y cuando se mantenga la característica de que no se establezcan criterios predeterminados de efectividad, es decir, no reciban instrucciones específicas sobre cómo comportarse. El conjunto de doce situaciones son:

1.- Toma de decisiones: El individuo se encuentra ante dos o más situaciones simultáneas (o bien, una situación con dos o más condiciones simultáneas) que son:

- a) incompatibles física o normativamente,
- b) imprevisible física o normativamente, o
- c) que demandan una opción y el individuo percibe la demanda, que demandan una opción y el individuo no percibe la demanda, o bien que el individuo percibe una demanda no existente.

2.- Tolerancia a la Ambigüedad: Situación en donde existe una demanda a la que el individuo responde, pero no hay correspondencia entre la demanda y las consecuencias de su conducta, por que demanda y consecuencia:

- a) son independientes,
- b) son cambiantes,
- c) en un momento dado se vuelven antagónicas, y
- d) en un momento dado se vuelven imprevisibles.

3.- Tolerancia a la Frustración: Situación en la que el individuo desarrolla alguna actividad y de manera no advertida lo que obtiene como consecuencia de su conducta:

- a) es menor que lo esperado,
- b) se demora,
- c) no se otorga,
- d) se le retira sin razón,
- e) requiere de una ejecución mayor para obtenerlo,
- f) se le impide desarrollar la conducta.

4.- Persistencia al Logro: El individuo se encuentra en una situación en la que se le demanda un esfuerzo cada vez mayor para obtener consecuencias, en la que:

- a) el individuo sabe que se le exige más para obtener lo mismo,
- b) el individuo sabe que se le exige más y obtendrá más,
- c) el individuo está advertido de que va a obtener más sin esfuerzo adicional, y
- d) la presencia de instrucciones respecto a los requerimientos y consecuencias son importantes en la situación.

5.- Flexibilidad al Cambio: El individuo se encuentra en situaciones en las que las demandas cambian de manera no predecible y:

- a) los cambios son frecuentes y/o variados, tanto en las características de la demanda como en las de las consecuencias, y
- b) las consecuencias son múltiples e independientes entre sí.

6.- Tendencia a la Transgresión: El individuo, ante dos posibilidades de responder, una permitida y otra no:

- a) responde ante ambas,
- b) responde ante la permitida, o
- c) responde ante la no permitida

aún cuando en cualesquiera de los tres casos puede obtener la misma consecuencia al responder.

7.- Curiosidad: Ante una situación constante en la que no se requieren cambios por parte del individuo, este tiende a alterar o a variar sus respuestas o las condiciones bajo las que se encuentra, o si se encuentra en una situación en la que se le ofrecen opciones, elige las condiciones de mayor variedad.

8.- Tendencia al Riesgo: El individuo que se enfrenta a condiciones que sabe que son estables, en términos de la probabilidad y cantidad en las consecuencias a sus respuestas, y a las condiciones que sabe que son variables e impredecibles pero que aparentan consecuencias mayores, opta por las últimas cuando parecen ventajosas:

- a) en probabilidad,
- b) en cantidad o magnitud, o
- c) en ambas (probabilidad y magnitud) aún sabiendo que hay probabilidad de pérdida (acumulada o no) de tipo inmediato o mediato.

9.- Dependencia de Señales: En situaciones en las que al individuo se le indica (señalización), de una o varias maneras equivalentes, las condiciones bajo las que se encuentran respecto a demandas y/o consecuencias, cuando hay cambios posteriores en las indicaciones:

- a) agregando otras,
 - b) eliminando algunas,
 - c) incluyendo algunas que en otras situaciones ya han sido utilizadas y tienen una historia particular,
 - d) variando sus condiciones de presentación (tiempo, número, etcétera),
- la conducta del individuo se ve alterada aún cuando no haya cambios en las demandas y consecuencias vinculadas a las indicaciones originales.

10.- Responsividad a Nuevas Contingencias: El comportamiento del individuo se altera en una situación cuando:

- a) se cambian las indicaciones presentándose condiciones distintas de demanda, aún cuando se mantengan constantes las consecuencias, y
- b) se cambian las consecuencias aún cuando la demanda (en términos de señales y respuestas) siga siendo la misma.

11.- Impulsividad – No Impulsividad: Situación en que además de las indicaciones (señales) respecto a la respuesta que se exige y a las consecuencias previstas, se instruye o induce al individuo propiciando ciertas disposiciones, que no son necesariamente congruentes con las indicaciones y/o las consecuencias operando en la situación. El Individuo regulado por las operaciones disposicionales será evaluado como impulsivo, a diferencia del individuo regulado por las indicaciones y/o consecuencias efectivas.

12.- Reducción de Conflicto: Situación en la que el individuo no puede evitar responder y se ve expuesto a indicaciones, consecuencias y/o

indicaciones y consecuencias simultáneas que se oponen entre sí. El Individuo tiene que optar necesariamente por una de ellas.

La identificación y/o descripción de los doce diferentes tipos de situaciones, nos permite predecir la forma en que un individuo entrará en contacto con los requerimientos de una determinada situación, permitiéndonos también examinar la manera en que se ajustará gradualmente a dichos requerimientos con base en la modulación que ejerza su estilo interactivo sobre las competencias disponibles.

Otra observación genial que hace Ribes (1990) sobre el análisis de los estilos interactivos en relación con el *estrés* (reacción general que parece afectar la condición inmunitaria del organismo y, por consiguiente, aumentar la vulnerabilidad respecto de agentes patógenos diversos), es la existencia de situaciones contingenciales descritas en dichos estilos interactivos que parecen corresponder, parcial o totalmente, con las características funcionales bajo las cuales se produce el estrés. Estas situaciones y los estilos interactivos ante ellas son: a) toma de decisiones, b) tolerancia a la frustración, c) reducción de conflicto, d) tolerancia a la ambigüedad, e) tolerancia al riesgo, y f) impulsividad-no impulsividad. Lo anterior hace suponer, según Ribes (1990) que las características estilísticas de los individuos ante estas situaciones pueden constituir predictores importantes del grado en que situaciones potencial o actualmente estresantes, modularán respuestas biológicas favorecedoras de una mayor o menor vulnerabilidad frente a las enfermedades y agentes patógenos.

Los estilos interactivos restantes, por su parte, corresponden a situaciones que comprenden contingencias vinculadas más bien a efectividad o a condiciones que la delimitan, esto es, influirán preponderantemente sobre las competencias efectivas funcionales en las situaciones que constituyen el ámbito de interacción del individuo. Estos estilos son: a) persistencia o logro, b) flexibilidad al cambio, c) tendencia a la transgresión, d) curiosidad, e) dependencia de señales, y f) responsividad a nuevas contingencias.

Ahora bien, al inicio del presente capítulo se mencionó que el modelo psicológico de salud descansa sobre las premisas de la teoría interconductual,

originada por J. R. Kantor, y perfectamente desarrollada por Ribes y López (1985). A continuación expondremos dicha teoría.

2. 2. EL MODELO INTERCONDUCTUAL

En la parte introductoria del presente trabajo se mencionaron las razones por las cuales Ribes y López (1985) consideran que la psicología debe tener su propio objeto de estudio. Como consecuencia de ese pensar Ribes y López (1985) formularon una teoría propositiva sobre cómo se debe definir el objeto de estudio de la disciplina psicológica. Esta propuesta teórica se llama *interconductismo*. Dicha propuesta los autores la fundamentan en el metasistema formulado por J. R. Kantor, el cual aporta dos cambios radicales respecto al conductismo histórico y sus derivaciones basadas en el paradigma del reflejo: en primer término, Kantor destaca la definición de la conducta como *interconducta*, esto es, como la interacción organismo-entorno: “los ajustes psicológicos son modos de interacción del organismo en donde no sólo se entra en contacto con los objetos y eventos circundantes sino que el propio individuo busca tal contacto, manipula los objetos y los conoce” (Kantor y Smith, 1975; en Landa, 1996; pág. 18); en segundo término, desarrolla un sistema descriptivo y explicativo que diverge del esquema causal clásico (Ribes y López, 1985). Esta contribución pone de relieve la interdependencia en campos de relaciones. De esta manera, Kantor no pone énfasis en el análisis de ciertas formas funcionales de actividad del organismo (que es lo que hace el conductismo clásico), sino que pone de relieve la *interacción misma* entre el organismo y el ambiente como centro del interés teórico. El objetivo principal de una teoría de la conducta, por lo tanto, es precisamente desarrollar una taxonomía que delimite y clasifique los diferentes niveles *funcionales* de interacción como formas cualitativamente distintas de organización.

Por otra parte, Ribes y López (1985) sostienen que es también indispensable demostrar como el concepto de interconducta puede delimitar muy bien la especificidad de lo psicológico, frente a las disciplinas científicas que circunscriben empíricamente el comportamiento del organismo individual: la

biología y la ciencia social. La diferencia principal entre el comportamiento psicológico y el comportamiento biológico, es que en el primero lo que interesa es la interacción del individuo (organismo humano o subhumano) con su medio (físico-químico, ecológico y/o social) en la forma de eventos, objetos y otros organismos y/o individuos, mientras que en el segundo lo que interesa es el organismo como sistema de relaciones. Con respecto a la diferencia entre el aspecto psicológico y el social, Ribes y López (1985) afirman que este último considera a lo concreto social como un sistema de relaciones, independientemente del actuar particular de todos y cada uno de participantes particulares inmersos en dichas relaciones, mientras que lo psicológico es, en cambio, el *vínculo*, que este sistema de relaciones tiene como prácticas y normas llevadas a efecto por individuos con otros individuos. Lo que preocupa a la psicología epistemológicamente es la interacción de lo social manifestada como relación entre individuos. El concepto de interconducta, en este sentido, afirman los autores, retoma esta interacción como rasgo específico, reconociendo como condición necesaria la existencia y funcionamiento del sistema general de relaciones en que se da dicha interacción.

De esta manera los autores incluyen en su modelo el concepto de campo interconductual, el cual es la representación de un segmento de interacción del organismo individual con su medio ambiente. Este campo está conformado por un sistema de relaciones recíprocas, en las que destacan principalmente los siguientes factores:

1.- *Los límites del campo.*- Delimitan los objetos y eventos funcionales con respecto al organismo individual cuya interacción se analiza.

2.- *Los objetos y eventos de estímulo.*- Son los cuerpos y acontecimientos fisicoquímicos (a los cuales pueden reducirse, como estímulo, las dimensiones biológica y social, más no como función) con los que el organismo tiene contacto directo o indirecto.

3.- *La función de estímulo-respuesta.*- Se denomina función de estímulo-respuesta a los estímulos y respuestas, de objetos de estímulo y de un organismo particular que hacen contacto funcional -es decir, que interactúan- en un sistema

determinado de relaciones. Este contacto, como función, puede darse incluso en ausencia del objeto de estímulo particular, como suele ocurrir con los estímulos sustitutivos e implícitos. La función de estímulo-respuesta es el elemento crítico definitorio de la organización de un campo interconductual.

4.- *El medio de contacto.*- Es el conjunto de circunstancias físico, químicas, ecológicas o normativas (sociales) que posibilitan la relación particular implicada en una función estímulo-respuesta. En este sentido, el medio de contacto designa exclusivamente las condiciones que hacen posible la interacción, pero que no forman parte de ella. Los medios de contacto son, de hecho, el referente categorial de las disciplinas limítrofes o participantes en una interacción psicológica, aunque no poseen el estatuto de eventos en lo concreto dentro de dicha interacción.

5.- *Los factores situacionales.*- Son todos aquellos eventos que no entran directamente en la interacción organismo-objeto(s) de estímulo delimitante(s) de la función estímulo-respuesta particular. Podrían considerarse como el contexto de la interacción; aún cuando no forman parte de la función estímulo-respuesta afectan las características cualitativas y cuantitativas de la interacción.

6.- *La historia interconductual.*- Esta se manifiesta como la probabilidad de contacto funcional entre un objeto de estímulo presente (y sus dimensiones estimulativas) y la respuesta de un organismo disponible frente a esas condiciones de estímulo.

Ahora bien, todos estos elementos de un campo interconductual se integran funcionalmente en tres grupos generales de factores: la función estímulo-respuesta; los factores disposicionales y el medio de contacto.

La función estímulo-respuesta, además de lo anteriormente expuesto, define formas cualitativas de relación, las cuales son, de hecho, los elementos para una taxonomía de la conducta, ya que describen niveles distintos de organización de las interacciones del organismo con el ambiente. Así, el concepto de función define la relación comprendida en el campo interconductual, aún cuando dicho campo incluya un conjunto adicional de variables que, estrictamente no forman parte de la función estímulo-respuesta como tal.

Los factores disposicionales incluyen los factores situacionales y la historia interconductual. La historia interconductual se define como la reactividad funcional contemporánea con la cual el organismo se dispone a establecer contacto con objetos particulares de estímulo en un campo determinado. Los factores disposicionales son conjuntos de eventos, tanto por su naturaleza histórica como por ser eventos cuyas dimensiones múltiples varían continuamente y, como tales, no pueden entrar en contacto directo como momentos más o menos discretos de la interacción entre el organismo y el ambiente. De esta manera, los factores disposicionales no participan directamente en la función, pero la *probabilizan*, dado que, de acuerdo con Ribes y López (1985), fungen como elementos facilitadores o interferentes con una forma particular de interacción. La correspondencia de la historia interconductual, continúan los autores, con los requerimientos funcionales del campo contemporáneo puede facilitar el establecimiento de la relación particular, así como una historia poco diversificada puede constituirse en una propensión o tendencia estereotipada a responder de cierta manera ante los objetos de estímulo, independientemente de las circunstancias funcionales del campo; lo mismo puede aplicarse a las condiciones que definen el estado del organismo o el contexto situacional en el entorno.

El medio de contacto se refiere a todas las condiciones necesarias para que pueda darse una interacción, esto es, designa el conjunto de circunstancias que posibilitan una interacción. Cuando corresponda a las propiedades fisicoquímicas de la interacción, reconociendo éstas como una abstracción límite, quedarán a cargo del campo de estudio disciplinario de la fisicoquímica; lo mismo puede decirse del medio de contacto ecológico, como abstracción límite contenida empíricamente por la biología. En lo que toca al medio de contacto normativo, éste reconoce las convenciones, reglas y prácticas que constituyen las instituciones, relaciones y costumbres sociales como contenido concreto de la ciencia social. No obstante, los autores consideran importante ahondar en este caso particular en dos aspectos: primero, que el medio de contacto normativo implica la necesidad de identificar sistemas de reglas y convenciones particulares para el campo diferencial que lo contiene como posibilitador. La naturaleza convencional de las

prácticas sociales establece la necesidad de identificar, o cuando menos aceptar, la diferencialidad de las relaciones posibles que cada medio particular posibilita. Segundo, que en la medida en que el medio de contacto normativo implica, por definición, relaciones convencionales, la probabilidad de interacciones en un campo así especificado establece la necesidad de disponer de sistemas reactivos que correspondan a la convencionalidad establecida.

De esta manera Ribes y López (1985) consideran al campo interconductual como un sistema de contingencias. En relación a este concepto (el de contingencia), los autores afirman que éste juega un papel clave dentro de dicho modelo si se le considera como un elemento “puente”. Los autores argumentan perfectamente que, dado que el concepto de contingencia, tomado en su integridad de los supuestos teóricos del conductismo clásico, significa dependencia recíproca entre eventos, así como dependencia no necesariamente referida a su presentación, sino también a las propiedades funcionales de los mismos, éste puede describir las interacciones organismo-ambiente y su organización diferencial en términos de relaciones de campo. La organización de los factores constitutivos de un campo interconductual en la forma de relaciones de contingencia cualitativamente distintas, puede proporcionar un criterio adecuado para clasificar las funciones de estímulo-respuesta, identificada como procesos estructurados en niveles jerárquicos diferenciales.

Es así como Ribes y López (1985) proponen que para analizar las interacciones particulares entre el organismo y el ambiente cuando se caracteriza el campo como un sistema de organizaciones de contingencias interdependientes, es fundamental identificar y describir formas generales de estructuración de las dependencias de presentación de los eventos y de sus propiedades funcionales mediante el análisis de las interacciones como segmentos sincrónicos. Los parámetros cuantitativos de estas interdependencias deben considerarse como subordinados a la caracterización cualitativa de las relaciones. La distinción de formas cualitativas de una interacción como organización de un campo de contingencias, deviene de la identificación de tipos de *mediación* de dichas relaciones de contingencias. Dicha mediación, los autores la definen como el

proceso por el cual diversos eventos entran en contacto recíproco directo y/o indirecto. Esta mediación constituye fundamentalmente un proceso en el que un elemento, participativo de una relación de interdependencias más o menos complejas, es decisivo o clave como propiedad estructurante de la organización del sistema interactivo. Diversas formas de participación estructurante arrojarán diferentes formas cualitativas de organización del campo de contingencias. De este modo las funciones estímulo-repuesta pueden ser descritas como contactos organismo-ambiente, las cuales presentan formas de mediación estructurantes de un campo de contingencias interdependientes.

Otros de los conceptos importantes en el modelo de Ribes y López son las morfologías, el desligamiento funcional y el de competencias conductuales. Las morfologías son los elementos que integran las relaciones de estímulo-respuesta y pueden ser propiedades no organísmicas, organísmicas o convencionales. Por propiedades no organísmicas se consideran los elementos fisicoquímicos como el calor, sabor, olor, etc. que hacen contacto directo o indirecto con los sistemas sensoriales del organismo, o bien las propiedades de un organismo que afectan a otro organismo, pero únicamente en términos fisicoquímicos, produciendo efectos sólo a niveles biológicos.

En cuanto a las propiedades organísmicas, éstas se entienden como la conducta de un organismo generando estímulos que puede afectar a otro organismo en términos de movimiento o acción, dependiendo de la historia interactiva del organismo al cual afecta, y del momento en que el intercambio ocurre.

Las propiedades convencionales, por su parte, son asignadas por las normas que rigen el comportamiento de un determinado grupo social y trascienden produciendo impactos en el comportamiento a distancia tanto en tiempo como en espacio. Cabe aclarar aquí, que la morfología de estímulo y respuesta puede tener propiedades convencionales, organísmicas y no organísmicas al mismo tiempo o poseer cualquiera de estos atributos.

El desligamiento funcional: en esta instancia queda contemplada la posibilidad que tiene el organismo de responder de manera autónoma y variable

ante diversos eventos, independientemente de las situaciones concretas y de los parámetros espacio-temporales. Los factores que influyen en el desligamiento son:

- a) la diferenciación sensorial,
- b) la capacidad manipulativa que implica poder cambiar los eventos situacionales operando en el ambiente,
- c) lo social que implica el contacto con otros organismos que resulta determinante para que un organismo desarrolle formas de comportamiento diferencial ante organismos que fungen como objetos de estímulo facilitando el desarrollo de los diversos sistemas reactivos al interactuar de manera funcional,
- d) las estructuras convencionales en donde se resalta el uso del lenguaje que no sólo hace posible responder ante reglas sino crear y transformar convencionalismos.

Las competencias conductuales son clases interactivas definidas en términos de las propiedades morfológicas de los eventos de estímulo y de respuesta. En este sentido, una misma competencia, entendida como disponibilidad interactiva respecto a morfologías de conducta y eventos, puede tener diferentes niveles de organización cualitativa de la conducta.

Es importante señalar aquí que cuando se hace referencia al comportamiento funcional, se está haciendo referencia a una forma particular de interacción entre un organismo y el ambiente. A este respecto Ribes y López clasificaron en cinco niveles los diferentes tipos de interacción específica: el nivel contextual, el suplementario, el selector, el sustitutivo referencial y el sustitutivo no referencial.

Es así como Ribes y López, basados en el pensamiento de Kantor, formulan la Teoría Interconductual del comportamiento humano. En resumen, dicha teoría es un modelo psicológico representacional de la conducta como interacción, esto es, como relación de interdependencia y afectación recíproca entre el organismo y su medio, en donde los componentes atienden tanto a las variables en interacción directa (causa eficiente) como a los factores contextuales probabilizadores de, o necesarios para la interacción (causa formal y material) operando al mismo tiempo en cada episodio interactivo (causa final). De esta

manera los autores estipulan que **el objeto de estudio de la Psicología es el conjunto o serie de interacciones que se llevan a cabo entre el individuo y sus ambientes biológico y social:** “toda interacción psicológica supone la operación de un organismo en relación con un medio físico y/o normativo (convencional). Sin embargo, la psicología no está encargada ni de la operación biológica ni de los procesos de construcción de la convencionalidad cultural. *A la psicología corresponde el estudio de la interacción misma, de las que lo biológico y lo social son condiciones que la enmarcan*” (Ribes, 1992; en Vega, 1994; pag. 98). Siendo los ambientes biológico y social transformables en y por la historia del individuo y las interacciones se pueden dar en diferentes niveles de mediación (Landa, 1996; Chávez, 2000; Santacreu, Hernández, Adarraga y Márquez, 2002).

CAPÍTULO 3

LA TEORÍA INTERCONDUCTUAL DE LA PERSONALIDAD

Debido a lo expuesto anteriormente queda claro que los individuos difieren entre sí en sus formas de interacción. Es por ello que no se puede clasificar a dos individuos como poseedores de un mismo estilo: siempre se encontrarán diferencias entre uno y otro, ya que las formas de interacción son precisamente eso, modos de interactuar. Este estilo único y particular de cada individuo, es lo que caracteriza o conforma su personalidad, y ésta, a lo largo de la historia de la Psicología, ha sido objeto de estudio en incontables ocasiones y no han sido pocos los autores que la han abordado, dando todos ellos una definición particular de la misma.

3. 1. Definiciones de Personalidad

Craig (1994), por ejemplo, menciona que la personalidad es un patrón congruente de la conducta social y emocional que se obtiene entre los 02 y 06 años de edad. Según esta autora, las formas personales cultivadas en estos años constituyen a menudo el fundamento de patrones permanentes de comportamiento. Angyal (1992), por su parte, estipula que la personalidad debe considerarse como una organización multivalente y pluralista en donde se logran integrar un sin número de componentes que se reordenan unos tras otros en cierta variedad de patrones, según su funcionamiento. Para Marx y Hillix (1992) es el modo singular en que están organizados los rasgos, las actitudes, las habilidades, etcétera en un individuo. González (1993) menciona que es la organización sistémica, viva y relativamente estable de las distintas formaciones e integraciones psicológicas, que participan activamente en las funciones reguladoras y autorreguladoras del comportamiento humano. Papalia y Wendkos (1999) concuerdan también con esta afirmación al comentar que la personalidad es el conjunto de rasgos de carácter, comportamiento, temperamento, emocionales y mentales de una persona. Thomas (2000) asevera que es la integración dinámica de los rasgos cognoscitivos, afectivos y biológicos que caracterizan a un individuo,

y que determinan su ajuste singular al entorno físico y social en el cual éste se desarrolla, además de su forma particular de comportamiento; mientras que en la opinión de Weiss y Krantz (2001) la personalidad es el conjunto de atributos permanentes que forman la constitución psicológica del hombre. Brody y Ehrlichman (2000) la definen como aquellos pensamientos, sentimientos, deseos, intenciones y tendencias a la acción que contribuyen a los aspectos importantes de la individualidad. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) encontramos que la personalidad se define como el conjunto de patrones de comportamiento para percibir o relacionarse con el ambiente y con uno mismo, patrones que se manifiestan en gran variedad de contextos sociales y personales importantes (en Marmar, 2001).

De esta manera podemos observar que la mayoría de las definiciones de personalidad concuerdan en que ésta es un patrón consistente de pensamiento, sentimiento y comportamiento profundamente incorporado, que persiste por largos períodos de tiempo y cuya influencia está relacionada de manera importante en la adaptación del individuo a su medio ambiente natural y social.

Con respecto a cómo se adquiere y/o desarrolla la personalidad, han existido también teorías que han marcado varios lineamientos para responder esta interrogante. A continuación daremos una breve reseña de algunas de las más significativas a lo largo de la historia de la psicología.

3. 2. Sigmund Freud (1856-1939)

Para Freud las claves de la naturaleza subyacente de la personalidad se encuentran en la infancia, específicamente entre el nacimiento y los cinco años de edad. Durante esta época aparece mucho de la personalidad de un individuo.

Freud creía que el recién nacido estaba gobernado por una fuente de motivos y deseos a la que denominó *ello*. El *ello* es el componente primitivo y hedónico de la personalidad, y se basa en el principio del placer, esto es, fuerza al individuo a la búsqueda de la gratificación (satisfacción) constante e inmediata de los impulsos: los infantes sólo están interesados en lo que ellos desean y cuando no obtiene la gratificación a tiempo, empiezan a comportarse de manera

inadecuada e incómoda (para los padres, claro). Conforme el niño madura biológicamente, se desarrolla el yo, el cual representa la razón o el sentido común y funciona bajo el principio de realidad. El objetivo del yo es encontrar maneras reales de satisfacer el ello para que el individuo logre adaptarse a las reglas de la sociedad. Por último, entre los tres y los seis años de edad, aparece el *superyo*, la conciencia, el “policía”. A medida que el niño se identifica con el padre de su mismo sexo, el superyo incorpora en su propio sistema de valores los “debes” y “no debes” aprobados por la sociedad (Craig, 1997; Papalia y Wendkos, 1999).

De esta manera podemos observar que para Freud lo que mueve el comportamiento humano son impulsos animales biológicos, instintivos, que buscan su satisfacción inmediata. Pero como el hombre está inmerso en un contexto social, debe adaptarse a las reglas que éste estipule. Los fracasos tempranos que se den durante esta adaptación tienen resultados duraderos.

Es así como Freud postula que la personalidad se desarrolla a través de varias etapas psicosexuales. Las tres primeras se llevan a cabo mucho antes de la pubertad; durante ellas, los niños centran su placer en varias partes del cuerpo llamadas zonas erógenas. La etapa oral es la primera y se presenta en la lactancia primera. La boca del niño se convierte en el centro de la estimulación y placer sensoriales. Más tarde, durante las etapas anal (de 1 a 3 años) y la fálica (de 3 a 5 años), el centro del placer se desplaza de la boca hacia las zonas genitales. Posteriormente viene un período de latencia que dura de los 6 a los 12 años. Es entonces que aparece la última etapa del desarrollo de la personalidad según esta teoría, la etapa genital. Debido a la maduración biológica del cuerpo, emergen los sentimientos sexuales acompañados de otros impulsos físicos. La meta de esta etapa es el establecimiento de una sexualidad adulta madura que, con el tiempo, estará acompañada de la reproducción biológica. Si las cosas bien, la persona tendrá las habilidades necesarias para crear un balance sensato que controle su comportamiento en los diferentes ámbitos donde se desenvuelva (Craig, 1994; 1997; Papalia y Wendkos, 1999).

Si las personas sufren una frustración o gratificación intensas en alguna etapa psicosexual, pueden tener una fijación en las necesidades de esta etapa.

Más aún, la reacción de los padres frente a cualquiera de ellas puede influir profundamente en el desarrollo de la personalidad sana del niño. Por ello todas las etapas dependen de la resolución satisfactoria o no de la etapa anterior: los conflictos anteriores sin resolver pueden regresar y/o surgir de manera periódica como conductas inadecuadas en la edad adulta.

No cabe la menor duda de que el pensamiento de Freud abrió una brecha importantísima para el estudio de la personalidad, a grado tal que, aún hoy en día, sigue teniendo una enorme influencia. Contribuyó de manera significativa en una nueva comprensión del comportamiento infantil, y ejerció un gran impacto en las prácticas de crianza. Mostró la relevancia de las emociones y/o pensamientos inconscientes, la ambivalencia y la importancia de las primeras relaciones padres-hijos, y muchos aspectos del funcionamiento emocional, además de crear la conciencia de que las personas son criaturas sexuales desde el nacimiento. No obstante, la mayor parte de su teoría parece esclavizar o degradar a la mujer, tal vez debido a sus raíces en el sistema social de la era victoriana, el cual estaba convencido de la superioridad del hombre. Asimismo basó dicha teoría en una clientela de adultos considerados neuróticos de clase media alta que asistían a terapia en su consultorio, y no en un promedio de una población infantil. Su visión, centrada en los conflictos, parece demasiado estrecha, y el énfasis en la importancia de las primeras experiencias sobre el desarrollo de la personalidad no toma en cuenta otras influencias como por ejemplo, los aspectos sociales o las experiencias posteriores (Papalia y Wendkos, 1999).

3. 3. Erik Erikson (1904-1994)

La teoría del desarrollo de la personalidad propuesta por Erikson, a diferencia de la Freud, es psicosocial, no psicosexual. Aunque Erikson aceptaba como Freud que las experiencias tempranas son en extremo significativas, veía el desarrollo de la personalidad como un proceso dinámico y continuo desde el nacimiento hasta la muerte. También creía que la gratificación de los instintos era una fuerza esencial de la vida, pero encontraba que el ordenamiento y la integración de la experiencia (lo que él llamó *síntesis del yo*) era igualmente

importante. Hacía especial énfasis en las influencias sociales y culturales antes que las del placer derivado de la estimulación de las zonas erógenas. De ahí que a su doctrina se le llame psicosocial. Su concepto central es el de *la adquisición de la identidad del yo*, ya que él pensaba que variaba con cada cultura (Craig, 1997).

La teoría del desarrollo de la personalidad formulada por Erikson hace un seguimiento de ésta durante cada uno de los ocho períodos o etapas de edad en que divide la vida humana. Cada etapa representa una crisis en la personalidad que implica un conflicto diferente y cada vez mayor. Metcalf y Rowe (2001) mencionan que las etapas de Erikson son epigenéticas ya que el éxito de cada etapa subsecuente depende en parte de qué tan bien se haya dominado la anterior; cada una se representa por un equilibrio personal, intrapsíquico o psicosexual e interpersonal o psicosocial, siendo dicho equilibrio dinámico y afectado en gran medida por las relaciones personales y por la cultura en que se desenvuelve el individuo. Si el individuo se adapta a las exigencias de la crisis que representa cada etapa, el yo continuará su desarrollo hasta que se presente la próxima. Si la crisis no se resuelve de modo satisfactorio, su presencia continua interferirá el sano desarrollo del yo. Todas las etapas de crisis que describe esta teoría contienen un aspecto positivo y uno negativo. La solución satisfactoria de cada una de las ocho crisis requiere que ambos rasgos se equilibren. Aunque debe predominar la cualidad positiva, es necesario que permanezcan rasgos de la cualidad negativa. Las ocho etapas de la teoría psicosocial de Erikson:

- 1) Confianza contra Desconfianza (Nacimiento a un año)
- 2) Autonomía contra Vergüenza y Duda (dos a tres años)
- 3) Iniciativa contra Culpa (cuatro a cinco años)
- 4) Industriosidad contra Inferioridad (seis a 11 años)
- 5) Identidad contra Difusión del Yo (12 a 18 años)
- 6) Intimidad contra Aislamiento (Juventud)
- 7) Generatividad contra Estancamiento (Adulthood)
- 8) Integridad contra Desesperación (Madurez) (Papalia y Wendkos, 1999; Craig, 1997).

La solidez de la teoría de Erikson radica en que reconoce las influencias sociales y culturales en el desarrollo de la personalidad, sobrepasando el punto de vista freudiano centrado en los aspectos biológicos y de maduración. Además cubre todas las etapas, mientras que Freud sólo llega a la adolescencia. El enfoque de Erikson ve la posibilidad de crecer, cambiar y desarrollarse durante toda la vida. Pero como Freud, Erikson ha sido criticado con un prejuicio antifeminista al tomar al varón como una norma de personalidad saludable. También algunos de sus conceptos son difíciles de evaluar de manera objetiva o no pueden tomarse como base de alguna investigación (Papalia y Wendkos, 1999; Craig, 1997).

3. 4. Gordon Allport (1897-1967)

La postura de Allport con respecto a la personalidad, hace énfasis en la singularidad del individuo, los procesos cognoscitivos de éste y los motivos internos que influyen en su conducta. Para él la personalidad es la organización dinámica de sistemas psicofísicos dentro del individuo que determina su conducta característica y pensamiento. Allport se refiere a la personalidad como una organización dinámica porque considera que ésta no es una colección de componentes fragmentados que actúan independientemente entre sí; de hecho la ve como un esfuerzo hacia la unidad en constante evolución y cambio. Allport acepta que las influencias circunstanciales tienen un efecto en la conducta del individuo, pero afirma también que es la propia percepción del individuo acerca de estas influencias la que determinaba su conducta. De esta manera Allport asegura que aún cuando la conducta parece ser controlada por fuerzas externas, en realidad es controlada por fuerzas internas: aunque las situaciones juegan un papel importante en la conducta, lo que la determina son los rasgos y otras características internas del individuo. Allport se refiere a estos factores internos como *sistemas psicofísicos*; término que implica que la personalidad está conformada por elementos mentales y corporales organizados en una unidad inextricable.

El principal concepto en la teoría de la personalidad de Allport es el de *rasgo*, definiendo éste como un sistema neuropsicológico generalizado (peculiar del individuo), con la capacidad de interpretar y manejar muchos estímulos funcionalmente equivalentes, y de iniciar y guiar formas consistentes (equivalentes) de conducta adaptativa y expresiva (Allport, en Ryckman, 2000). El rasgo, existe pero es invisible; su existencia se infiere al observar las consistencias en la conducta del individuo.

De acuerdo con este autor, a lo largo de la vida de una persona, ésta va adquiriendo diferentes tipos de rasgos, mismos que están contenidos en lo que el llamo *Propium*, o *Self* (Ser). Hacer aquellas cosas que son coherentes con lo que somos; esto es funcionamiento *propium* (propio). Allport sugirió que el *Self* está compuesto por aquellos aspectos de la experiencia que percibimos como esenciales, cálido y central (www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad). El *Self* tiene 7 funciones, las cuales tienen a surgir en ciertos momentos de la vida:

- 1.- Sensación del cuerpo
- 2.- Identidad propia
- 3.- Autoestima
- 4.- Extensión de uno mismo
- 5.- Auto imagen
- 6.- Adaptación racional
- 7.- Esfuerzo o lucha propia (*Propriate*)

Allport asegura también que algunos rasgos están mucho más atados al *proprium* (el propio yo de cada uno) que otros. Los *rasgos centrales* son la piedra angular de la personalidad. Cuando describimos a alguien, con frecuencia usamos palabras que se refieren a los siguientes rasgos centrales: listo, tonto, salvaje, tímido, chismoso, etcétera. También existen los llamados *rasgos secundarios*, aquellos que no son tan obvios o tan generales, o tan consistentes. Las preferencias, las actitudes, son todos secundarios. Por ejemplo, cuando decimos que alguien se pone rabioso si se intenta hacerle cosquillas. Pero además están también los *rasgos cardinales*. Estos son aquellos rasgos que tienen algunas personas que prácticamente definen sus vidas. Aquel que, por ejemplo, pasa toda

su vida buscando fama o fortuna, o sexo, es una de esas. Con frecuencia, usamos personajes históricos específicos para nombrar este tipo de rasgos: Juana de Arco (heroica y sacrificada); Madre Teresa (servicio religioso). Relativamente pocas personas desarrollan un rasgo cardinal y si lo hacen, es en un período bastante tardío en la vida (www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/allport.htm).

También existen los *rasgos comunes*, que son categorías para clasificar grupos de personas en una dimensión particular, por ejemplo, los compartidos por determinada cultura o grupo social. Y por último, están las *disposiciones personales*, definidas como aquellas características únicas del individuo, características no compartidas con otros individuos. En la consideración de Allport, las disposiciones personales reflejaban exactamente la estructura de la personalidad del individuo (Ryckman, 2000).

Si posees *proprium* bien desarrollado y un rico y adaptativo grupo de disposiciones, has logrado una *madurez psicológica*, término de Allport para la salud mental. Establece siete características:

- 1.- Extensiones del Self, específicas y duraderas como el compromiso.
- 2.- Técnicas de relacionarse cálidamente orientadas a la dependencia de los demás (confianza, empatía, sinceridad, tolerancia, etcétera).
- 3.- Seguridad emocional y aceptación propia.
- 4.- Hábitos encaminados hacia una percepción realista (contrario a defensividad)
- 5.- Centramiento en los problemas y desarrollo de habilidades centradas en la solución de problemas.
- 6.- Objetivación del Self o lo que es lo mismo, desarrollar la introspección; reírse de uno mismo, etcétera.
- 7.- Una filosofía unificada de la vida, que incluya una particular orientación hacia la valoración; sentimientos religiosos diferenciados y una conciencia personal (www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/allport.htm).

Allport tampoco creía en mirar al pasado como forma de entender el presente de una persona. Esta creencia tiene su mayor evidencia en el concepto de *autonomía funcional*: los motivos actuales de un individuo son independientes

(autónomos) de sus orígenes. No importa, por ejemplo, el motivo por el cual quiso ser psicólogo, la cuestión es que ésa es la manera de ser que tiene ahora. La autonomía funcional se presenta de dos formas: la primera es la autonomía funcional perseverante. Se refiere esencialmente a los hábitos (conductas que ya no sirven para sus propósitos originales, pero que aún se mantienen) Por ejemplo, una persona podría haber empezado a fumar como símbolo de la rebeldía adolescente, pero ahora no puede dejarlo. La segunda es la autonomía funcional apropiada, que es algo más dirigida al self que los hábitos. Los valores constituyen el ejemplo más común. Quizás castigaron a la persona por ser egoísta cuando era pequeña. Sin embargo, esta acción, de ninguna manera le impidió ser generosa actualmente; más bien, se convirtió en un valor para ella (www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/allport.htm).

La principal aportación de Allport en el estudio de la personalidad fue el haber destacado la complejidad individualidad de la conducta, junto con la multiplicidad de los aspectos que la generan. Señaló acertadamente la necesidad de una determinación de la conducta presente por influencias presentes y conscientes e insistió que éstas ejercen mucho más poder sobre la conducta que las influencias inconscientes y las provenientes del pasado; estipuló que el informe verbal del individuo sobre las razones de su conducta probablemente sea la mejor fuente singular de información sobre esas razones, y que las intenciones conscientes proporcionan una indicación del comportamiento futuro del individuo mejor que cualquier búsqueda en su pasado. Sin embargo, las opiniones de Allport se basan más en la especulación filosófica y el sentido común que en estudios científicos. Por consiguiente, su teoría es muy estrecha, siendo limitada sobre todo a un modelo de motivación humana (Marx y Hillix, 1992).

3. 5. B. F. Skinner (1904-1990)

Tal vez Skinner no sea el pionero o fundador de este tipo de teorías, pero definitivamente sí el que más auge le dio, y por ende, su primer y más alto representante. Para este autor la personalidad simple y sencillamente no existe y por ello no desarrolla una teoría como tal de la misma (Staats, 1997). Según su

enfoque, la personalidad no es otra cosa que una colección de patrones de conducta, que a su vez provoca distintos patrones de respuesta. Cada respuesta se basa únicamente en experiencias previas y en la historia genética del individuo. Para Skinner no existe ningún ello, ni yo ni superyó, ni personalidad alguna, excepto cuando se caracteriza por una colección de conductas, o como afirma Ryckman (2000), sólo si establece criterios científicos que justifiquen su estudio. Hace énfasis en que una comprensión adecuada de las causas de la conducta elimina toda confusión y malos entendidos (Fadiman y Frager, 1997).

Es así como Skinner afirma que la llamada personalidad se desarrolla únicamente a través del aprendizaje. Conforme crecemos aprendemos numerosos hábitos, habilidades, actitudes, respuestas emocionales, prejuicios y complejos (DiCaprio, 1996). De esta manera Skinner garantiza que la personalidad es, en esencia, un producto ficticio que sólo existe en los ojos de quien la observa. El comportamiento es particular y sólo depende del aprendizaje y de las condiciones presentes, ya que la conducta es específica en cada situación: la personalidad es un conjunto de etiquetas que los individuos colocan en función de las conductas que expresan, dependiendo éstas, además, de las variables ambientales y de la frecuencia con que ocurren las mismas (www.tc.umn.edu/~cana0021).

Entre los conceptos básicos del enfoque de Skinner se encuentran el de *respuesta y estímulo*. Para él una respuesta es una representación de una conducta externa, observable y susceptible de relacionarse con el ambiente; el estímulo es todo evento con el cual puede conectarse una respuesta. De acuerdo con Skinner, toda conducta ocurre en todo tipo de situaciones y produce resultados. Dichas conductas son respuestas emitidas por el organismo, a las que él llamó *operantes*, las cuales se llevan a cabo en el ambiente para producir consecuencias. Las conductas operantes no son otra cosa que aquellas que el organismo realiza en su vida cotidiana: comer, beber, caminar, hablar, leer, escribir, etcétera. El establecimiento de una asociación entre una conducta y sus consecuencias se llama *condicionamiento operante*, y a través de éste la ocurrencia de una conducta se hace más o menos probable (Ryckman, 2000; Pervin, 1981). El condicionamiento operante tiene tres componentes: 1) el

ambiente o situación en donde ocurre la respuesta o conducta; 2) la conducta misma; y 3) el estímulo ambiental (consecuencia) que sigue a la conducta (Skinner, en Ryckman, 2000).

Es así como se puede observar que el eje central de la teoría de Skinner gira alrededor de las cualidades de las respuestas y en las relaciones de las mismas con los programas o esquemas de *refuerzo o reforzamiento*. El refuerzo es un estímulo que sigue a una respuesta, aumentando su probabilidad de ocurrencia. Todo aquello que funcione para aumentar la ocurrencia de una operante es un *reforzador*. Los programas de reforzamiento sirven para controlar la conducta. Skinner creía que la única manera de comprender ésta, era controlándola mediante la producción de cambios ambientales específicos; sólo así, decía el, se pueden descubrir las leyes elementales de la misma. Los programas de reforzamiento pueden basarse en un *intervalo temporal* o en un *intervalo de respuestas*. En el primer caso, el reforzador es administrado de tiempo en tiempo, sin tener en cuenta el número de respuestas producidas por el organismo. En el segundo caso la administración del reforzador depende de la producción de respuestas. Además, los reforzadores pueden administrarse de un modo regular o *fijo*, al cabo de un período determinado de tiempo o de un número constante de respuestas; de una manera *variable*, unas veces al cabo de un minuto y otras al de dos, o unas veces después de unas pocas respuestas y otras después de muchas (Pervin, 1981).

Cada programa de reforzamiento tiende a estabilizar la conducta de una manera diferente, y así como puede condicionarla mediante la presentación de reforzadores positivos, también puede ser modelada mediante la eliminación de un estímulo doloroso. Tal es el caso de la conducta de *huída*, en donde la respuesta es reforzada debido a su asociación con la terminación de un estímulo aversivo. Como puede observarse, la principal diferencia entre *reforzador positivo* y el *reforzador negativo*, es que en el primero la conducta es reforzada por la aparición de un estímulo, y en el segundo por la eliminación del mismo. Las situaciones de huída y/o de evitación son comparadas con otra situación aversiva:

el castigo. En el castigo, el estímulo aversivo es presentado inmediatamente después de la ocurrencia de una respuesta operante (Pervin, 1981).

Es así como Skinner concluye que las personas aprenden a lo largo de su vida que las conductas operantes que proporcionan satisfacción y las que producen dolor: el niño aprende a diferenciar entre estímulos o situaciones que ocasionan el refuerzo de conductas específicas y aquéllas que no refuerzan las mismas conductas. Las conductas simples se aprenden primero; después, conductas más complejas son adquiridas y usadas. Estas conductas se aprenden controlando los estímulos. No obstante lo anterior, Skinner afirmó además que las personas no sólo son organismos pasivos que simplemente responden de manera automática a las señales del refuerzo, también ejercen un autocontrol sobre ambiente, seleccionando y cambiando activamente las variables o situaciones del mismo para satisfacer sus propias necesidades (Ryckman, 2000).

Como se puede observar, la principal contribución de Skinner fue demostrar que a través del método científico se podía llegar a un mejor conocimiento y/o entendimiento del comportamiento humano (personalidad), ya que hace énfasis en las condiciones precisas y en la rigurosidad de los estudios de laboratorio. Con base en esta especificación cuidadosa de las situaciones la teoría de Skinner a podido diseñar y utilizar una diversidad de programas y técnicas que permiten cambiar, eliminar y/o enseñar ciertas pautas de comportamiento. Insistió muy poco en las estructuras internas y acentuó muchos las respuestas, que son conductas externas y observables. Sin embargo, dado que uno de los presupuestos implícitos de esta teoría es que el conocimiento de las unidades simples lleva al conocimiento de las leyes de las conductas complejas, simplifica la conducta del individuo al aplicar para ésta las mismas leyes que generan la conducta en ratas y otros animales infrahumanos. De hecho, los principios de la teoría de Skinner se derivaron precisamente de la investigación con estos seres. En relación a las conductas complejas, definidas como las formas en las cuales el individuo recibe, organiza y transmite información, se hicieron a un lado para concentrarse en las respuestas simples y específicas. Además se enfocó en los terminantes ambientales y en las leyes generales de la conducta olvidando así las diferencias

individuales, primordiales también para el análisis de la personalidad (Papalia y Wendkos, 1999; Craig, 1997; Pervin, 1981).

3. 6. Albert Bandura (1925-)

El conductismo, con su énfasis sobre los métodos experimentales, se centraba en aquellas variables que podían observarse, medirse y manipularse, y rechazaba todo aquello que era subjetivo, interno y no disponible a la observación directa. El procedimiento estándar de estos métodos era manipular una variable y luego medir sus efectos sobre otra variable. Todo esto llevaba a la afirmación de que el entorno del individuo causa su comportamiento. Bandura no estuvo de acuerdo con esta afirmación ya que la consideraba un poco simple para el fenómeno que observaba (agresión en adolescentes). Sugirió entonces que así como el ambiente causaba el comportamiento, éste último generaba también al primero. Definió este concepto con el nombre de *determinismo recíproco*: el mundo y el comportamiento de una persona se causan mutuamente (wwwpsicologia-online.com/ebooks/personalidad/bandura.htm).

Más tarde, empezó a considerar a la personalidad como una interacción entre tres “cosas”: el ambiente, el comportamiento y los procesos psicológicos de la persona. Estos procesos consisten en la habilidad del individuo para abrigar imágenes en la mente y en el lenguaje. El añadido de imaginación y lenguaje a su teoría de la personalidad, permitió a Bandura teorizar mucho más efectivamente con respecto al aprendizaje por la observación (modelado) y la auto-regulación (wwwpsicologia-online.com/ebooks/personalidad/bandura.htm).

De acuerdo con Bandura, el individuo representa simbólicamente los eventos provenientes de su medio ambiente por medio del lenguaje verbal y de su imaginación, y de esta manera consigue guiar su conducta. Es así como el individuo predice las probables consecuencias de su conducta y modifica sus acciones con base en ello (Ryckman, 2000).

Además, aunque Bandura otorga un papel importante a los procesos cognitivos, no ignora los efectos de los reforzadores sobre la personalidad. Sin embargo, también considera que el reforzamiento, ya sea positivo o negativo, no

fortalece o debilita automáticamente la conducta del individuo, y tampoco explica completamente las formas en que dicha conducta es adquirida, mantenida o alterada. Desde la perspectiva de Bandura, mucha de la conducta de una persona no está controlada por la administración inmediata de un reforzador externo. Como resultado de experiencias tempranas, la persona tiende a saber qué conductas producirán los efectos que ella desea, qué conductas generan resultados no deseados y qué conductas tendrán un impacto poco significativo. La conducta es entonces regulada en gran medida por los *resultados anticipados*: la persona toma decisiones basándose en la anticipación de las consecuencias de su conducta (Ryckman, 2000).

Bandura también asegura que la conducta puede adquirirse sin la administración de reforzadores externos. Las personas adquieren mucho de su comportamiento al observar la conducta ajena y sus consecuencias, deducen los principios básicos de sus observaciones y formulan reglas de acción y conducta: todos los individuos aprenden una amplia gama de conductas al observar e imitar (o evitar) las acciones de las personas que les rodean. A este proceso Bandura lo denominó *aprendizaje observacional* (Craig, 1997).

El aprendizaje observacional intenta explicar el aprendizaje de nuevas y complejas pautas de conducta sin necesidad de administrar reforzadores. En el aprendizaje observacional la persona objeto de observación recibe el nombre de modelo, y los procesos implicados en él son la imitación y la identificación. El aprendizaje observacional está gobernado por cuatro subsistemas principales: 1) procesos de atención; 2) procesos de retención; 3) procesos de reproducción motora; y 4) procesos motivacionales y reforzadores. Para que se produzca el aprendizaje observacional, es preciso que la persona atienda a la conducta de un modelo, registre los estímulos relevantes y los transforme en formas representativas adecuadas; y después esté lo suficientemente motivada como para extraer las imágenes y los símbolos verbales pertinentes, de modo que los transforme en conductas patentes (Pervin, 1981).

Ryckman (2000) comenta que aún cuando el aprendizaje observacional parece un proceso simple, en realidad es algo mucho más complejo. Las

recompensas y/o castigos asociados a la conducta del modelo también afectan la conducta imitativa del observador. A esto se le llama *reforzamiento vicario*, y significa que la conducta no sólo se adquiere observando el comportamiento del modelo, sino también observando las consecuencias de dicho comportamiento. Mediante el reforzamiento vicario puede condicionarse, además de conductas concretas, muchas reacciones emocionales. Esta formulación sugiere que el individuo puede aprender una variedad de conductas, pero decide activamente si las lleva a cabo o no, según su estimación acerca de las consecuencias que dichas conductas tendrán. Es por lo anterior que no todos los individuos adquieren las pautas de conducta del modelo que observan, y al parecer, esto tiene alguna relación también con 1) las características del modelo, por ejemplo, su prestigio; y 2) las características del observador por ejemplo, su dependencia a las personas (Pervin, 1981).

Es así como las experiencias juegan un papel determinante en el desarrollo de la personalidad, según la teoría de Bandura. Desde la infancia, el individuo adquiere nuevas conductas observando las de sus cuidadores. Aprende a imitar la conducta de sus padres por medio de recompensas y castigos. La conducta recompensada tiende a repetirse, y cuando es ejecutada en presencia de otras personas, es recompensada positivamente. Como resultado de esto, el individuo aprende a temprana edad a observar la conducta de modelos socialmente aceptables, y a no observar los modelos no aceptables socialmente hablando. Sin embargo, la adquisición de formas complejas de conducta no siempre ocurre de manera simple y directa. Desde su niñez el individuo constantemente se encuentra expuesto a modelos múltiples, quienes muchas veces presentan conductas contradictorias. Por ejemplo, un padre puede castigar a su hijo por hablar en presencia de ciertos invitados, mientras que la madre recompensa la misma conducta. De esta manera muchas conductas no son reforzadas de modo consistente o congruente. A este respecto Bandura asegura que el mantenimiento y/o extinción de ciertas conductas dependen de la aplicación de varios programas de reforzamiento combinados. Los reforzadores aplicados en estos programas son administrados de diversas y complicadas formas por varios agentes

socializadores, tales como familiares, profesores, amigos, etcétera (Ryckman, 2000).

Incuestionablemente Bandura ha tenido una aportación determinante en el estudio de la personalidad al destacar que el individuo es un ser capaz de dar sentido y significado a lo que aprende; es decir, recibe la información, la procesa, elabora planes de actuación, toma decisiones y las ejecuta (conductas complejas). a diferencia de Skinner, que se ocupó de estudiar y controlar las variables externas únicamente, Bandura analizó los procesos internos del individuo partiendo de la creencia de que es la mente la que dirige a éste y no los estímulos externos, produciéndose además un continuo reajuste entre el individuo y el medio (www.monografias.com/trabajos13/teapre/teapre2.shtml). No obstante, también simplifica la conducta, tampoco aborda el estudio de las diferencias individuales, ignora factores de maduración biológica importantes y carece también del rigor propio de la tradición de laboratorio (Pervin, 1981).

3. 7. Abraham Maslow (1908-1970)

Maslow es considerado el fundador y líder espiritual de la llamada psicología humanista. Para él la personalidad no sólo está determinada por las fuerzas inconscientes o por las influencias ambientales. En su teoría, todas las personas son básicamente buenas y se esfuerzan constantemente para alcanzar su *autorrealización*, definiendo ésta como el desarrollo y empleo máximos de todos sus talentos, habilidades, posibilidades, etcétera. Para lograr dicha autorrealización, el individuo debe de cumplir y/o satisfacer una serie de necesidades, tanto biológicas como psicológicas. Maslow agrupó estas necesidades en dos tipos básicos: 1) *las necesidades de déficit o deficiencia*, que se caracterizan por representar la falta de algo (alimento, agua, seguridad) y que son indispensables para la supervivencia del individuo y motiva a éste a proporcionarse a sí mismo; 2) *las necesidades del ser*, consideradas las más altas y esenciales para lograr el estado de autorrealización; deseo de sabiduría o sentido de la estética. Según Maslow, las necesidades de deficiencia son más potentes y tienen una gran influencia sobre la conducta que las necesidades del

ser, por ello generalmente se satisfacen primero las necesidades de deficiencia que las del ser (Carducci, 1998).

Con base en lo anterior, Maslow propone una jerarquía de cinco necesidades que actúan y dirigen el comportamiento humano; la famosa pirámide de Maslow (figura 1).



Figura 1. La pirámide de necesidades de Maslow.

Las necesidades fisiológicas incluyen las necesidades que tenemos de oxígeno, agua, proteínas, sal, azúcar, calcio y otros minerales y vitaminas; también aquellas dirigidas a mantenernos activos, a dormir, a descansar, a evitar el dolor, etcétera. Cuando las necesidades fisiológicas se mantienen compensadas, entran en juego *las necesidades de seguridad*, las cuales se refieren a la preocupación del individuo por hallar cuestiones que provean seguridad, protección y estabilidad emocional, laboral y económica principalmente. Al satisfacerse las necesidades fisiológicas y de seguridad, aparecen *las necesidades de pertenencia*, en donde el individuo empieza a tener necesidades de amistad, de pareja, de niños y relaciones afectivas en general, incluyendo la sensación de comunidad, como por ejemplo, ser miembro de una iglesia, ser parte de una pandilla o pertenecer a un club social. Posteriormente se presentan *las necesidades de estima*, que comprende las necesidades de respeto del individuo hacia él mismo, incluyendo sentimientos de confianza, competencia, logros,

independencia y libertad; además la búsqueda por el respeto de los demás, la necesidad de estatus, fama, gloria, reconocimiento, atención, reputación, apreciación, dignidad e incluso dominio (www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/maslow.htm). Cuando el individuo está alimentado, vestido, abrigado, establecido en un grupo y tiene una razonable confianza en sus habilidades, se encuentra listo para intentar su autorrealización.

Maslow describió estas necesidades como instintivas ya que consideró que ellas tenían un componente hereditario. No obstante, pueden ser afectadas por el aprendizaje, las expectativas sociales y el miedo a la desaprobación, y las conductas que se utilicen para satisfacerlas varían de un individuo a otro. Además, continua Maslow, por lo general una sola necesidad dominará la personalidad del individuo. La satisfacción de cada una de estas necesidades dependerá de la satisfacción de la anterior en la jerarquía. Por ejemplo, las personas que son exitosas en sus carreras no están controladas por sus necesidades fisiológicas o de seguridad, ellas están más motivadas por las necesidades de estima o de autorrealización. Maslow sugirió también que el orden de las necesidades puede cambiar. Si una crisis económica genera la pérdida de empleo de una persona, las necesidades fisiológicas y de seguridad pueden reasumir un papel prioritario (Schultz y Schultz, 2001).

Maslow propuso también un segundo conjunto de necesidades innatas: *las necesidades cognitivas*, específicamente las *necesidades de conocimiento y de entendimiento*. Estas necesidades aparecen en la infancia y son expresadas como una curiosidad natural y espontánea de los niños. Sin embargo, aún cuando este tipo de necesidades no son aprendidas, las acciones de los padres y/o maestros inhibir dicha curiosidad. La no satisfacción de estas necesidades es perjudicial, y dificulta el pleno desarrollo y funcionamiento de la personalidad. Maslow subraya la importancia de las necesidades cognitivas, ya que éstas permiten al individuo darle significado al ambiente en el cual se desarrolla (Schultz y Schultz, 2001).

Además de las necesidades innatas en el desarrollo de la personalidad, Maslow asegura que en ésta también juegan un papel importante las *variables situacionales*. El individuo expresa sus necesidades en sus acciones o conductas

mediante la relación con otros individuos y con las diferentes situaciones o eventos a los que se enfrenta en su ambiente social y físico. La forma en que estas situaciones influyan en el comportamiento del individuo va depender de cómo perciba éste dichas situaciones. De esta manera Maslow concluye que la conducta del individuo está determinada por la motivación de las necesidades innatas (variables personales) y por la forma en cómo percibe su mundo (variables situacionales).

Otro concepto fundamental en la teoría de la personalidad de Maslow, es el de *metamotivación*, a veces también llamada motivación-B o motivación del Ser. La metamotivación se refiere a la conducta originada por las necesidades y valores del desarrollo. De acuerdo con Maslow, esta clase de motivación es mucho más común entre la gente que alcanza su autorrealización, la cual, por definición, ya ha sido gratificada en sus niveles inferiores. La metamotivación a menudo toma la forma de una consagración hacia ideales o metas o “algo fuera del individuo mismo”. Maslow a su vez, afirmó que también existen las *metanecesidades*, que son la continuación de las necesidades básicas y cuya frustración origina las *metapatologías*, las cuales se traducen en una carencia de valores, de significado y de plenitud en la vida. El autor sostuvo que un sentido de identidad, una carrera que valga la pena, así como la consagración a un sistema de valores, son cosas tan esenciales para el bienestar del individuo, como la alimentación, la seguridad y la estima (Fadiman y Frager, 1997).

Maslow ha sido una figura muy importante e inspiradora dentro de las teorías de personalidad. Especialmente en la década de los 60, en aquellas personas que ya no estaban satisfechas con las explicaciones conductistas y/o psicoanalíticas de la personalidad, y que buscaban un sentido y un propósito en sus vidas, un sentido incluso hasta místico y trascendental. Maslow dejó un mensaje muy claro: la psicología es, en primer y más importante lugar, lo humano; lo que atañe a las personas, a personas reales en vidas reales y no tiene nada que ver con análisis estadísticos, comportamientos en ratas, puntuaciones de tests y laboratorios. La crítica más común concierne a su metodología: el escoger a un número reducido de personas que él mismo consideraba autoactualizados, luego

leer sobre ellos o hablar con ellos y llegar a conclusiones acerca de lo que es la autoactualización no suena científico para mucha gente. Otra cuestión es que él se ocupa de cuánto nos preocupamos por nuestras necesidades básicas antes de que la autoactualización entre en escena. Sin embargo, podemos encontrar muchos ejemplos de personas que exhiben aspectos propios de la autoactualización y que han estado lejos de haber cubierto sus necesidades básicas. Muchos artistas y autores, por ejemplo, sufrieron de pobreza, mala crianza, neurosis y depresión. Y también hay ejemplos de personas que fueron creativos mientras eran desconocidos y al alcanzar el éxito dejaron de serlo. Quizás todos estos ejemplos sean excepciones y la jerarquía de necesidades se mantiene como fundamental en la generalidad, pero las excepciones dan qué pensar (www.ship.edu/~cgboeree/maslowesp.html).

3. 8. Carl Rogers (1902-1987)

Rogers es uno de los teóricos contemporáneos de mayor influencia por su visión de los seres humanos como poderosos arquitectos de sí mismos. Ha desarrollado una teoría de la personalidad centrada en el concepto de sí mismo como núcleo de la misma. Fue el creador de un tipo muy popular de psicoterapia conocido inicialmente como no-directiva o centrada en el cliente y posteriormente como terapia centrada en el cliente.

Rogers desarrolló sus formulaciones acerca de la estructura y dinámica de la personalidad con base en su trabajo psicoterapéutico. Desde su perspectiva, el ser humano no es “malo” por su naturaleza y tampoco es un perfecto esclavo de su ambiente. Al contrario, el hombre es básicamente bueno, sano, consciente de su libertad de elegir y de las consecuencias de sus decisiones, orientado hacia lo constructivo y positivo y, por ende, en constante cambio (www.mundogestalt.com/cgi-bin/palm.cgi?id=173).

Rogers también rechazó la noción de que los eventos pasados ejercen una influencia controladora en la conducta presente. Aunque reconoció que las experiencias en la infancia afectan la manera en como todo individuo percibe su medio ambiente, Rogers insistió que los sentimientos y emociones actuales tienen

un impacto mayor en la personalidad. Debido a este énfasis de conciencia de las experiencias presentes, Rogers sugirió que la personalidad sólo puede entenderse desde el propio punto de vista del individuo, esto es, basándose en las experiencias subjetivas del mismo (Schultz y Schultz, 2001).

Las experiencias subjetivas se refieren a las maneras únicas en cada persona ve el mundo. Como resultado cada persona tiene un modo único de percibir estas experiencias y las respuestas ante ellas son también únicas. Por ejemplo, una persona podría responder a la pérdida de un trabajo con ansiedad y depresión debido a que percibe este hecho como una gran pérdida de seguridad. Otra persona, en cambio, puede responder con un sentido de optimismo a los desafíos que un nuevo trabajo podría traer. Así, desde la perspectiva de Rogers, es más importante saber cómo la persona ve el evento en el aquí y ahora, que saber la naturaleza del propio evento (Carducci, 1998). A este punto de vista se le llama *fenomenológico* por que hace referencia al área o campo propio de cada persona en donde se presentan los fenómenos y estímulos que influyen en su comportamiento. El campo fenomenológico está inmerso en el medio ambiente y es inseparable del organismo; es un campo de experiencias (www.mundogestalt.com/cgi-bin/palm.cgi?id=173).

Ahora bien, como el individuo es esencialmente bueno, tiene la necesidad fundamental de realzar, mantener y reforzar su ser. Esta necesidad es una tendencia natural a la que Rogers llamó *tendencia de actualización o de realización*, y se define como una motivación innata presente en toda forma de vida dirigida a desarrollar sus potencialidades hasta el mayor límite posible. Similar a la autorrealización de Maslow, la tendencia de actualización ocurre en la adaptación y en el adecuado funcionamiento cuando una persona vive plenamente; cuando le es gratificante realizar sus acciones con libertad y creatividad, con la madurez de conocer y aprovechar sus vastas potencialidades (www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/rogers.htm)

La tendencia de actualización permite al individuo saber lo que es bueno para él. La evolución lo ha provisto de sentidos, gustos y toso aquello que le permite distinguir lo que necesita. Cuando tiene hambre, encuentra comida, pero

no cualquier comida, sino una que sepa bien. La comida que sabe mal tiende a ser dañina e insana para su organismo. Esto es lo que Rogers denominó *proceso de evaluación organísmica*, y es la capacidad innata de juzgar por uno mismo si una experiencia ayuda al crecimiento o lo debilita. Las experiencias que se percibe que mantienen y promueven el crecimiento son valoradas positivamente, por lo que la persona mantiene y se acerca a ellas. Las experiencias percibidas como regresivas y que niegan el enriquecimiento de la persona son valoradas negativamente, por lo que la persona les pondrá fin o las evitará. En la práctica, el proceso de evaluación organísmica crea un sistema de feedback que permite al individuo coordinar las experiencias vitales de acuerdo con su tendencia de actualización (Schultz y Schultz, 2001).

Rogers menciona que aún cuando la tendencia de actualización identifica al individuo como un todo, existen también sus autopercepciones, las cuales presentan la materia bruta con la que construye su autoconcepto, o en palabras del propio autor, el concepto de *sí-mismo*. Para Rogers, el sí-mismo abarca todo lo que el individuo percibe de su organismo, de su experiencia y la manera como sus percepciones se relacionan con otras percepciones. De esta manera el sí-mismo se concibe como un enlace entre el organismo, el campo fenomenológico y el ambiente (www.mundogestalt.com/cgi-bin/palm.cgi?id=173).

Con la aparición de sí-mismo llega también la necesidad de la *recompensa o aceptación positiva*, que no es otra cosa que la aprobación, la aceptación y el amor de los demás. Rogers señala que al poco tiempo de nacer, el individuo está comienza a aprender las *condiciones de valor* con las que se juzga su conducta y sus características personales (el self) como positivas y merecedoras de aceptación o negativas y merecedoras de rechazo. Eventualmente, y debido a que la necesidad de aceptación positiva hace que el individuo se vuelva sensible a la aceptación o el rechazo de los demás, el niño internaliza las condiciones de valor en el a estructura del self. Durante el desarrollo, la estructura del self se amplía más allá de las condiciones de valor parentales para incluir condiciones sociales de valor también. Cuando llega a la edad adulta, la persona aprende de padres, hermanos, profesores, sacerdotes,

entrenadores y otros, las características o conductas que son “buenas y malas”, “deseables e indeseables”. Rogers advierte que la internalización de las condiciones de valor actúa como sustituto del proceso de evaluación organísmica. Cuando se rige por las condiciones de valor, el individuo se separa de los medios que tiene para coordinar sus experiencias con su tendencia de actualización (www.psiconet.org/rogers/obra1.htm)

Es debido a lo anterior que Rogers considera que las experiencias del individuo en su niñez tiene una gran influencia en el desarrollo del sí-mismo y de su personalidad. El individuo en su niñez va aprendiendo como un todo, abanicando su condición y su afecto a las experiencias. El individuo no nace con el sí-mismo estructurado, sino que poco a poco, según transcurren los años y las experiencias, lo va perfeccionando, diferenciándolo del medio ambiente. Este sí-mismo está en perpetuo desarrollo y no llega a constituir el nivel finito. Por ello Rogers concluye que la infancia es una etapa clave y fundamental en el desarrollo de la personalidad y en la diferenciación del sí-mismo. Agrega que en sus primeros años de vida, el individuo tiene un sí-mismo indefinido debido a que depende en gran parte de su ambiente exterior. Sus padres y demás personas que lo rodean influyen en su desarrollo, lo afectan con sus condicionamientos y con otros medios sociales. El individuo tiene como necesidades de base su autoconsideración positiva y la consideración positiva de los demás. Va desarrollando su personalidad dándole un mayor peso a las experiencias que simbolizan en su conciencia que alimentan su sí-mismo, habiendo un menor peso a las influencias ambientales y genéticas (www.mundogestalt.com/cgi-bin/palm.cgi?id=173).

De acuerdo con Pervin (1981) la de Rogers es una teoría particularmente atenta a las diferencias individuales y al carácter global y totalizante de la personalidad individual, siendo sus principales contribuciones el haber traspasado las fronteras de la psicología, ya que su perspectiva ha influido profundamente lo mismo a psicólogos que a profesores, clérigos y hombres de negocios. Sin embargo, la teoría es también en su mayor parte expresión de una visión filosófica, y quizá también religiosa del hombre; la mayoría de sus presupuestos

primordiales, incluyendo la autoactualización, siguen siendo presupuestos no demostrados, además de carecer de un instrumento adecuado para medir la congruencia entre el self y la experiencia.

Es así como observamos la variedad de teorías que se han generado sobre la adquisición y/o desarrollo de la personalidad a lo largo de toda la historia de la psicología. Teorías todas ellas por demás interesantes y con inestimables aportaciones, pero también con marcadas desventajas.

De acuerdo con Craig (1997) la tradición psicoanalítica, por ejemplo, (representada en este trabajo por Freud y Erikson) tiene su fortaleza básica en su enfoque holístico: considera de buena gana al individuo íntegro, incluyendo las actividades conscientes e inconscientes, y se ocupa específicamente de las emociones. Su énfasis en los procesos inconscientes le permite explorar áreas clave de la conducta humana, permite también abordar de manera profunda y efectiva las relaciones interpersonales, en particular las de la niñez y las de la unidad familiar. No obstante su debilidad básica es inseparable de su fortaleza: la teoría psicoanalítica explora las profundidades, precisamente el área que es casi imposible definir y/o validar por experimentación. La postura psicoanalítica extrae muchos de sus datos de estudios de casos de adultos que deben reconstruir subjetivamente su infancia. Por ello es descrita como no científica, vaga y difícil de probar.

Algo similar ocurre con los postulados del modelo de los rasgos de la personalidad, que encuentra en Allport a uno de sus principales defensores. Este enfoque centra su atención en aquellos atributos que son peculiares del individuo, tanto en el aspecto físico como en el psicológico, y los divide en distintos tipos, por ejemplo, los introvertidos y los extrovertidos. Establece rasgos de personalidad y crea cierta tipología, prestando especial interés en la forma como ésta se constituye o en la descripción de unos rasgos característicos. Un *rasgo* es un modo específico de comportamiento que indica una disposición a dar una respuesta semejante en una variedad de circunstancias, y que puede ser evaluado por medio de cuestionarios objetivos, utilizando entre otras técnicas, el método de Análisis Factorial. Los rasgos permiten además pronosticar la conducta de los

demás y la propia ante ellos. Un conjunto de rasgos estables dan lugar a un tipo, a una clase de individuos caracterizados por rasgos comunes. Son modelos de comportamiento (www.rincondelvago.com/personalidad_3.html). Sin embargo, la principal desventaja que presenta el modelo de rasgos de personalidad es el hecho de que algunos de sus conceptos no se pueden adecuar o reducir fácilmente a números; además muchos autores no ven con buenos ojos al análisis factorial.

La perspectiva del aprendizaje, por su parte y cuyos principales exponentes son Skinner y Bandura, demostró que el estudio de la personalidad podía (y debía) ser científico, realizando rigurosos experimentos de laboratorio, que derivaron en el desarrollo y planteamiento de leyes generales de conducta (Papalia y Wendkos, 1999; Craig, 1997; Pervin, 1981). No obstante, el aspecto más problemático de esta aproximación es la limitación al estudiar la abundancia de relaciones entre los elementos de una personalidad individual. Limitando la investigación a unas pocas variables bien controladas, la perspectiva del aprendizaje olvida un aspecto fundamental del funcionamiento de la personalidad: el funcionamiento de las partes en el contexto de un sistema global. Después de definir las relaciones de causa-efecto entre variables específicas, es importante también considerar cómo todas las piezas encajan juntas, es decir, determinar cómo funciona la personalidad como un conjunto (Pervin, 1998).

El enfoque humanista de la personalidad, en cambio, ofrece un modelo positivo y optimista de la misma. Sus fundadores y pioneros fueron Maslow y Rogers (o por lo menos han sido los autores más conocidos). Este enfoque se opone al planteamiento negativo de la tradición psicoanalítica y profundiza más que la perspectiva del aprendizaje al considerar factores internos como sentimientos, valores e ilusiones. El modelo humanista ha hecho contribuciones valiosas al promover métodos para educar a los niños en los que se respeta su singularidad o individualidad. En cuanto a sus limitaciones, éstas se refieren a la subjetividad: debido a que sus conceptos no están claramente definidos, es difícil comunicarlos y usarlos como base en diseños estandarizados de investigación (Papalia y Wendkos, 1999; Craig, 1997).

De esta manera resulta evidente una vez más la falta de acuerdo o consenso con respecto a uno de los aspectos primordiales y básicos para la psicología: el estudio de la personalidad. Las teorías hasta ahora mostradas toman en cuenta sólo una parte del complejo proceso de la adquisición y/o desarrollo de la personalidad. Unas se concentran en los aspectos internos que influyen en dicho proceso, otras sólo en los aspectos externos; para unas sólo vale la pena atender las diferencias individuales, y dejan de lado las diferencias culturales o ambientales, mientras que para otras las diferencias individuales ni siquiera existen; para unas el rigor científico es indispensable si se quieren obtener resultados satisfactorios y creíbles, para otras es increíble que haya tanto rigor científico. Para unas teorías no se puede entender la personalidad presente sin conocer antes su pasado, pasado que siempre tiene algo o mucho de tormentoso; para otras lo tormentoso es perder el tiempo hurgando en el pasado cuando se puede obtener mucho más en el presente.

Es por ello que a continuación se describirá una teoría cuidadosamente formulada que toma en cuenta tanto las diferencias individuales como las culturales o ambientales, sin pasar por alto la historia y mucho menos la conducta presente del individuo y sin sacrificar la objetividad que todo estudio de la personalidad debe tener.

3. 9. La Teoría Interconductual de la Personalidad

Ribes y Sánchez (1990) afirman que para el estudio de la personalidad, la psicología requiere ante todo de una teoría de las diferencias individuales que tenga como objetivo conceptual reconocer la individualidad como condición genérica de procesos compartidos, esto es, como un estado singular, *único*, pero inmerso en una cultura en donde comparten prácticas, ideas, valores, lenguaje, educación, etc. Es así como los autores aseguran que la teoría de las diferencias individuales consiste en una teoría de la individualidad y que como tal debe de:

a) reconocer esa singularidad (eso único) de los individuos mediante su comportamiento en las situaciones que viven cotidianamente; y

b) identificar dicha singularidad como un *estado resultante* de la acción de procesos generales compartidos por todos los individuos, es decir, como un estado resultante de la influencia que ejerce sobre ellos la cultura en la cual están inmersos.

La teoría de la individualidad constituye así un intento por ubicar lo diferente (lo singular, lo único) como resultado de lo invariante (la cultura).

Así, los autores conciben la individualidad como la resultante de las condiciones particulares del desarrollo ontogenético de cada persona. Sin embargo el conocimiento de este desarrollo no provee de manera automática información sobre la forma en que se configura la individualidad. Se requiere conocer cómo se sintetiza, en condiciones particulares e idiosincráticas, la acción de los procesos que regulan la evolución psicológica, de tal manera que su síntesis diferencial de lugar a distintas resultantes de lo individual. Esto significa que no es suficiente reconocer la individualidad como algo único, sino que es necesario también conocer cómo es que esa individualidad llegó a ser singular, esto es, conocer qué situaciones particulares o concretas fueron conformando esa individualidad, así como los valores convencionales o sociales bajo los cuales ocurrieron dichas situaciones. Es así como Ribes y Sánchez aseguran que el estudio de las diferencias individuales asume dos dimensiones:

a) la identificación de estados resultantes de la evolución ontogénica, cuya peculiar organización delimite la individualidad como carácter idiosincrático, es decir, la identificación de estados resultantes del conjunto de experiencias vividas que delimiten la individualidad como *forma de ser*;

b) el análisis de la *génesis* de dichas resultantes como procesos de *individuación*, es decir, el análisis de la historia de esa forma de ser.

La teoría de las diferencias individuales, por lo tanto, constituye la teoría de la individualidad y la teoría acerca de la individuación. Su fundamento, sostienen los autores, se encuentra en el conocimiento analítico de los procesos del desarrollo ontogenético y se inserta en el reconocimiento y predicción de la singularidad del comportamiento de los individuos en la vida cotidiana.

Ambos aspectos de la teoría tienen que ver en última instancia con la *historia interactiva del individuo*: uno, con el análisis de la individualidad como *estado resultante*; otro, con el análisis de la individuación como *proceso histórico*. Por eso la teoría de las diferencias individuales constituye, en lo esencial, una teoría basada en la historia interactiva como concepto central, y en ese sentido no es otra cosa que **la teoría de la personalidad**.

Respecto al tópico de personalidad, los autores afirman que éste se justifica en la teoría psicológica *sólo si* las diferencias entre individuos constituyen un criterio suficiente para distinguir la individualidad de cualquier persona respecto a otra, esto es, que el concepto de personalidad se va a utilizar no para clasificar a la individualidad en una categoría determinada con base en las similitudes que pudiera guardar con otras individualidades, sino para resaltar precisamente la singularidad de esa individualidad con respecto a otra(s). De acuerdo con los autores las diferencias que caracterizan esta singularidad deben tener dos características:

1) que las dimensiones interactivas del individuo que operan con los parámetros para establecer el criterio de diferencia constituyan *modos consistentes* de comportamiento en tiempo y frente a diversas *estructuras contingenciales*; y

2) que dichas dimensiones interactivas posean una *organización funcional peculiar* en cada individuo.

Los modos consistentes de comportamiento no significan otra cosa que la serie de conductas constantes (incluyendo la morfología, la frecuencia, etc. de las mismas) que suele emitir el individuo al entrar en contacto con determinados requerimientos en determinadas situaciones; estas situaciones, a la vez, constituyen las estructuras contingenciales. La organización funcional peculiar hace alusión al objetivo o meta particular que se espera obtener con las conductas emitidas.

De esta manera Ribes y Sánchez identifican a la personalidad como una *categoría descriptiva* de la organización singular de cada individuo respecto a las consistencias en sus *modos* de interactuar: "*describe una condición histórica*

identificable como **tendencia** de interacción, dado que su carácter de historia singular se fundamenta necesariamente en la consistencia del individuo a lo largo del tiempo en su **modo** de relacionarse con circunstancias sociales típicas” (p. 13).

Ahora bien, se puede considerar a la personalidad como una categoría disposicional mediante un concepto auxiliar que satisfaga tres características:

1. Que describa un *modo* interactivo idiosincrático;
2. Que implique que dicho modo sea configurado históricamente, y
3. Que como *modo resultante de la historia individual* permita predecir *tendencias interactivas* particulares bajo condiciones particulares.

El concepto auxiliar que Ribes y Sánchez propusieron para satisfacer los criterios arriba señalados fue precisamente el de **estilo interactivo**, mencionado ya en el capítulo anterior. “El término *estilo* subraya las características **modal, particular y consistente** de las conductas que permiten la identificación de la individualidad como diferencia” (p. 14). Así mismo, el concepto de estilo comprende dos niveles de especialidad: uno, que se refiere a la situación interactiva; otro, que tiene que ver con la *función* singular que describe la interacción de cada individuo como estilo.

De manera más específica, el primer nivel de especificidad corresponde a las características contingenciales de la situación en la que se interactúa; en la medida en que el estilo se refiere a un modo de interacción, la naturaleza funcional del mismo dependerá del arreglo o estructura contingencial de la situación. Este arreglo o arreglos contingenciales prescriben las opciones posibles de interacción del individuo con las consecuencias, las señales y las condiciones disposicionales diversas, especificando en cada *tipo* de situación diferentes dependencias de dichos factores respecto al comportamiento del individuo. Dichos arreglos contingenciales constituyen situaciones genéricas en las que el individuo se relaciona con contingencias *socialmente neutras*, es decir, contingencias que no requieren de valores o juicios sociales.

El segundo nivel de especificidad se refiere a la función que describe la consistencia interactiva, o estilo, del individuo en cada tipo de situación o estructura contingencial. En la medida en que las condiciones comprendidas por

cada arreglo contingencial varían paramétricamente de acuerdo a la naturaleza funcional de la situación, cada individuo mostrará una forma *peculiar* de interactuar con dichas dimensiones, de modo que su estilo será descrito por una *función* cuantitativa y cualitativamente exclusiva de cada individuo: *la función específica de cada individuo describe su **estilo particular**.*

Desde esta perspectiva, establecen categóricamente los autores, no tiene sentido clasificar al individuo como poseedor o no de un estilo, por el contrario, se define siempre como una función interactiva consistente que difícilmente será replicada por otro individuo. Es por esto que el estilo se identifica a posteriori. En esta propuesta teórica se describen como variaciones en dimensiones continuas.

Pero ¿qué relación guardan los estilos interactivos con el proceso salud-enfermedad, más concretamente con el estrés? Con base en todo lo anteriormente expuesto, teóricamente se establece que los problemas de salud que padece o puede padecer un individuo, específicamente aquellos relacionados con el estrés, están íntimamente ligados a los estilos en como éste interactúa frente a los diversos requerimientos o contingencias que presentan las diferentes situaciones o condiciones que le son relativamente cotidianas.

Lo anterior habla de que la presencia o ausencia de determinadas enfermedades depende en gran medida del estilo con el que el individuo enfrenta ciertas situaciones o condiciones. Como se ha venido mostrando, esta forma de enfrentar dichas situaciones es particular y/o única de cada individuo, es lo que caracteriza o conforma su personalidad. Por lo tanto, el estado de salud de un individuo se encuentra estrechamente relacionado, entre otras cosas, con la personalidad del mismo. En el caso de las situaciones estresantes, la forma en que el individuo se enfrente a ellas determinará en gran medida los efectos que éstas tendrán en su salud.

CAPÍTULO 4

EL INVENTARIO DE ESTILOS INTERACTIVOS: REDUCCIÓN DE CONFLICTO (I. E. I. R. C.)

En el capítulo dos de este trabajo se mostró cómo se relaciona la personalidad con el proceso salud-enfermedad a través de los estilos interactivos; se detalló teóricamente la forma en la cual dichos estilos aumentan o disminuyen las probabilidades de que un individuo padezca ciertos problemas de salud según la manera de afrontar su vida cotidiana. En el capítulo tres se expuso cómo la teoría interconductual concibe la personalidad, y describe a los estilos interactivos como formas idiosincráticas de comportamiento, de ahí su importancia en el aumento o disminución de las probabilidades arriba mencionadas. Sin embargo, hasta el momento nada se ha dicho acerca del análisis empírico de los estilos.

A este respecto Ribes y Sánchez (1990) decretan que para la evaluación experimental de los estilos interactivos, en éstos se deben establecer tareas contingencialmente neutras, que no estipulen la acción de procesos disposicionales descritos como motivos o competencias, esto es, que en las situaciones o estructuras contingenciales donde se manifiesten los estilos interactivos no se estipulen instrucciones con respecto a cómo comportarse, esto debido a que, en la medida en que una situación requiera de resultados específicos señalados por una o varias instrucciones y/o implique motivos (gustos, preferencias, etc.) el estilo interactivo es encubierto por las características de especificidad de dicha situación. Por ello, las situaciones que representan solución de problemas o demandas sociales específicas no permiten la evaluación de estilos interactivos. Es también debido a esto que para observar los estilos interactivos se requiere de contingencias socialmente neutras. En pocas palabras, para evaluar experimentalmente a los estilos interactivos éstos deben estar en situaciones que cumplan con los siguientes criterios:

1. Representar situaciones contingenciales que requieren de formas de interacción no específica (sin instrucciones de índole alguna); y

2. Ser socialmente neutras, en la medida en que la condición con la que se interactúa no implique la conducta de otro individuo.

Con respecto a la modificabilidad de los estilos interactivos, los autores aseguran que éstos implican necesariamente la invarianza temporal del comportamiento individual. El estilo, en la medida en que es un modo consistente de interactuar con situaciones contingenciales, debe ser, por definición, poco susceptible a la modificación producto de cambios locales en el tiempo: *“este individuo, al interactuar de cierto modo invariante frente a una situación que no prescribe demandas o efectos específicos, posibilita que su comportamiento ajuste las variaciones en la situación a las características de su propia manera de confrontarla sistemáticamente como circunstancia típica”* (p. 19). Por consiguiente, de ser posible la identificación de los estilos interactivos, estos deben ser, por fuerza, relativamente invariantes.

Es así como Ribes y Sánchez se dieron a la tarea de identificar un conjunto -según ellos no exhaustivo- de situaciones que representan condiciones contingenciales funcionalmente diversas, que a la vez no requieren de un segundo individuo interactuando. El conjunto de arreglos o situaciones contingenciales identificado por los autores es el mencionado ya en el capítulo dos de este trabajo: Toma de Decisiones, Tolerancia a la Ambigüedad, Tolerancia a la Frustración, Persistencia o Logro, Flexibilidad al Cambio, Tendencia a la Transgresión, Curiosidad, Tendencia al Riesgo, Dependencia de Señales, Responsividad a Nuevas Contingencias, Impulsividad – No Impulsividad y Reducción de Conflicto. Las relaciones funcionales que cada situación prescribe se reconocen e identifican como condiciones opcionales de interacción frente a dependencias efectivas o aparentes entre las señales y las consecuencias.

Una vez hecho de esta manera el bosquejo teórico sobre la valoración experimental de los estilos interactivos, la tarea principal del presente trabajo fue diseñar un instrumento de evaluación que haga posible el análisis empírico de los mismos; planteando así también una nueva línea de investigación que permita abordar la relación existente entre personalidad y salud. Para tal efecto se tomó como base la observación de Ribes (1990) acerca de los doce tipos de situaciones

o arreglos contingenciales en los cuales se expresan los estilos interactivos: existen seis que parecen corresponder, parcial o totalmente, con las características funcionales bajo las cuales se produce el estrés. Estas situaciones y los estilos interactivos ante ellas son: a) toma de decisiones, b) tolerancia a la frustración, c) reducción del conflicto, d) tolerancia a la ambigüedad, e) tolerancia al riesgo, y f) impulsividad-no impulsividad. Teniendo en cuenta que el objetivo primordial de este trabajo es proponer un instrumento que permita evaluar experimentalmente los estilos interactivos, y dado que el estrés está asociado a problemas de salud, se decidió escoger uno de estos seis tipos de situaciones. El tipo de situaciones que se eligió fue el de Reducción de Conflicto, ya que debido a sus características, se consideró que era el que más estrés generaba. Como se recordará, las situaciones de reducción de conflicto se identifican por contener la siguiente organización contingencial:

Situación en la que el individuo no puede evitar responder y se ve expuesto a indicaciones, consecuencias y/o indicaciones y consecuencias simultáneas que se oponen entre sí. El Individuo tiene que optar necesariamente por una de ellas.

Lo anterior significa que el individuo en una situación de reducción de conflicto debe actuar por medio de una respuesta inevitable de elección ante la ocurrencia simultánea, ya sea de contingencias, consecuencias o señales funcionalmente competitivas u opuestas, es decir, el individuo al enfrentarse a ciertas situaciones conflictivas en donde las posibles opciones de respuesta ante las mismas se presentan al mismo tiempo, son opuestas entre sí y/o representan consecuencias negativas o aversivas para el individuo, éste inevitablemente tiene que elegir una de ellas.

Posteriormente se prosiguió a describir una serie de situaciones que contuvieran la organización contingencial arriba delineada, y que cubrieran las especificaciones decretadas por Ribes y Sánchez para poder evaluar experimentalmente los estilos interactivos, esto es, sin instrucciones acerca de cómo comportarse y ser socialmente neutras. Después se plantearon diez opciones de respuesta para cada una de las situaciones. Por último, cada una de

estas opciones de respuesta, tuvo cinco elecciones que se refieren a la frecuencia con que el individuo considera que realiza la opción que eligió, esto es, 1) nunca, 2) casi nunca, 3) a veces, 4) casi siempre y 5) siempre. Así, el Inventario de Estilos Interactivos: Reducción de Conflicto (I.E.I.R.C.) quedó constituido en total por 21 situaciones de conflicto productoras de estrés (Ver anexo).

CONCLUSIONES

De todas las ideas que tiene la población en general acerca de la Psicología, una de ellas es la que se escucha con mayor frecuencia: sirve para atender a gente "loca". Esto significa que existe todavía en nuestros días una serie de pensamientos bastante equivocados con respecto al quehacer de la Psicología. Baste decir como ejemplo, que muchas personas interesadas en el estudio de la misma ingresan a la universidad esperando adquirir las habilidades necesarias para poder leer la mente humana, y de esta manera descubrir aquellos secretos que celosamente guarda. Sin embargo, la Psicología es mucho más que andar adivinando o leyendo la mente de otras personas. La Psicología es CIENCIA, entendida ésta como la actividad mediante la cual obtenemos conocimientos ordenados, analíticos y abstractos de fenómenos y/o eventos que ocurren en el ambiente donde nos desenvolvemos, y como tal debe estudiarse y desarrollarse.

Desafortunadamente, no obstante la importancia de lo anterior, el principal obstáculo al cual se enfrenta la psicología como ciencia es el hecho de que no hay un acuerdo claro, preciso, concreto, y sobre todo respetado, acerca de cuál es su objeto de estudio. Esta falta de consenso general, entre otras cosas, ha generado una profunda división entre los mismos profesionales de la disciplina, y esto a su vez, ha contribuido a que otras disciplinas científicas no crean en la psicología como una ciencia tal cual. Es por ello que se comparte la opinión de Staats (1997) al señalar certeramente que la gran debilidad de la psicología como ciencia, radica en el hecho de que ésta es un ciencia desunificada.

En ese sentido es indiscutiblemente útil y conveniente retomar el planteamiento hecho por Ribes y López (1985) acerca de la consideración de la psicología como ciencia. En dicho planteamiento los autores estipulan acertadamente que ésta sólo podrá ser considerada una disciplina científica cuando formule un objeto teórico de conocimiento propio y específico que no se mezcle con el de otras ciencias ya existentes, y en donde los conceptos que describan y expliquen dicho objeto de conocimiento mantengan una relación de correspondencia o congruencia con una realidad empírica concreta. Esto es de

suma importancia para aquellos que ejercemos y/o desarrollamos la psicología en sus diferentes ámbitos y aplicaciones. Saber cuál es el objeto de estudio de nuestra disciplina, nos permite ubicar el terreno que a ella le compete, y no invadir así el campo de acción de otras disciplinas, ni pedir prestados a éstas conceptos para abordar nuestro propio campo de análisis. Por ello es también esencialmente significativa y trascendental la aportación de los autores al establecer que *el objeto de estudio de la Psicología es el conjunto de interacciones que se construyen entre el individuo y su medio físico, biológico y social; siendo además este medio transformable en y por la historia del individuo* (Ribes y López, 1985; Chávez, 2000; Landa, 1996; Vega, 1994), desarrollando así la Teoría Interconductual del Comportamiento.

La importancia de esta definición radica en el hecho de que establece límites teóricos fundamentales que permiten distinguir lo psicológico de lo biológico y lo social: “el comportamiento (lo psicológico) lo lleva a cabo un individuo que tiene una dimensión biológica regulada por prácticas y relaciones socioculturales” (Vega, 1994; pág. 92). De esta manera se pone fin a la confusión y eclecticismo con los que la psicología ha venido abordando las diferentes áreas del crecimiento y desarrollo humanos.

En el caso específico de la salud, el Modelo Psicológico propuesto por Ribes (1990), cuyas bases se encuentran en la teoría interconductual, delimita de manera precisa y concreta el campo de incidencia de la psicología, al puntualizar que en el proceso salud-enfermedad el objeto de estudio es también la interacción del individuo con su medio ambiente. En este modelo psicológico de la salud la interacción se representa por medio de la conducta, reconociendo que ésta juega un papel decisivo en la conservación, disminución o mejoramiento de la salud del individuo, ya que éste al decidir actuar o no de determinada forma y frente a ciertas situaciones, aumenta o disminuye las probabilidades para contraer o padecer ciertas enfermedades. Es por ello que el énfasis que hace Ribes (1990) al afirmar que el hacer o no hacer, el hacer de cierta manera las cosas y el hacerlo frente a ciertas condiciones constituyen los elementos que definen psicológicamente un proceso cuya resultante es la presencia o ausencia de

determinada enfermedad biológica, representa un parteaguas en las formas en las que se ha entendido y abordado la relación de los factores psicológicos en el proceso salud-enfermedad.

Constituye un parteaguas por que pone de manifiesto que la presencia o ausencia de determinadas enfermedades depende en gran medida de la *forma* en cómo el individuo hace frente a las diferentes situaciones de su vida cotidiana. Esta forma de enfrentar dichas situaciones es lo que caracteriza o conforma su *personalidad*, entendida ésta, no como un patrón consistente de pensamientos, sentimientos y comportamientos profundamente incorporados, los cuales persisten por largos períodos de tiempo y cuya influencia está relacionada con la adaptación del individuo a su medio ambiente natural y social, sino como una categoría disposicional que describe el *modo* en que un individuo interactúa idiosincráticamente con sus ambientes natural y social, la configuración de dicho modo de interactuar según la *historia particular* del individuo y la predicción de *nuevos* modos de interactuar partiendo del ya existente (Ribes y Sánchez, 1990). Es por esto que el término *estilo interactivo* es clave importante en el análisis de los aspectos psicológicos involucrados en el proceso salud-enfermedad, ya que éste resalta precisamente las características del modo de interactuar del individuo frente a ciertas situaciones o condiciones. Por lo tanto, el estilo interactivo se define como la descripción de la manera idiosincrática en que el individuo entra en contacto con determinado tipo de situaciones.

Es importante resaltar aquí que esta manera idiosincrática de enfrentar las situaciones de la vida cotidiana es particular y/o única de cada individuo, por lo que no se puede clasificar a dos individuos como poseedores de un mismo estilo. El estilo interactivo describe un modo de interacción y no una forma específica de comportarse, es una función interactiva consistente que difícilmente será replicada por otro individuo. De ahí que el estilo interactivo permita identificar a la individualidad como diferencia única.

Es así como el Modelo Psicológico de Salud de Ribes, presenta la oportunidad de emprender una nueva línea de investigación en relación a los factores involucrados en el proceso salud-enfermedad desde un punto de vista

psicológico, creando así una metodología novedosa que permite el estudio de dichos factores y que además mantiene una congruencia total con los supuestos generales de la teoría interconductual.

Tomando como base lo anterior, el Inventario de Estilos Interactivos: Reducción de Conflicto (I.E.I.R.C.) propuesto en este trabajo, tiene el propósito de poner de manifiesto la forma en que cada uno de los sujetos a los cuales se les aplique, se enfrenten, por medio de sus respuestas, a las contingencias de las situaciones de conflicto descritas en él. De esta manera, y teniendo como soporte la conjetura de Ribes (1989) con respecto a las características de los estilos ante este tipo de situaciones (y también ante las situaciones de toma de decisiones, tolerancia a la frustración, tolerancia a la ambigüedad, tolerancia al riesgo e impulsividad-no impulsividad), los resultados encontrados podrían funcionar como indicadores que den pauta para conocer qué sujetos, en términos de probabilidad, podrían padecer más de estrés y en qué grado; de igual manera se podría hacer una especie de formulación con respecto a qué sujetos estarían más o menos propensos a padecer algún problema de salud.

Por otra parte, el inventario demostraría también que la forma o el modo en que cada uno de los sujetos encare las situaciones de conflicto es singular, es decir, el estilo interactivo de cada uno de los sujetos es único y diferente con respecto a cualquier otro. Esto confirmaría la premisa hecha por Ribes (1990) referente a los estilos interactivos: constituyen maneras idiosincrásicas con las que cada individuo entra en contacto con determinado tipo de situaciones. Es por ello que los individuos difieren entre sí en sus estilos de interacción.

Otra consideración importante a tomar en cuenta es el hecho de que los resultados obtenidos por el inventario pueden constituir una muestra significativa para advertir la utilidad y eficacia que alcanzarían los postulados de la teoría interconductual en el campo de la salud, a través del modelo psicológico propuesto por Ribes (1990). La utilización en el campo de la salud de instrumentos como el que aquí se presenta, permitiría demostrar concretamente la existencia de la estrecha relación entre ciertos problemas de salud y los estilos interactivos; además ofrecería, entre otras ventajas, predecir la(s) manera(s) en cómo el

organismo de un individuo se podría ver afectado debido al estilo interactivo de éste; confirmar las situaciones estresantes bajo las cuales se presenta una mayor o menor vulnerabilidad a las enfermedades; dar pauta para la creación, desarrollo y/o implementación de estrategias de intervención tanto a nivel preventivo como terapéutico; etcétera; pero sobre todo permitiría al psicólogo aplicado identificar, delimitar y definir con precisión los aspectos de su competencia en la problemática global de la salud. Por eso es importante ampliar la investigación sobre los estilos interactivos por medio de la construcción de más instrumentos que permitan la evaluación de dichos estilos en otro tipo de situaciones contingenciales.

Para terminar, es importante señalar que se debe tener cuidado en no equiparar los estilos interactivos con los doce tipos de situaciones contingenciales descritos por Ribes y Sánchez (1990): la toma de decisiones, tolerancia a la frustración, flexibilidad al cambio, reducción de conflicto, etc., **no son** estilos interactivos, son únicamente situaciones contingenciales que incluyen objetos, acontecimientos y personas, mientras que *los estilos interactivos son modos consistentes e idiosincráticos de comportarse, de interactuar, precisamente en esas situaciones.*

ANEXO

INVENTARIO DE ESTILOS INTERACTIVOS:
REDUCCIÓN DE CONFLICTO.

Este inventario explora las maneras en que las personas enfrentan ciertas situaciones. Las primeras cuatro preguntas son datos personales para construir una base de datos. Las siguientes preguntas comienzan con la descripción de una situación seguida de varias opciones de respuesta a seguir. Por favor contesta marcando con una X el número que más se acerque a tu propia manera de ser, como se muestra en el ejemplo. No existen respuestas correctas ni incorrectas, por lo que no debe preocuparte la obtención de un puntaje. La información que desinteresadamente nos brindes será de una ayuda invaluable en investigaciones posteriores sobre estilos interactivos y problemas de salud, mismas que nos permitirán desarrollar programas de prevención y de ayuda, por lo que te rogamos contestes con la verdad.

EJEMPLO

Realizaste la compra de un producto por teléfono. A pesar de que te prometieron que en 20 días te lo entregarían, ya pasaron dos meses y no han cumplido. Llamas por teléfono para reclamar pero la persona que te atiende te comunica con el Departamento de Servicios al Cliente, en donde te dejan esperando largo tiempo sin contestarte. Tú reaccionas:

1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) A VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE

1	Con calma	1	2	3	4	5
2	Cuelgas el auricular	1	2	3	4	5
3	Das por perdido tu dinero	1	2	3	4	5
4	Con molestia	1	2	3	4	5
5	Esperas a que te atiendan	1	2	3	4	5
6	Decides demandarlos	1	2	3	4	5
7	Con enojo	1	2	3	4	5
8	Cuando te contestan, reclamas	1	2	3	4	5
9	Decides insistir hasta conseguir tu producto	1	2	3	4	5
10	Otra	1	2	3	4	5

Edad: _____.

Estado Civil:
1. Soltero(a).
2. Casado(a).

Sexo:
1. Masculino.
2. Femenino.

Máximo Nivel de Estudios:
1. Primaria.
2. Secundaria.
3. Bachillerato o Carrera Técnica
4. Licenciatura.
5. Postgrado.

1.- Vas conduciendo tu auto y accidentalmente atropellas a una persona. Tienes la oportunidad de irte, pero si lo haces sabes que tendrás remordimientos, y si te quedas tendrás que responder a los daños causados. Entonces tu reacción sería:

1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) A VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE

1	Miedo	1	2	3	4	5
2	No bajaré del auto	1	2	3	4	5
3	Bajaré del auto para ver como está la persona	1	2	3	4	5
4	Coraje	1	2	3	4	5
5	Huir del lugar	1	2	3	4	5
6	Pedir, llamar a una ambulancia	1	2	3	4	5
7	Culpa	1	2	3	4	5
8	Desentenderte de toda responsabilidad	1	2	3	4	5
9	Llevar tu mismo(a) a la persona a un hospital	1	2	3	4	5
10	Otra	1	2	3	4	5

2.- Sorprendes a un familiar drogándose y éste te hace prometer no decírselo a sus padres. Tú reacción sería entonces:

1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) A VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE

1	Coraje	1	2	3	4	5
2	Hacer de cuenta que no viste nada	1	2	3	4	5
3	Decirle a sus padres e ignorar tu promesa	1	2	3	4	5
4	Decepción	1	2	3	4	5
5	Acusarlo inmediatamente con sus padres	1	2	3	4	5
6	Respetar tu promesa	1	2	3	4	5
7	Dolor	1	2	3	4	5
8	Golpear inmediatamente a tu sobrino	1	2	3	4	5
9	Tratar de ayudarlo tú mismo(a).	1	2	3	4	5
10	Otra	1	2	3	4	5

3.- Tienes una relación sentimental que ya no te interesa continuar, pero sabes que si se lo dices a tu pareja la vas a lastimar demasiado. Entonces tu reacción sería:

1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) A VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE

1	Miedo	1	2	3	4	5
2	Seguirías con la relación	1	2	3	4	5
3	Terminarías con la relación	1	2	3	4	5
4	Lástima	1	2	3	4	5
5	Buscarías otra relación sin terminar con ésta	1	2	3	4	5
6	Explicarías a tu pareja tus razones para terminar	1	2	3	4	5
7	Coraje	1	2	3	4	5
8	Te alejarías de tu pareja sin decirle nada	1	2	3	4	5
9	Inventarías un pretexto para terminar con la relación	1	2	3	4	5
10	Otra	1	2	3	4	5

4.- Tus padres se están divorciando y quieren saber a cuál de ellos vas a apoyar. Tu reacción sería:

1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) A VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE

1	Tristeza	1	2	3	4	5
2	No sabrías a quién apoyar	1	2	3	4	5
3	Apoyarías a tu mamá	1	2	3	4	5
4	Coraje	1	2	3	4	5
5	Les pedirías que no se divorcieran	1	2	3	4	5
6	Apoyarías a tu papá	1	2	3	4	5
7	Decepción	1	2	3	4	5
8	Llorarías	1	2	3	4	5
9	No apoyarías a ninguno	1	2	3	4	5
10	Otra	1	2	3	4	5

5.- Tu jefe inmediato te propone hacer un fraude y te amenaza con despedirte si no aceptas. Tu reacción sería:

1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) A VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE

1	Miedo	1	2	3	4	5
2	Pedirías tus vacaciones	1	2	3	4	5
3	Aceptas realizar el fraude	1	2	3	4	5
4	Coraje	1	2	3	4	5
5	Inventarías estar enfermo(a) para no ir a trabajar	1	2	3	4	5
6	Te niegas a realizar el fraude	1	2	3	4	5
7	Angustia	1	2	3	4	5
8	Evitarías ver a tu jefe	1	2	3	4	5
9	Renunciarías a tu trabajo	1	2	3	4	5
10	Otra	1	2	3	4	5

6.- Te ofrecen probar droga y te niegas, pero después te dicen que si no la pruebas te van a golpear. Tu reacción sería entonces:

1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) A VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE

1	Miedo	1	2	3	4	5
2	Te irías corriendo	1	2	3	4	5
3	Aceptarías probar la droga	1	2	3	4	5
4	Coraje	1	2	3	4	5
5	Gritarías	1	2	3	4	5
6	Aceptarías que te golpearan	1	2	3	4	5
7	Angustia	1	2	3	4	5
8	Cambiarías el tema de conversación	1	2	3	4	5
9	Aceptarías la droga y cuando estuvieras solo(a) la tirarías	1	2	3	4	5
10	Otra	1	2	3	4	5

7.- Estás a unos días de casarte y regresa la persona que ha sido el amor de tu vida y te dice que aún te sigue queriendo. Tu reacción sería:

1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) A VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE

1	Emoción	1	2	3	4	5
2	Cancelarías tu boda	1	2	3	4	5
3	Te casarías	1	2	3	4	5
4	Coraje	1	2	3	4	5
5	Pospondrías tu boda	1	2	3	4	5
6	Regresarías con el amor de tu vida	1	2	3	4	5
7	Desilusión	1	2	3	4	5
8	Te alejarías por un tiempo	1	2	3	4	5
9	Hablarías con ambas personas para decirles que estás confundido(a)	1	2	3	4	5
10	Otra	1	2	3	4	5

8.- Tu mamá se entera que vas a llevar a tu pareja a festejar su cumpleaños, y te dice que le gustaría que la llevaras también a ella, pero sabes que eso no le gustará a tu pareja. Entonces tu reacción sería:

1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) A VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE

1	Coraje	1	2	3	4	5
2	Llevarías a ambos	1	2	3	4	5
3	Sólo llevarías a tu pareja	1	2	3	4	5
4	Confusión	1	2	3	4	5
5	Cancelarías la salida	1	2	3	4	5
6	Solo llevarías a tu mamá	1	2	3	4	5
7	Decepción	1	2	3	4	5
8	Te irías tú solo(a)	1	2	3	4	5
9	Le dirías a tu mamá que a ella la llevaras después	1	2	3	4	5
10	Otra	1	2	3	4	5

9.- Para llegar a tiempo a tu nuevo trabajo tienes que desayunar más temprano que de costumbre, pero tu mamá no acostumbra desayunar tan temprano y además se enoja si tú no desayunas con ella. Tu reacción sería entonces:

1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) A VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE

1	Coraje	1	2	3	4	5
2	Renunciarías al trabajo	1	2	3	4	5
3	Desayunarías sin tu mamá	1	2	3	4	5
4	Confusión	1	2	3	4	5
5	Te irías al trabajo sin desayunar	1	2	3	4	5
6	Esperarías a tu mamá para desayunar	1	2	3	4	5
7	Tristeza	1	2	3	4	5
8	Mudarte y vivir solo(a)	1	2	3	4	5
9	Le llevarías el desayuno a tu mamá en la cama	1	2	3	4	5
10	Otra	1	2	3	4	5

10.- Tú quieres demasiado a tu pareja y no quisieras perderla, pero acabas de descubrir que ella tiene un(a) amante. Entonces tu reacción sería:

1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) A VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE

1	Rabia	1	2	3	4	5
2	Fingir que nada sabes	1	2	3	4	5
3	Terminarías con tu pareja	1	2	3	4	5
4	Dolor	1	2	3	4	5
5	Hacerle un escándalo a tu pareja	1	2	3	4	5
6	Aceptarlo y perdonarla	1	2	3	4	5
7	Tristeza	1	2	3	4	5
8	Pagarle con la misma moneda	1	2	3	4	5
9	Hablar con el(la) amante para pedirle que deje a tu pareja	1	2	3	4	5
10	Otra	1	2	3	4	5

11.- Te atrae bastante un compañero de trabajo y sabes que estás completamente correspondida, pero sabes también que ese compañero le gusta a tu mejor amiga. Tu reacción sería:

1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) A VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE

1	Coraje	1	2	3	4	5
2	Dejar las cosas así como están	1	2	3	4	5
3	Hablar con tu amiga para aclarar la situación	1	2	3	4	5
4	Confusión	1	2	3	4	5
5	Salir con el compañero de trabajo a escondidas de tu amiga	1	2	3	4	5
6	Aclarar con el compañero de trabajo que nada puede pasar entre ustedes	1	2	3	4	5
7	Preocupación	1	2	3	4	5
8	Evitar ver a tu amiga y también a ese compañero de trabajo	1	2	3	4	5
9	Renunciar a tu trabajo	1	2	3	4	5
10	Otra	1	2	3	4	5

12.- Descubres que tu mejor amiga tiene un amante y te pide no decírselo a su pareja, quien también es muy buen amigo tuyo. Tu reacción sería:

1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) A VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE

1	Coraje	1	2	3	4	5
2	Fingir que nada sabes	1	2	3	4	5
3	Hablar con tu mejor amiga sobre su situación	1	2	3	4	5
4	Decepción	1	2	3	4	5
5	Llamarle a tu amiga fuertemente la atención	1	2	3	4	5
6	Decirle todo a la pareja de tu amiga	1	2	3	4	5
7	Tristeza	1	2	3	4	5
8	Buscar al amante de tu amiga para pedirle que la deje	1	2	3	4	5
9	Aconsejar a tu amiga hablar con su pareja	1	2	3	4	5
10	Otra	1	2	3	4	5

13.- Tu padre murió intestado y dejó un negocio que produce ganancias considerables. Tú quieres hacerte cargo de dicho negocio, pero también quieren hacerlo tus otros dos hermanos. Tu reacción sería entonces:

1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) A VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE

1	Coraje	1	2	3	4	5
2	Exigir que te dejen el negocio a ti.	1	2	3	4	5
3	Hablar con tus hermanos para decidir entre todos quién se c	1	2	3	4	5
	el negocio					
4	Preocupación	1	2	3	4	5
5	Vender el negocio y repetir el dinero de la venta	1	2	3	4	5
6	Ceder tu participación y dejar el negocio a tus hermanos	1	2	3	4	5
7	Confusión	1	2	3	4	5
8	Cerrar el negocio	1	2	3	4	5
9	Proponer que los tres manejen el negocio	1	2	3	4	5
10	Otra	1	2	3	4	5

14.- Al finalizar una fiesta familiar en la madrugada, tu hermano te dice que te vas a ir a su casa a seguirla, pero sabes que tu no le simpatizas a su esposa. Tu reacción sería:

1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) A VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE

1	Confusión	1	2	3	4	5
2	Decirle a tu hermano que le pregunte a su esposa	1	2	3	4	5
3	Aceptar la invitación de tu hermano aunque se enoje su esp	1	2	3	4	5
4	Coraje	1	2	3	4	5
5	Decirle a tu hermano que no vas a ir a su casa, sino que te vas a quedar ahí	1	2	3	4	5
6	Hablar con la esposa de tu hermano y decirle que sólo será por unas horas	1	2	3	4	5
7	Incertidumbre	1	2	3	4	5
8	Invitar a otros familiares	1	2	3	4	5
9	No aceptar la invitación de tu hermano y explicarle por qué	1	2	3	4	5
10	Otra	1	2	3	4	5

15.- Una persona que te gusta mucho en todos los aspectos te propone ser tu amante, pero tú tienes novia(o). Entonces tu reacción sería:

1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) A VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE

1	Emoción	1	2	3	4	5
2	No contestar e irte	1	2	3	4	5
3	Decir que si	1	2	3	4	5
4	Confusión	1	2	3	4	5
5	Decir que vas a pensar	1	2	3	4	5
6	Decir que no	1	2	3	4	5
7	Coraje	1	2	3	4	5
8	Cambiar de tema inmediatamente	1	2	3	4	5
9	Alejarte de esa persona	1	2	3	4	5
10	Otra	1	2	3	4	5

16.- Tu pareja te dice que vio a tu hermano asaltando una tienda junto con otros muchachos, pero tu hermano niega todo lo que dice ella. Tu reacción sería:

1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) A VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE

1	Preocupación	1	2	3	4	5
2	Golpear inmediatamente a tu hermano	1	2	3	4	5
3	Hablar con tu pareja y asegurarte si se equivocó	1	2	3	4	5
4	Angustia	1	2	3	4	5
5	Aseverar tu mismo(a) que no es cierto	1	2	3	4	5
6	Hablar con tu hermano sobre las consecuencias que puede tener un hecho así	1	2	3	4	5
7	Confusión	1	2	3	4	5
8	Acusar a tu hermano con tus padres	1	2	3	4	5
9	Creerle completamente a tu hermano	1	2	3	4	5
10	Otra	1	2	3	4	5

17.- Tú eres casada(o), pero hace algún tiempo mantienes una relación sentimental con otra persona, misma que te dice estar enamorada de tí y quiere que dejes a tu esposo(a). Tu reacción sería:

1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) A VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE

1	Emoción	1	2	3	4	5
2	Decirle que lo vas a pensar	1	2	3	4	5
3	Decirle que no vas a dejar a tu pareja	1	2	3	4	5
4	Confusión	1	2	3	4	5
5	Cambiar inmediatamente de tema	1	2	3	4	5
6	Decirle que sí vas a dejar a tu pareja	1	2	3	4	5
7	Preocupación	1	2	3	4	5
8	Quedarte callado(a)	1	2	3	4	5
9	Dejarías a la otra persona	1	2	3	4	5
10	Otra	1	2	3	4	5

18.- Un amigo te pide ser el padrino(la madrina) de bautizo de su hijo, sólo que tú no compartes la misma religión que él. Entonces tu reacción sería:

1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) A VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE

1	Emoción	1	2	3	4	5
2	Inventar un pretexto para no aceptar	1	2	3	4	5
3	Explicar que no son de la misma religión	1	2	3	4	5
4	Sorpresa	1	2	3	4	5
5	Decir que lo vas a pensar	1	2	3	4	5
6	Aceptar sin ser de la misma religión	1	2	3	4	5
7	Confusión	1	2	3	4	5
8	Proponer a tu amigo que escoja a otra persona	1	2	3	4	5
9	Negarte a ser el padrino (madrina)	1	2	3	4	5
10	Otra	1	2	3	4	5

19.- Tú y tu pareja están a punto de tener relaciones sexuales por primera vez, pero ninguno de los dos lleva consigo un preservativo; tu pareja insiste que aún así lo hagan pero tú sabes que sin preservativo es peligroso. Tu reacción sería entonces:

- 1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) A VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE

1	Coraje	1	2	3	4	5
2	Reclamarle a tu pareja	1	2	3	4	5
3	No tener las relaciones sexuales	1	2	3	4	5
4	Miedo	1	2	3	4	5
5	Retirarte inmediatamente de tu pareja sin explicarle nada	1	2	3	4	5
6	Tener las relaciones sexuales sin preservativo	1	2	3	4	5
7	Desilusión	1	2	3	4	5
8	Enojarte con tu pareja	1	2	3	4	5
9	Tener sexo seguro	1	2	3	4	5
10	Otra	1	2	3	4	5

20.- Analizando la relación con tu pareja te das cuenta que no te conviene ni personal ni profesionalmente, pero también reconoces que estas bastante enamorada(o). Tu reacción sería:

- 1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) A VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE

1	Desilusión	1	2	3	4	5
2	Exigirle a tu pareja que cambie	1	2	3	4	5
3	Terminar con la relación	1	2	3	4	5
4	Coraje	1	2	3	4	5
5	Continuar con la relación	1	2	3	4	5
6	Salir con otras personas	1	2	3	4	5
7	Confusión	1	2	3	4	5
8	Hacer todo para que la relación funcione	1	2	3	4	5
9	Hablar con tu pareja y explicarle la situación	1	2	3	4	5
10	Otra	1	2	3	4	5

21.- Apenas llevas el tiempo justo para llegar a una junta muy importante de la empresa donde trabajas, ya que tu ascenso depende de esa junta, sólo que un auto choca el tuyo antes de llegar. Tu reacción sería entonces:

1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) A VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE

1	Coraje	1	2	3	4	5
2	Irte a la junta sin exigir que te paguen el golpe	1	2	3	4	5
3	Irte a la junta y dejar que tu seguro se arregle con el otro conductor	1	2	3	4	5
4	Angustia	1	2	3	4	5
5	Insultar y/o pelear con el otro conductor	1	2	3	4	5
6	Hablar a la empresa y cancelar la junta	1	2	3	4	5
7	Frustración	1	2	3	4	5
8	Quedarte a esperar el seguro del otro conductor y no ir a la junta	1	2	3	4	5
9	Pedir su licencia al otro conductor y buscarlo después de la junta	1	2	3	4	5
10	Otra	1	2	3	4	5

REFERENCIAS

- Angyal, A. (1992) "La Teoría de Ambigüedad Universal" En: Lindzey, G., Hall, C. S. y Manosevitz (Ed.), ***Teorías de la Personalidad***. Limusa. México.
- Becoña, E.; Vázquez, F. y Oblitas, L. (1997) "Antecedentes y Desarrollo de la Psicología de la Salud". En ***Psicología Contemporánea***. Vol. 2 No. 1.
- Brody, N. y Ehrlichman, H. (2000) ***Psicología de la Personalidad***. Prentice Hall. España.
- Carducci, B. J. (1998) ***The Psychology of Personality***. Brooks/Cole Publishing Company. Estados Unidos.
- Chávez Escalona, A. (2000) ***Validación de una Escala de Valoración Marital (EVM) desde la Perspectiva Interconductual***. Reporte de Investigación. UNAM Campus Iztacala.
- Craig, G. J. (1997) ***Desarrollo Psicológico***. Prentice Hall Hispanoamericana. México.
- Craig, G. J. (1994) ***Desarrollo Psicológico***. Prentice Hall Hispanoamericana. México.
- De la Fuente Muñiz, R. (1969) ***Psicología Médica***. Fondo de Cultura Económica. México.
- DiCaprio, N. (1996) ***Teorías de la Personalidad***. Mc Graw Hill. México.
- Eisendrath, S. J. y Prakken, S. D. (2001) "La Mente y las Enfermedades Somáticas: Factores Psicológicos que Infieren en las Enfermedades Físicas". En: Goldman, H. H. (Ed.), ***Psiquiatría General***. El Manual Moderno. México.
- Fadiman, J. y Frager, R. (1997) ***Teorías de la Personalidad***. Harla. México
- Goldman, H. y Foreman, S. (2001) "Psicopatología: Diagnóstico Psiquiátrico y Formulación Psicosocial". En: Goldman, H. H. (Ed.), ***Psiquiatría General***. El Manual Moderno. México.
- González, F. (1993) ***Personalidad, Salud y Modo de Vida***. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala. México.

- Hunt, G. J. y Snowden, L. (2001) "Aspectos Sociales y Culturales de la Salud, Enfermedad y Tratamiento" En: Goldman, H. H. (Ed.), ***Psiquiatría General***. El Manual Moderno. México.
- Landa Durán, P. G. (1996) ***Una Propuesta Interconductual para la Psicología Aplicable: Manual de Análisis Contingencial***. Tesis Maestría. UNAM Campus Iztacala.
- Marmar, C. R. (2001) "Trastornos de la Personalidad" En: Goldman, H. H. (Ed.), ***Psiquiatría General***. El Manual Moderno. México.
- Marx, M. H. y Hillix, W. A. (1992) ***Sistemas y Teorías Psicológicas Contemporáneos***. Paidós. México.
- Matarazzo, J. (1997) "Conducta y Salud: Integración de la Ciencia y la Práctica en Psicología y Medicina, Un Siglo Después". En ***Psicología Contemporánea***. Vol. 2 No. 1
- Metcalfe, A. W. y Rowe, J. (2001) "Desarrollo en Niños, Adolescentes y Adultos". En: Goldman, H. H. (Ed.), ***Psiquiatría General***. El Manual Moderno. México.
- Papalia, D. E. y Wendkos, S (1999) ***Desarrollo Humano***. McGraw-Hill. México.
- Pervin, L. A. (1998) ***La Ciencia de la Personalidad***. McGraw-Hill. España.
- Pervin, L. A. (1981) ***Personalidad: Teoría, Diagnóstico e Investigación***. Descleé De Brouwer. España.
- Prokop, C. y Bradley, L. (1981) ***Medical Psychology. Contributions to Behavioral Medicine***. Academic Press. Englan.
- Ribes, E. (1990) ***Psicología y Salud: Un Análisis Conceptual***. Martínez Roca. México.
- Ribes, E. y López, F. (1985) ***Teoría de la Conducta. Un análisis de campo y paramétrico***. Trillas. México.
- Ribes, E. y Sánchez, S. (1990) "El Problema de las Diferencias Individuales: Un Análisis Conceptual de la Personalidad". En: Ribes, E. (Ed.), ***Problemas Conceptuales en el Análisis del Comportamiento Humano***. Trillas. México.

- Ribes, E. (1990) "Reflexiones sobre una Caracterización Profesional de las Aplicaciones Clínicas del Análisis Conductual". En: Ribes, E. (Ed.), **Problemas Conceptuales en el Análisis del Comportamiento Humano**. Trillas. México.
- Ribes, E., Díaz González, E., Rodríguez, M. L. y Landa, P. (1990) "El Análisis Contingencial: Una Alternativa a las Aproximaciones Terapéuticas del Comportamiento. En: Ribes, E. (Ed.), **Problemas Conceptuales en el Análisis del Comportamiento Humano**. Trillas. México.
- Ryckman, R. M. (2000) **Theories of Personality**. Wadsworth. Estados Unidos.
- Salinas Rodríguez, J. L. (1995) **El Psicólogo en la Atención a la Salud**. Tesis de Maestría. UNAM Campus Iztacala.
- Santacreu, M. J., Hernández, L. J., Adarraga, M. P. y Márquez, S. M. (2002) **La Personalidad en el Marco de una Teoría del Comportamiento Humano**. Pirámide. España.
- Schneider, P. (1985) **Psicología Aplicada a la Práctica Médica**. Paidós. Argentina.
- Shultz, D. P. y Shultz, S. E. (2001) **Theories of Personality**. Wadsworth. Estados Unidos.
- Staats, A. W. (1997) **Conducta y Personalidad: Conductismo Psicológico**. Descleé De Brouwer. España.
- Thomas, P. (2000) "Terapia Transaccional". En: Castañedo, C. (Ed.), **Seis Enfoques Psicoterapéuticos**. Manual Moderno. México.
- Troch, A. (1983) **Estrés y Personalidad**. Herder. España.
- Valadez, R. (1995) **Evaluación del Estrés Ambiental: Una Categorización de Estresores Físicos, Efectos y Recursos de Afrontamiento**. Tesis Maestría. UNAM Campus Iztacala.
- Vega Valero, C. Z. (1994) **Análisis Histórico-Conceptual de la Dicotomía Normal-Anormal: Una Propuesta Alternativa**. Tesis Licenciatura. UNAM Campus Iztacala.
- Weiss, D. (2001) "Técnicas de Medicina Conductual". En: Goldman, H. H. (Ed.), **Psiquiatría General**. El Manual Moderno. México.

Weiss, D. S. y Krantz, E. S. (2001) "Pruebas Psicológicas". En: Goldman, H. H. (Ed.), ***Psiquiatría General***. El Manual Moderno. México.

www.monografias.com/trabajos13/teapre/teapre2.shtml

www.mundogestalt.com/cgi-bin/palm.cgi?id=173

www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/allport.htm

www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/bandura.htm

www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/maslow.htm

www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/rogers.htm

www.psiconet.org/rogers/obra1.htm

www.rincondelvago.com/personalidad_3.html

www.ship.edu/~cgboeree/maslowesp.html

www.tc.umn.edu/~cana0021