



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**Análisis del comportamiento alimentario desde la perspectiva
interconductual: Frecuencia y magnitud del alimento ingerido**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

Acuña Galván Enrique

Director: Mtro. **Juan Antonio Vargas Bustos**
Dictaminadores: Mtro. **Angel Francisco García Pacheco**
Dr. **Hector Octavio Silva Victoria**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, Abril, 2015



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.

Agradecimientos

A mis padres:

Porque ustedes siempre me han impulsado a lo largo de mi vida, ayudándome a levantar cada vez que he tenido problemas; sin sus enseñanzas yo no sería quien soy ahora, no hay forma de explicarles cuanto los quiero.

A Norma:

Gracias por darme ánimos y apoyarme en los momentos que ya no tenía fuerza para continuar. Es por tu amor y paciencia que nunca me di por vencido, siempre lo agradeceré.

A Ángel Corchado

Te agradezco tu tiempo y paciencia, me escuchaste y orientaste cuando lo necesité; como profesor me enseñaste más de lo te que correspondía y ampliaste mi visión de la vida.

A mis asesores:

Gracias por su paciencia y apoyo en la creación de mi tesis, es gracias a ustedes que culmina este trabajo.

Y a todos y cada uno de los que me ayudaron a lograr esto, ya que aunque no los mencione siempre se los agradeceré.

RESUMEN

En el presente trabajo se analizaron teóricamente desde la perspectiva interconductual las conductas alimentarias que derivan en alteraciones biológicas, se describieron como han sido llamadas y estudiadas por las diferentes corrientes de psicología, además de que se mencionaron los distintos factores o condiciones en los que se deben encontrar los individuos para aumentar o disminuir su probabilidad de adquirir alguna de estas conductas. En segundo lugar se realizó un breve resumen sobre la historia de la psicología desde sus orígenes con los griegos hasta las aportaciones actuales de la teoría interconductual y finalmente, se describieron desde la perspectiva interconductual los factores derivados del comportamiento individual que influyen en la prevención, terapéutica y rehabilitación de las interacciones alimentarias.

Debido a la falta de modelos teóricos que inserten coherentemente a la psicología en el ámbito de la salud, es necesario realizar trabajos de esta índole con el fin construir propuestas teóricas que consoliden la labor del psicólogo en esta área y evitar así la extensión del dualismo cartesiano que tanto ha venido en detrimento de la investigación psicológica y sus aplicaciones supuestamente reales en las diferentes demandas sociales.

Tras lo anterior, se logró conformar un sólido cuerpo teórico de conocimientos sobre la historia de la psicología, que también describió como los trastornos de conducta alimentaria han estado concebidos hasta la actualidad y las implicaciones que ha tenido la psicología en dichas anomalías de la conducta alimentaria.

INTRODUCCIÓN

La evolución humana está fuertemente ligada a la alimentación y a su adaptación respecto a la dieta que ha mantenido a lo largo del tiempo; desde la ingesta de hojas y frutas de los primeros homínidos en las copas de los árboles hasta la alimentación de hoy en día llena de comida procesada con baja cantidad de nutrientes; a ello se suman otras variables de muy diferentes tipos, como la ubicación geográfica, regímenes políticos, posición socioeconómica, disposiciones biológicas predeterminadas, entre algunas otras que la han llevado a transformar su alimentación de maneras que elevan la probabilidad de adquirir alguna patología orgánica y alterar la vulnerabilidad biológica del individuo, entendiéndose ésta en términos generales como su salud. Por consiguiente, hablar de alimentación es hablar acerca de la historia del hombre, lo cual sirve para entender el pasado y presente de nuestra especie, siendo la alimentación una actividad tan básica en el ser humano que implica un intercambio con su ambiente como una forma de vinculación social y una forma de expresarse; para nuestros antepasados homínidos fue vital aprender a evitar ciertos alimentos el cual fue un conocimiento adquirido por observación de sus pares que les permitió establecer ciertas conductas relacionadas a la elección e ingesta de alimentos, y como el gradual aumento de la población trajo consigo una mayor necesidad de alimentos para satisfacer las necesidades de los individuos, se volvió indispensable desarrollar conductas alimentarias específicas siempre enmarcadas en un ambiente sociocultural y estrato económico, entre otros.

En esta línea evolutiva se calcula que hace 40 000 años apareció el primer *Homo Sapiens Sapiens*, y con él un auge en la agricultura y la ganadería, lo que volvió a modificar la dieta del hombre antiguo, está varió dependiendo de la zona geográfica gracias a los cambios climáticos y dio lugar a diferentes tipos de alimentación en la misma especie. Fue en las riberas del Mar Caspio aproximadamente hace 6.000 años, donde tuvieron lugar los primeros cultivos pertenecientes las culturas egipcias y mesopotámicas, así estas civilizaciones

fueron las que mejor uso le darían a los cereales y alimentos cultivados, lo cual representó un cambio direccional en la historia alimentaria de la humanidad donde los cereales ocuparon un lugar central en la alimentación del hombre, y durante el transcurso del tiempo se dieron fuertes cambios en la dieta y el estilo de vida de la raza humana sobre todo durante la revolución industrial ya que por una parte había un mayor aporte energético pero un menor consumo y por lo tanto se almacenaba, además que se consumían menos grasas saludable y fibra, lo que provocaba la retención de alimento en el cuerpo humano.

Desde sus orígenes, el hombre moderno ha buscado comprenderse a si mismo y al medio que lo rodea, y en la búsqueda de esa comprensión los grupos humanos primitivos le atribuían poderes místicos a la naturaleza, a la cual creían responsable de un conjunto de fenómenos que inevitablemente lo llevaban al éxito o al fracaso, lo cual dio lugar a la concepción animista de la cosas. En esta evolución cultural, uno de los mayores campos de conocimiento sobre la realidad del ser humano es la psicología, la cual está encaminada a la explicación de la conducta y su relación con el ambiente, y primer intento por explicar las causas del comportamiento le corresponde a Platón, quien señalaba al alma como la principal responsable de la conducta, concepción en la que el cuerpo y el alma estaban divididos y se encontraban en constante pugna por el control. Posteriormente surge Aristóteles con una clara crítica a la doctrina de Platón en la que propone si se observa cuidadosamente el comportamiento, se encuentra una colaboración entre alma y cuerpo, siendo una unidad funcional en la que el principio activo de esta unión es el alma siendo un aspecto inseparable del cuerpo.

Con el cambio de época, aparecen otros pensadores que utilizaron ideas previas sólo que transformadas para encuadrar con el dogma predominante, el cual era la religión cristiana. San Agustín retomó las ideas de Platón bajo el sustento del cristianismo, y posteriormente Santo Tomas de Aquino agrega a la explicación anterior que el intelecto humano es capaz de formar los principios del

conocimiento abstracto a través de los objetos sensibles. Hasta este momento ya se había concebido al dualismo como el modelo regulador del comportamiento, pero quien marcó significativamente la diferencia entre cuerpo y mente fue Rene Descartes, al modificar el planteamiento griego de *alma-cuerpo* en una nueva dicotomía que sería conocida como *mente-cuerpo*, y en esta concepción, Descartes señala que la mente es aquello que piensa, cuya principal ubicación es el cerebro y no ubica un espacio físico, mientras que al cuerpo se le señala como una sustancia objetiva susceptible a las leyes de la física.

Al transcurrir del tiempo, surgieron los filósofos ingleses los cuales aportaron ideas relevantes para la construcción del conocimiento; John Locke postuló la metáfora de la hoja en blanco, la cual supone que en una hoja imaginaria se van escribiendo las experiencias de la vida; mientras que David Hume articuló un modelo de causa-efecto en el que se establecía la relación entre las sensaciones y las ideas. Para este momento histórico ya se han abandonado las ideas religiosas, en donde la fisiología sería el nuevo conocimiento que guiaría la constitución de la psicología empezando con Fechner quien buscó la posibilidad de medir con exactitud la actividad humana para superar el dualismo cuerpo-mente, aunque siguió empleando el término *mente* para referirse a la relación con el ambiente físico.

Un precursor importante de la psicología experimental fue Ivan Pavlov quien publicó la obra *Reflejos Condicionados*, en donde se expuso un estudio riguroso de las respuestas de los organismos y la forma en la que el medio los condiciona, texto que se volvería el sustento para la instalación del primer laboratorio psicológico del mundo el cual se consideraría un icono de la autonomía de la psicología. La psicología inicia de manera autónoma en 1879 con la fundación del laboratorio de psicología de Wundt en Leipzig, Alemania, siendo fundada tiempo después en otra parte del mundo la Asociación de Psicología Norteamericana en 1892, la cual pretendería impulsar a la psicología como

ciencia. Tiempo después y basado en el texto señalado, Watson publica el manifiesto conductista en donde definiría claramente el carácter objetivo de la psicología, estableciendo que su objeto de estudio es la conducta y el método científico experimental la herramienta de investigación de la psicología, mientras que Skinner lo retomaría para formular la triple relación de contingencia, estableciendo así los principios de condicionamiento operante.

La psicología se desarrollaría rápidamente en el siglo XX con el propósito de servir a los 2 conflictos bélicos que sucedieron en dicho siglo, surgiendo los test como métodos para la evaluación objetiva y sistemática de la conducta, convirtiéndose las diferencias individuales en el interés central de los estudios psicológicos. En el periodo de relativa paz entre ambas guerras mundiales, las instituciones de salud se beneficiaron del desarrollo de la psicología, aunque sin ser reconocido este beneficio oficialmente; Galindo (2004, 127, citado en Hardy, 2005) menciona que en los años 40's y 50's se concebía a la psicología como una combinación entre psicoanálisis, psiquiatría y psicometría, hasta que en 1959 la psicología comienza a ser una disciplina autónoma y se le otorga reconocimiento como profesión que atiende demandas sociales como la salud, más específicamente en los procesos de prevención, rehabilitación y el tratamiento de las patologías.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) la salud es entendida como el bienestar físico, psicológico y social que va más allá del esquema biomédico y que abarca el comportamiento del ser humano, entendiéndose no como la carencia de enfermedades o alteraciones, si no como un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo, lo que desde lo subjetivo la relaciona con el bienestar emocional de una persona, bienestar que no es mero evento fortuito, sino la consecuencia del contacto de un organismo con situaciones ecológicas, económicas y sociales, bienestar que es un estado y al mismo tiempo, un proceso dinámico constante que se altera

continuamente cuando sufrimos alteraciones en el medio interno, físico, psicológico y en nuestras relaciones personales.

El paradigma actual sobre la concepción de la salud señala que la calidad de nuestro bienestar físico y por ende el psicológico, depende principalmente de nuestros hábitos de vida, recomendando realizar conductas saludables como son:

- Mantener una alimentación basada en nutrientes y equilibrada en sus componentes,
- Mantener un contacto regular con la naturaleza,
- Beber alcohol moderadamente o no hacerlo,
- Realizar ejercicio físico regular,
- Respirar aire oxigenado lo cual quiere decir que se debe procurar evitar ambientes contaminados,
- Dormir 7 u 8 horas diarias,
- Realizar controles médicos preventivos y cumplir con las prescripciones médicas que se reciban;

Todo lo anterior con el fin de incrementar la vitalidad y favorecer un mejor nivel de funcionamiento psicobiológico, lo que a su vez hace más lento el envejecimiento biológico, y como muchas enfermedades crónicas son el resultado de la acumulación progresiva de conductas no saludables y condiciones ambientales perjudiciales, el mantenimiento de conductas saludables constituye un tipo especial de medicina.

A la salud se le entiende en dos ámbitos de significación precisos, que son el biomédico y el sociocultural, en el que el primero se refiere a la enfermedad y el segundo al bienestar. El modelo biomédico tiene como eje principal la carencia de

enfermedad y hace énfasis en las condiciones propias del organismo y los distintos subsistemas que lo integran, siendo este una versión conveniente del antiguo modelo demonológico señalado por Fleck (1935, citado en Ribes, 2008, p.14) en el que se concibe a la salud como una metáfora en el que el cuerpo es invadido por agentes externos y el cuerpo se defiende de invasiones externas, siendo influido por factores genéticos y externos que dejan al concepto de salud en una lucha constante del organismo contra agentes externos nocivos. Por otra parte, el modelo sociocultural subraya una correlación entre carencia de enfermedad y condiciones prácticas de vida, condiciones que están determinadas por el ambiente y las prácticas socioculturales y que son directamente responsables de alteraciones de la salud biológica, concibiendo a la salud como un proceso en el que el individuo se encuentra preso de una enfermedad que es fatalmente propiciada por el medio.

Sin embargo, la salud debe concebirse en la vida real en su relación con conceptos propios de la actividad humana existiendo como un sistema biológico dentro de un ambiente sociocultural en el que son inseparables del organismo los efectos que provocan los diversos agentes físicos, químicos y biológicos que llevan al organismo a ajustarse de forma óptima al ambiente del cual se nutre, pero del que también recibe influencias nocivas o encuentra carencias fundamentales y que no es ajeno a la sociedad y la cultura.

Desde la psicología, hablar de salud y enfermedad implica considerar el estado resultante que es consecuencia de la manera en que una persona en particular se ajusta o no a los cambios que acaecen en su ambiente, en donde si se realiza ese ajuste se puede decir entonces que los estados organísmicos y psicológicos de esa persona en particular, en un momento del continuo de interacción, es el óptimo o que refleja un nivel de homeóstasis. Y dado que en este balance intervienen una multiplicidad de factores, es frecuente encontrar también elementos que influyen negativamente para lograr la homeóstasis, como

son:

... el descontrol emocional, un control e inhibición excesivos, ciertos factores nutricionales inadecuados, predisposición a enfermedades cardiovasculares, hábitos como fumar y otros asociados fuertemente con el cáncer, enfermedades respiratorias y cardíacas; el consumo de alcohol y drogas que afecta a diversos sistemas del cuerpo; la carencia de habilidades interpersonales y de comunicación, predisposición a padecer alteraciones en distintos sistemas biológicos, etc... . (Oblitas, 2009, p.5)

En la actualidad, la mayoría de los modelos para encuadrar el ámbito de la salud conciben a lo psicológico como la estructura y funciones de la mente y al comportamiento como su extensión y que asegura poseer las cualidades de validar las operaciones de la primera, modelos en los que cuerpo y cerebro simplemente carecen de representación, además de tener el error de partir de que los seres humanos son racionales, e incurrir en el error de que para explicar el comportamiento humano se usan palabras o expresiones que hacen referencia a la cognición, como son actitudes, creencias, intenciones, auto eficacia, etc., modelos que al mismo tiempo emplean una gama de fenómenos psicológicos que serían no-racionales y por lo tanto no-psicológicos como son los casos de la personalidad, hábitos, habilidades, competencia, motivos, etc..., modelos que se han amparado en el uso indiscriminado de métodos directos como son los inventarios y encuestas para medir lo psicológico.

Un ejemplo de esto es el modelo biomédico, el cual sustenta que el cuerpo pertenece a una dimensión física y la mente forma parte del dominio espiritual, en donde cada uno constituye una dimensión diferente y separada. Este modelo dualista, auspiciado por el filósofo René Descartes posibilitó a la Iglesia mantener el dominio espiritual y dejó a la ciencia el dominio del mundo físico, donde al cuerpo se le concebía como una máquina gobernada por principios mecánicos, lo cual limitó el conocimiento científico al reduccionismo, y que en el área de la salud limitaría la comprensión de los procesos biológicos y bioquímicos. Aunque el modelo biomédico ha logrado grandes avances en el campo de la medicina,

también ha demostrado ser insuficiente y limitado en muchas problemáticas de los procesos de salud-enfermedad, como son las enfermedades crónicas, el dolor crónico y el estrés cotidiano. Posteriormente Freud elaboró la primera formulación sobre la teoría psicosomática, en la cual sostiene que los impulsos inaceptables y prohibidos eran reprimidos y buscaban formas alternativas de descarga, y que dichos impulsos tenían un significado simbólico relacionado con el evento psíquico, lo que significaría que el impulso inaceptable se desplazaría al inconsciente y luego esta reacción retornaría en forma de algún evento físico.

Posteriormente surge el modelo biopsicosocial, el cual admite que la salud y la enfermedad están multideterminadas, en donde intervienen elementos de macro procesos como son el contexto social, el ambiente físico, circunstancias socioeconómicas, factores climáticos, etc..., y otros elementos de micro procesos como son los cambios químicos, pensamientos, emociones, etc.

De acuerdo a este modelo, se requiere una perspectiva amplia e integradora para comprender las alteraciones y elaborar un diagnóstico, además de integrar de manera definitiva las variables biológicas, psicológicas y socio-ambientales. Este modelo enfoca su atención en los aspectos preventivos y en la promoción de la salud humana, y estimula la creación de nuevas estrategias en la relación del ser humano con su entorno, las cuales deben estar orientadas para crear un futuro más saludable. Además, se han estudiado también las variables ambientales que son condicionantes de la salud, descubriéndose que en sociedades latinoamericanas existe una gran prevalencia de enfermedades infecciosas, originadas por condiciones de vida carentes de higiene, por falta de control de aguas residuales, por alimentos sin control sanitario por falta de alimentos, carencia de condiciones laborales aceptables, un alto índice de accidentes y diversos tipos de violencia. Para los países más avanzados, las variables que perjudican la salud son los procesos de industrialización, la utilización masiva de vehículos a motor, el crecimiento urbano, la evacuación de

residuos industriales no depurados, la contaminación abiótica por humos industriales y la calefacción.

Por lo anterior, existe una carencia de propuestas en psicología para vincularla como disciplina profesional con el campo de la salud, sin encontrarse debidamente delimitada la dimensión psicológica respecto a la salud-enfermedad en donde es especialmente importante delimitar con precisión lo psicológico y cuáles son las categorías analíticas que permitirán su correcta interpretación para su aplicación. El problema con las actuales definiciones de psicología de la salud es que son bastante genéricas y no están acompañadas de criterios lógicos que posibiliten definirla con la precisión requerida, incurriendo en el error de suponer que el comportamiento puede ser tratado apelando al funcionamiento de sus partes separadas e independientes, entendiéndose al comportamiento como el objeto de estudio del modelo conductual y reconociéndolo como la interacción del organismo y el ambiente y no como la manifestación externa o el producto de supuestos procesos dentro del organismo. Lo anterior resulta importante para evitar seguir creando interdisciplinas o multidisciplinas donde no se tiene claramente delimitado en que consiste la concepción psicológica de los hechos de la salud y enfermedad. Los modelos actuales en psicología de la salud han optado por confiar en la guía de las disciplinas biomédicas, haciendo que aparezcan múltiples inconsistencias y vacíos en los modelos, así como fallas al aplicar el conocimiento obtenido a través de la práctica de la investigación.

El problema con estos modelos es que cuando se analizan en un modelo psicológico los factores biológicos y socioculturales, que no tienen representación como categorías respecto a sus disciplinas originales, expresándose los factores biológicos como condición misma de existencia del individuo y de las reacciones biológicas integradas a su actividad y los factores socioculturales como formas particulares que caracterizan a un individuo en su interacción con las situaciones de su medio. Para que un modelo psicológico pretenda entender, prevenir y/o

rehabilitar el estado de salud-enfermedad de una persona debe de:

- a) Distinguir de modo muy claro entre lo psicológico y lo biológico
- b) Identificar a que categoría del modelo psicológico utilizado corresponden los términos de salud y enfermedad.
- c) Describir relaciones funcionales entre lo psicológico y la salud y enfermedad.
- d) Justificar la pertinencia y viabilidad de la psicología en el cuidado y disminución-erradicación de enfermedades.

Para lograr lo anteriormente dicho, se debe aclarar que la psicología y la biología estudian la misma realidad empírica, solo que con categorías de análisis y procedimientos distintos, ya que de no hacerlo solo se reproduciría el dualismo cartesiano que tanto ha entorpecido el desarrollo de las ciencias, particularmente el de la psicología.

La psicología de la salud es en esencia un campo de actuación profesional con un propósito particular, que es incidir de manera eficiente sobre un problema social, siendo el de la salud; y para esto se debe contar con un modelo teórico en el que se defina con precisión qué es lo psicológico y como interactúa con lo biológico y lo social. El psicólogo en el campo de la salud transfiere el conocimiento a otros profesionales practicantes de alguna interdisciplina y a los mismos usuarios de estos servicios. Este debe contar además con recursos metodológicos que posibiliten tanto la práctica de la investigación como el diseño, instrumentación y evaluación de programas de intervención en todas sus variantes, constituye una categoría general en la que confluyen todas las iniciativas orientadas a la prevención de una enfermedad, y tiene además la desventaja de que se entiende a la psicología de la salud existente como una pseudo-psicología de la salud que funciona como una extensión clínica de la

psicología potencialmente aplicable a los hechos de la salud y enfermedad. Desde las categorías empleadas en el modelo interconductual, la psicología no trabaja directamente con los problemas de salud y enfermedad, si no con las dimensiones psicológicas de la *corporeidad*, que en apego a la teoría interconductual son la biografía reactiva, los estados reactivos y los sistemas reactivos. Por lo tanto, se considera pertinente usar esta definición sobre la psicología de la salud que dice que:

...la psicología de la salud debe entenderse simple y llanamente como un campo de actuación profesional en el que los psicólogos poseen tanto los conocimientos —saber acerca de las cosas— como las competencias —saber hacer las cosas de modo eficiente— indispensables para cumplir con las funciones de investigación, prevención y rehabilitación, fundamentalmente, con especial énfasis en la investigación de qué y cómo las variables psicológicas facilitan o dificultan la práctica de los comportamientos instrumentales de riesgo o de prevención, con el objeto de prevenir una enfermedad y promover la salud. (Piña, 2006, p. 673)

El modelo psicológico empleado en este trabajo se fundamenta en la teoría de la conducta desarrollada por Ribes y López (1985), el cual considera la dimensión psicológica de la salud como la interacción molar del organismo con el ambiente físico, químico, ecológico y social, implicando el comportamiento con objetos, eventos y otros individuos. Este modelo se desagrega en 3 factores que son:

- La forma en que el comportamiento modula los estados biológicos.
- Las competencias que definen la efectividad del individuo para interactuar para interactuar con múltiples situaciones que directa o indirectamente afectan a su salud.
- Las maneras consistentes que tipifica a un individuo en su contacto inicial con situaciones que pueden afectar potencialmente su condición biológica.

El modelo psicológico de la salud no elimina a los modelos biológicos y culturales, sirve como interface indispensable para relacionar variables y niveles muy distintos. El modelo escogido propone guiar la acción e intervención prácticas de la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades y plantea como debe aplicarse el conocimiento para generar medidas que afecten la práctica cotidiana de las personas. Como la teoría interconductual pretende desechar todas las aproximaciones extra espaciales y espirituales acerca de los procesos psicológicos, y siendo el caso de este documento, de igual manera se rechaza como se han concebido las alteraciones en las formas de interaccionar con la comida debido a que estas han sido combinaciones de información médica con psicología trascendental, aunque de las cuales se hará una breve mención.

Entre los siglos XV y XX se utilizaron varios términos como *cynorexia*, *canine appetite* y *hambre patológica* para explicar los estados en los que se dejaba de comer y se recurría al vómito, pero no fue sino hasta que el síndrome de bulimia nerviosa (BN) fue definido con claridad con por Russell:

Los primeros casos de BN, desde una perspectiva científica de diagnóstico, aparecieron en la Alemania de los años treinta, aumentando tras la Segunda Guerra Mundial, siendo el incremento progresivo de su incidencia lo que propicio el reconocimiento de la BN como síndrome separado en la década de los setenta. (Aguinaga, 2000, p.280)

La atención hacia los trastornos de la conducta alimentaria inicio en la medicina con la obra de R. Morton llamada Tratado de Consumos en el siglo XVII en la que no encontraba relación entre la pérdida de peso de sus pacientes y alguna enfermedad que lo provocase, y con O. Whytt con su obra *Observaciones sobre la naturaleza, Causas y Curación de los trastornos comúnmente llamados Nerviosos, Hipocondríacos o Histéricos*, en el cual describía las repercusiones de privación voluntaria sobre el sistema nervioso simpático. La literatura sobre los trastornos de la conducta alimentaria menciona que ciertas conductas representan un peligro para la salud y es posible que se conviertan en factores de

riesgo para desarrollar algún trastorno de la conducta alimentaria (TCA), término que se refiere a:

Desórdenes psicológicos que presentan graves anormalidades en el comportamiento de la ingestión de alimentos, en un individuo que presenta una serie de conflictos psico-sociales y estima que su resolución está inevitablemente condicionada por la adquisición de delgadez o el mantenimiento de un peso bajo. (Raich, 1994, citado en Chávez y Macías, 2004, p.17)

Los TCA involucran a la psiquiatría, a la medicina interna, a endocrinología y a pediatría, que afecta mayoritariamente a mujeres adolescentes y adultas de los llamados países desarrollados, estimándose la prevalencia de estos trastornos en un 5%, siendo las tasas de mortalidad de 5.1% y 1.7 % para Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa respectivamente. La complicada situación de los trastornos alimenticios consiste en un problema en constante aumento en los que intervienen no sólo factores de tipo psicológico, sino también otros como son las condiciones socioeconómicas, marginación, ubicación geográfica, entre otros. Para el caso de nuestro país, según la ENSANUT (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012) en México existen alrededor de 5 664 870 niños con sobrepeso y obesidad, el 34.4% de la población infantil; en contraste con los 302 279 menores de cinco años de edad que presentan bajo peso. En el caso de los adolescentes, alrededor del 35% tiene sobrepeso u obesidad, esto en el ámbito nacional representa alrededor de 6 325 131 individuos de entre 12 y 19 años de edad. Además, indica que de cada cinco adolescentes más de uno tiene sobrepeso y uno de cada diez presenta obesidad, estos resultados también arrojan que para los adultos que existe una prevalencia de 64.5% de obesidad abdominal en hombres y 82.8% en mujeres, para una prevalencia total nacional de 73.9%, lo que hace que la prevalencia de obesidad sea mayor en el sexo femenino.

HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA

1.1 Historia de la psicología biológica

La psicología generada en cualquier época está influida de forma inevitable por la sociedad y la cultura que la produce. Cuando el hombre intenta comprender y explicar el alma, la mente y el comportamiento humanos, sus ideas se basan en hipótesis y suposiciones no demostradas acerca de la naturaleza humana y sobre cómo debería vivir el ser humano. Las teorías psicológicas reflejan cada una su propia época y origen, por lo tanto cobra especial relevancia dilucidar cómo se generaron.

A la psicología se le puede dividir en tres etapas en las cuales los pasos de la evolución son claramente visibles:

- La primera es la etapa precientífica, donde se hicieron las observaciones ingenuas y sencillas que gradualmente se tergiversarían a un interés permanente en la interconducción de organismos humanos con los estímulos de su entorno; aquí se plantó la semilla que derivaría en la psicología como hoy la conocemos.
- Luego surgió la etapa protocientífica, que fue impulsada por la invención de la escritura en la que en un principio se registraba la poesía épica y lírica, además de informes de observadores en diversas circunstancias de encuentros personales, después éstos se volvieron más técnicos estableciendo la localización de eventos psicológicos en los órganos.
- La etapa científica auténtica, en donde se produjo un tratado claro y sistemático con el *corpus* aristotélico que consistía en un conjunto de monografías que abarcan la historia, los problemas básicos y muchos datos psicológicos, por lo que lo se convierte en "...el mejor testimonio del que disponemos en lo concerniente al trabajo de los investigadores y de los

resultados que se han alcanzado con el paso del tiempo” (Kantor, 1990, p. 63).

En la *Ilíada* y la *Odisea* de Homero se encuentra la información más antigua sobre psicología de la que se tiene constancia, con historias que contienen explicaciones del comportamiento humano. Para este autor, los griegos de la Edad Media ya tenían una concepción del alma a la que llamaban *psyche* para definirla, donde ésta es el aliento de la vida que cuando abandona al guerrero herido, éste muere; con la habilidad para abandonar el cuerpo durante el sueño o el desvanecimiento para viajar y hasta sobrevivir a la muerte corporal, quedando privada de sentimientos, pensamientos y palabras volviéndose incapaz de moverse.

Sin embargo la palabra *psyche* no era utilizada exclusivamente para explicar el comportamiento, puesto que creían que la explicación del mismo residía en varias entidades similares al alma y se encontraban en diferentes partes del cuerpo, como el *frenes* el cual residía en el diafragma y cuya función era planificar racionalmente la acción; también estaba el *thymus* en el corazón, que era el encargado de regir las acciones movidas por los sentimientos, asimismo se hablaba del *Nous* al cuál se le atribuía la responsabilidad de la percepción precisa y clara del mundo.

Uno de los primeros griegos en dirigir su atención al comportamiento humano fue Alcmeón de Crotona en el 500 a.C; a quien le interesaba la filosofía y dirigió su interés a comprender la percepción, hecho que lo llevó a proponer una hipótesis al respecto, la cual se convertiría en la primera teoría psicológica, reconocida por Empédocles de Agrigento en el año 450 a.C. Empédocles la valida al considerar que los sentidos son conductos de entendimiento a través de los cuales llega la información del mundo al cerebro, pero al contrario de su predecesor, él situó a la mente en el corazón y el pecho, afirmando que los

effluvios, que son copias sensoriales específicas de sí mismas, se introducen en la corriente sanguínea y avanzan hasta que todos se reúnen en el corazón, provocando que se genere el pensamiento con la agitación de éstos derivada de los latidos del corazón. La búsqueda por la naturaleza de la realidad física del comportamiento continuó con Leucipo de Mileto (460-370 a.C), la obra *Sobre la mente* fue una de sus aportaciones, y después con su alumno más conocido Demócrito de Abdera (460 a. C.- 370 a. C.), así hasta llegar con Sócrates.

Sócrates (469-399 a.C.) disfrutaba planteando preguntas provocativas sobre la virtud, a consecuencia de ello murió ejecutado; a este filósofo se le puede considerar como un constructor extremadamente eficaz de fundamentos científicos. Vivió el alba de la cultura científica, fue un maestro que no cobraba por su trabajo y estaba dispuesto a recibir a todos los que querían aprender, además de que le interesaron las ciencias que actualmente denominamos sociales o culturales.

Para Hothersall (1997, p. 27) Sócrates “cuestionaba toda suposición, dudaba de lo obvio y ridiculizaba lo trivial y pretencioso. Esperaba que su aproximación lógica y rigurosa produjera respuestas verdaderas a este tipo de preguntas y a otras similares. Su aproximación fue la del realismo”. Concibió un método de enseñanza (la mayéutica) donde hace una serie de preguntas tendientes a conducir al pupilo a la verdad ilustrando sus fallos lógicos en su razonamiento; uno de sus contemporáneos usó este mismo método, Antifon, al que se le considera el primer psicoterapeuta.

Dada la gran relación entre *psyché* y alma, resulta necesario explicar la concepción de Sócrates. Para él, el alma no era nada más que ciertos rasgos esenciales y quizá valiosos, concepto que le heredaría a su discípulo Platón, quien además agregó que en el alma están las cualidades morales del hombre. Platón fue un ateniense de finales del siglo V y comienzos de IV antes de Cristo. Se

distinguió por ser un pensador matemático que contribuyó al adelanto de los aspectos formales del trabajo científico; formuló una dialéctica con un método principalmente operacional, éste consiste en un procedimiento que conduce desde las cosas materiales y superficiales hasta las formas subyacentes, para la psicología ésta es un proceso de pensamiento o razonamiento que contrasta con la observación o con el contacto inmediato, también contribuyó a crear un proceso de pensamiento puro que no se encuentra contaminado por la actividad sensorial. Además separó al sentir del experimentar, tomándolos como actos burdos del organismo y expresó que el pensamiento puro o de entendimiento puede ser comprendido como movimientos sutiles y refinados ejecutados cuando no están presentes donde los objetos o cuando no hay objetos separados de los actos. Es en sus postulados donde se encuentra el primer intento de sistematizar los resultados de las reflexiones griegas.

Los eventos psicológicos, según Platón, se conciben primordialmente mediante la reflexión de los aspectos éticos de la conducta del hombre; para él, la naturaleza psicológica del hombre es reflejo de las acciones y cambios del cosmos del que forma parte. Aunque Platón no orientó sus esfuerzos hacia la producción de un sistema de psicología científica, "...desempeño el papel de transmisor y suministrador de materiales de construcción que luego pudieron utilizarse para levantar un edificio distintivo" (Kantor, 1990, p. 106).

Y por último, de entre los grandes filósofos griegos de la Antigüedad probablemente el que realizó mayores aportaciones a la psicología es sin duda Aristóteles, quien fue un devoto estudiante de Platón y además tutor en la infancia del niño que se convertiría en Alejandro Magno. Él observó el éxito de las matemáticas no como si éstas fueran proveedoras de conocimiento de las formas eternas, sino como deducciones lógicas de las suposiciones autoevidentes y a sus claras definiciones. Gracias a esto obtuvo conclusiones precisas donde usó una aproximación inductiva y observacional, algunas de éstas resultaron interesantes

pero falsas, también perfiló tres niveles de vida: el *nutritivo*, que es el que alcanzan las plantas; el *sensitivo*, de los animales, y el *racional*, el cual le pertenece a los humanos, jerarquía de mayor influencia en el pensamiento biológico a lo largo de los siglos.

Respecto a la mente pensaba que en el momento de nacer el hombre tiene el potencial para pensar, pero para que éste se alcance debe actuar el mundo sobre ella; esto lo haría adoptar una posición empirista, así fue como desarrolló los principios básicos de la memoria humana en su tratado *Memoria et Reminiscentia*, donde señaló que las cosas se asocian si ocurren juntas en espacio y tiempo, propuesta que a su vez daría lugar a los tres principios básicos de asociación: similitud, contraste y continuidad; asimismo afirmó que no sólo existe una relación entre el número de veces que se refuerza el aprendizaje, sino que algunas asociaciones se forman más fácilmente que otras.

Para él, la psicología era el estudio del alma, la defendió como “la forma de un cuerpo natural con vida en potencia en su interior” (Hardy, 2005, p. 61), lo que la convierte en el acto de fuerza actualizadora y rectora de todo organismo vivo, otorgándole la posibilidad al cuerpo de tener vida. Aquí el alma es la fuente eficiente que provoca el crecimiento y el movimiento del cuerpo y los procesos vitales en general, es decir, en el conjunto de capacidades de un cuerpo vivo.

Aristóteles sostuvo que la adquisición del conocimiento es un proceso psicológico que comienza con la percepción de objetos concretos y culmina en el conocimiento general de los universales, o sea, de las formas. Fue también el primero en plantear una división para el alma racional separándola en cualidades como la memoria, el intelecto y la motivación, además erigió su ética con base en los cimientos de la psicología. “Como producto científico, la psicología aristotélica constituye un notable primer paso en el establecimiento de la psicología entre las instituciones científicas” (Kantor, 1990, p. 108).

Con la dominación de Grecia por parte de Roma en el siglo II, se mezclaron ambas civilizaciones y surgieron cuatro corrientes filosóficas principales que reflejaban las formas en que los romanos entendían al hombre: el estoicismo, el hedonismo, el escepticismo y el eclecticismo (Gutiérrez, 1971, citado en Vargas, 2006, p. 46) cuya historia terminó con la caída del imperio romano debido a factores políticos, económicos y militares en el año 476 d.C y por las oleadas de invasores bárbaros que buscaban establecerse en él.

En el periodo conocido como la Alta Edad Media comenzó en Europa una importante tradición intelectual, es donde se inicia la aplicación de la razón filosófica a la teología. Un problema para los primeros cristianos fue como debían enfrentarse a la filosofía clásica: se debatían sobre si condenarla por pagana o aceptar aquellos elementos que fueran compatibles con la fe cristiana. El primer filósofo cristiano en combinar el estoicismo, el neoplatonismo y la fe cristiana fue san Agustín, quien vivió del 354 al 430 d.C. quien según Labrielle (citado en Kantor, 1990, p.230) "...fue el más filosófico de los padres de la Iglesia primitiva. Más aún: entre los Padres Latinos es el único que posee realmente genio especulativo y dotes de pensador denso".

La filosofía de san Agustín se describe de manera acertada cuando se afirma que es fundamentalmente mística y estatista, ésta representó una ciega aceptación de postulados místicos que fueron trabajados de manera que sirviesen para alcanzar la salvación personal y proporcionar un refugio trascendental contra los males del tiempo. Para san Agustín el alma era el rasgo más importante del hombre, consideró al cuerpo como vil y transitorio, en contraste con el alma radiante e inmortal; este santo imprimió un notorio carácter teológico en sus escritos sobre temas psicológicos debido a que en su pensamiento todos los acontecimientos psicológicos están arraigados al pensamiento religioso. De igual modo señaló el papel de la conciencia refleja, observando que el conocimiento de sí es inherente al conocimiento de un objeto, pero conforme a un modo diferente,

dando a entender que conocer un objeto es conocer que se conoce, información que no proviene del exterior, sino que es un saber del alma que se alcanza en una percepción inmediata.

La trascendencia de los textos agustinianos es tal que dada la posición que adopta ante la fe cristiana, e incluyendo elementos de la psicología naturalista de Aristóteles, su obra representa el punto culminante de la reflexión intelectual de la edad patristica en la cual hay dos características que resaltan el carácter teológico en sus escritos sobre temas psicológicos. La primera es que sus numerosas obras no dejan lugar a la consideración técnica de los eventos psicológicos ni a ninguna clase de eventos científicos; y la segunda, que todo lo que san Agustín puede decir sobre eventos psicológicos contiene también un pensamiento religioso. Kantor (1990, p. 243) al respecto nos dice:

Todo lo que tiene carácter de psicológico pertenece al reino del ser místico y es interesante tan solo desde el punto de vista teológico. De hecho, la psicología de san Agustín se desarrolla como ejemplo o como analogía de la unidad trinitaria en el dominio de lo puramente teológico.

Además de san Agustín, otro autor que formó una de las revisiones más completas de Aristóteles fue Ibn Sina, quien vivió del 980 al 1037, que fue médico y filósofo. Conocido en Europa como Avicena y cuyas obras ejercieron gran influencia en la filosofía y la psicología de la Edad Media. Avicena propuso un sistema en donde en primer lugar se encontraba el *alma vegetativa*, según Aristóteles era la responsable de la reproducción, el crecimiento y la nutrición de los seres vivos; en segundo por el *alma sensitiva*, la cual comprendía los *sentidos internos*, que son las facultades mentales que están justo en el límite entre la naturaleza humana y lo angelical, ambas jerarquizadas, donde el primer lugar lo ocupa el *sentido común* seguido de *la imaginación retentiva*, siendo la imaginación compositiva animal y la imaginación compositiva humana las responsables del uso

activo y creador de las imágenes mentales que se relacionan entre sí. Los últimos sentidos en esta jerarquía son la *estimativa*, la *memoria* y el *recuerdo*. Como médico musulmán, “intento combinar su versión de la psicología filosófica aristotélica con la tradicional, y errónea, tradición médica romana iniciada por Galeno” (Hardy, 2005, p.84). Para él, la diferencia entre animales y hombres era que este último podía formar conceptos universales gracias a dos facultades del alma humana: el *intelecto práctico* y el *intelecto contemplativo*.

La filosofía naturalista de Aristóteles encontró también una forma de reconciliarse con la fe cristiana con santo Tomás de Aquino, quien sintetizó la fe en la palabra de Dios y a razón de la filosofía aristotélica por ello estuvo a punto de ser condenado a la hoguera por herejía. Estableció una marcada diferencia entre el sistema aristotélico y la teología, limitando al hombre al conocimiento de la naturaleza pero no a Dios, diciendo que sólo podemos conocer a Dios infiriéndolo a partir de su obra en el mundo. Siguió a Avicena en sus explicaciones sobre la motivación y la facultad estimativa, pero diferenció a la *estimación* como característica de los animales y sobre la que no se puede ejercer control voluntario, y la *estimación cogitativa*, que es susceptible de control racional y que es exclusiva del hombre.

Santo Tomás las llamaba potencias del alma y se refería a que hacen posible otra potencia sensitiva interna, que es la *memoria*, porque para él todo ser vivo debe ser capaz de acordarse de “...las especies precedentemente aprendidas por el sentido e interiormente conservadas por la imaginación” (Muller, 1976, p.143). Así fue como en el siglo XIII, santo Tomás de Aquino reinterpretó a Aristóteles y estableció de forma clara el escolasticismo, disciplina que readmitía la razón humana como un complemento de la fe religiosa en la búsqueda de la verdad, además fue precursor del futuro conflicto entre la razón y la revelación; rechazaba el dualismo radical alma-cuerpo, del pensamiento de Platón y Aristóteles, porque para él un cuerpo no era una prisión donde estuviese

encerrada el alma, sino que cumplía la función de complementar al cuerpo como el alma a éste.

Un indicador del fin de la Alta Edad Media fue la peste negra, ésta acabó con un tercio de la población en Europa y dio paso a la Baja Edad Media, periodo que abarca los siglos XI al XIII, donde se pensaba que el conocimiento y la verdad divina estaban coordinadas entre sí, así como los saberes humanos universales se correspondían en las ideas divinas, fueron los personales más representativos de este periodo Guillermo de Ockham y Pedro Abelardo.

Ockham (1290-1349) afirmaba el “conocimiento empieza con actos de *conocimiento intuitivo*, siendo éste un conocimiento directo e infalible de los objetos del mundo. El conocimiento intuitivo no genera una simple opinión como afirmaba Platón, sino un auténtico conocimiento” (Hardy, 2005, p. 89). Además, negaba la distinción entre el alma y sus facultades, porque para él, el alma no tiene la facultad o el intelecto, sino que llamamos facultad simplemente a un cierto tipo de acto mental. Por su parte, a Pedro Abelardo (1079-1142) se le considera el filósofo medieval más destacado anterior a la Baja Edad Media, al igual que Aristóteles opinaba que era absurdo el enfoque metafísico-realista sobre la supremacía de las cosas. Para él los conceptos eran simplemente imágenes o etiquetas mentales donde los conceptos universales, que para él eran la lógica y la psicología, eran considerados como entidades mentales y no ideas eternas.

Con cerca de mil años que pasaron entre el colapso final del imperio romano en el siglo V d.C. y el comienzo del Renacimiento, y a pesar de que la psicología quedó subordinada a intereses políticos y humanistas, surgió la época del Renacimiento durante los siglos XV y XVI; al respecto Hothersall (1997, p.35) nos dice “es en el mundo del Renacimiento donde encontramos los primeros antecedentes formales filosóficos y científicos de la psicología”. El logro técnico más relevante de esta época fue la invención de la imprenta, la cual ayudó a

divulgar los primeros libros de varias áreas de conocimiento, el primer autor en utilizar la palabra psicología en el título de un libro fue Rudolf Goeckel, quien en 1590 publicó una gran colección de trabajos de diferentes autores.

El título de su libro fue Psychologia hoc est, de hominis perfectione, que se podría traducir como 'Psicología, esto es, sobre la perfección del hombre'. Este primer libro de psicología fue un éxito y pasó por tres reimpressiones antes de que terminara el siglo. El primer libro de psicología en inglés fue de John Broughton, Psychologia o An Account of the Native of the Rational Soul, publicado de Londres en 1703 (Hothersall, 1997, p.36).

Gran parte de lo que conocemos hoy como psicología comenzó con René Descartes (1596-1650), quien elaboró una concepción mecánica del universo donde la materia era completamente inerte, sin ningún poder activo actuando, y dado que el poder activo sólo pertenecía a Dios, la materia se desplazaba o cambiaba tan sólo cuando era impulsada físicamente por otro elemento material, siendo esta concepción cuerpo-mente desarrollada dentro de un marco religioso que definiría en forma decisiva el enfoque que adoptaría la psicología que estaba por venir. Descartes se vio influido por los escritos de Alcmeón y Empédocles, así como por los de Aristóteles y Galileo, partió de ellos para escribir dos grandes libros, *Le monde* (El mundo) y *L'homme* (El hombre). La teoría cartesiana invitaba a:

...creer que se podía explicar el comportamiento de los animales y una gran parte del comportamiento humano como el producto de una maquinaria interna había sido alentado por la elaborada tecnología de los artesanos de la época, que construían estatuas de animales y de personas con comportamientos parecidos al de los seres vivos. (Hardy, 2005, p. 123)

En su papel como filósofo Descartes tenía el campo de la conciencia para explorar, y aun así, las investigaciones psicológicas sobre la mente humana fueron la base para las propuestas filosóficas sobre el conocimiento y la moralidad, esto

lo llevó a expresar su postulado más famoso: *Cogito ergo sum*, o Pienso luego existo, que lo llevó a proponer el dualismo radical en el que el alma y el cuerpo eran totalmente diferentes y no compartían ni materia ni forma.

Al respecto, Hardy (2005, p. 127) expresaría:

El dualismo alma-cuerpo cartesiano era una manera de explicar el dualismo de las propiedades sensoriales primarias y secundaria. Según Descartes, el mundo material estaba formado por crepúsculos o átomos que poseen tan sólo las propiedades de la extensión en el espacio y la localización física. Además de este mundo material, que incluye al cuerpo, está el mundo subjetivo de la consciencia de la mente.

Conforme a lo anterior, llegó a la suposición de que hay dos mundos: un mundo mecánico-material que es cognoscible, y el mundo subjetivo de la conciencia humana que sólo se puede conocer por introspección, continuando así con la tradición religiosa que se había estado llevando hasta el momento. Para resolver la dificultad que tenían la mente y el cuerpo para interactuar, Descartes desarrolló un mecanismo fisiológico en donde la glándula pineal proporcionaba al alma los medios para controlar el cuerpo. En palabras de Muller (1976, p. 204) “...la interpretación cartesiana de la acción del cuerpo en Descartes, se desprende lógicamente de su concepción de los procesos naturales, tan racionales *como totalidad y en todas sus partes, como las verdades matemáticas*”.

En 1663, los trabajos de Descartes serían incluidos en el Índice de los libros prohibidos por la Iglesia católica, sin embargo sus ideas sobre psicología como estudio de la conciencia y la comprensión del ser inspiraron una psicología más intuitiva y menos deudora de la metafísica por el médico-filósofo John Locke. “Es en Locke en quien podemos encontrar un primer intento de fundar, mediante un método analítico y descriptivo, una psicología independiente” (Muller, 1976, p. 233).

A John Locke (1632-1704), quien fue amigo de Isaac Newton y Robert Boyle, se le suele considerar el padre del empirismo, siendo René Descartes una influencia liberadora en su desarrollo intelectual que le haría generar la siguiente opinión:

Las ideas son simples o complejas. El mismo objeto puede proporcionar un gran número de diferentes ideas simples 'nosotros vemos al mismo tiempo el movimiento y el calor, o la mano siente tanto la suavidad como la calidez y esas ideas simples se asocian para formar una idea compleja. Las ideas llegan a asociarse como resultado de la experiencia. (Hothersall, 1997, p. 57)

Formulando el principio empirista según el cual el conocimiento deriva tan sólo de la experiencia, propone la metáfora de la mente como *tabla rasa* o trozo de papel en blanco sobre el que la experiencia escribe las ideas. Locke afirmaba que la experiencia sólo puede venir de dos fuentes: de las sensaciones, que son el contacto con objetos externos *sensibles*, y de la reflexión que es una operación interna de la mente; lo anterior lo llevó a pensar que toda idea en la mente fue alguna vez una sensación o una reflexión. Locke, al igual que Descartes, defendía que la gente nacía con cierta predisposición a alcanzar las *ideas innatas*, además de que la mente era un complejo mecanismo de procesamiento de información que estaba preparado para transformar la información obtenida por la experiencia en conocimiento humano organizado, en un proceso en el que la experiencia directa nos proporciona ideas sencillas en donde la maquinaria mental las desarrolla y combina en ideas complejas, proceso que lo llevaría a creer que podían sistematizarse de esta forma todos los conocimientos humanos.

Las ideas de Locke influyeron tanto en Gran Bretaña como en Francia, alcanzando a llegar a Alemania donde Gottfried Wilhelm Leibniz (1646-1716) las adoptaría y propondría una solución al problema mente-cuerpo que adoptarían los

futuros psicólogos científicos y que generaría la psicofísica con Fetcher. Leibniz, quien fue matemático, lógico y metafísico además de ser contemporáneo de Locke declaró que:

Los humanos pueden actuar de acuerdo con los resultados de la experiencia, o sea, de forma empírica, en tres cuartas partes de sus actos, pero no en todos. Nosotros esperamos que el sol salga cada mañana porque siempre lo ha hecho en el pasado, que la lluvia caiga del cielo y que el verano siga a la primavera. (Hothersall, 1997, p.64)

La cuarta parte sobrante en la afirmación de Leibniz era el intelecto nato, afirmaba que esto hace posible la ciencia y la razón, además nos provee del conocimiento acerca de nosotros mismos y de Dios, que es la esencia del espíritu humano. Leibniz creía que Dios había construido el cuerpo humano y la mente como dos relojes paralelos, en su famoso paralelismo físico, en el que la mente era un agente activo y su función se podría describir como una *actividad psicológica*, además utilizó el concepto de *monadas*, las definió como "...fuente de las acciones y principios absolutos de la composición de las cosas, unidades reales y sin partes a las que llama a veces almas, entelequias o fuerzas" (Muller, 1976, p. 243). Y siendo que para él los animales y los seres humanos están compuestos por estas *monadas* las cuales se subordinan a otra *monada* más consciente, y por lo tanto dominante, así tienen origen sus ideas más importantes sobre la concepción de la percepción.

Posteriormente, y teniendo influencia de Locke, George Berkeley (1685-1753) no sólo coincidiría en que todo conocimiento del mundo proviene de la experiencia, sino que además afirmaría que la existencia del mundo depende por completo de la percepción porque la materia en sí misma no existe si no es percibida. Por dicha afirmación fue duramente criticado por sus contemporáneos, la cual proclamó en su *Tratado* en 1709, obra que también puede ser considerada como el primer libro sobre óptica fisiológica. Sin embargo es un hecho que

“Berkeley intentó comprender el fundamento psicológico de la creencia de un mundo físico externo a nuestras mentes” (Hardy, 2005, p.147). La filosofía de Berkeley, al igual que la de Descartes, indagaba sobre la mente de los demás. A medida que la religión comenzaba a perder autoridad y la ciencia empezaba a conseguirla, sucedió un cambio entre las ideas de los empiristas a los asociacionistas como David Hume (1711-1776) y David Hartley (1705-1757).

Psicólogo, moralista, historiador, sociólogo y precursor del asociacionismo, las aportaciones de Hume a la psicología fueron los trabajos *un Tratado sobre la naturaleza humana* en 1739, y *Una investigación sobre el entendimiento humano* en 1748. En su primer trabajo, marcó una clara distinción entre las impresiones y las ideas, considerando a las ideas como copias débiles de las impresiones, declarando que existía una conexión causal entre impresiones e ideas, combinándose estas últimas con las impresiones para formar ideas complejas que se regían de acuerdo a los tres principios de asociación: semejanza, contraste y relaciones causa efecto. Su segundo trabajo tendría poco impacto tendría poco efecto en sus contemporáneos, pero sugeriría una nueva ciencia de la naturaleza humana que, dentro de 100 años, sería la base para que Wundt fundase la ciencia de la mente.

A David Hartley se le conoce más por su obra *observaciones sobre el Hombre*, en la que postuló que tanto mente como cuerpo debían estudiarse porque están relacionados de manera biológica. Debido a su formación como científico, usó el conocimiento adquirido y del cual sus predecesores carecieron para iniciar una rama de la psicología que no sería establecido sino hasta dentro de 100 años y sería llamada psicología fisiológica. David Hume y David Hartley sentaron el terreno para que en el siglo XIX las ideas de James Mill y su hijo John Stuart Mill, así como las de Alexander Bain formaran parte del dominio de la psicología y fuesen conocidos como los tres asociacionistas más importantes de Gran Bretaña.

James Mill (1773-1836) y su hijo John Stuart Mill (1806-1873) buscaron combinar el principio de utilidad con el asociacionismo iniciado por Locke y culminado por Hume. Hume, cuyo propósito había sido el de sustituir la metafísica por la psicología generó en Mill la idea de que la mente es una pizarra en blanco que "...recibe pasivamente sensaciones simples las cuales se combinan formando sensaciones complejas o ideas gracias al establecimiento de vínculos asociativos entre las unidades mentales" (Hardy, 2005, p. 179). Para él, el razonamiento solo era un proceso en el que las ideas están regidas por las leyes de asociación, argumentando que la atención se dirige necesariamente de las ideas que resultan placenteras o dolorosas. Mill describió el proceso mediante el cual las sensaciones producen ideas, explicando que mientras los sentidos estén activos recibimos sensaciones, que son seguidas por ideas de forma constante a lo largo de nuestra vida, en una descripción lineal y secuencial. De acuerdo a Mill, hay asociaciones más fuertes que otras, y los criterios que los determinan son la permanencia, la incertidumbre y la facilidad. A su hijo John Stuart Mill se le atribuye la creación de la subdivisión de la psicología llamada *etología*, que definió como la "...la teoría de la influencia de varias circunstancias externas, ya sean individuales o sociales, sobre la formación del carácter moral e intelectual" (Hothersall, 1997, p.73), además, definiría a la psicología como una ciencia de leyes elementales de la mente, aceptándola como una ciencia inexacta.

A Alexander Bain se le conoce como el último asociacionista británico del siglo XIX, siendo sus trabajos psicológicos más importantes *Los sentidos y el intelecto* (1855) y *Las emociones y la voluntad* (1872), siendo en 1876 cuando fundara la revista *Mind* que sería la primera revista psicológica publicada hasta ese momento. Bain se preocupaba por el desarrollo de explicaciones fisiológicas de las acciones humanas y de los pensamientos, reconociendo la importancia de los impulsos internos, hecho que lo llevaría a desarrollar una concepción activa en lugar de pasiva acerca de la motivación. Bain desconfiaba de la especulación y se enfocaba en las observaciones de las actividades diarias de los seres humanos y de los animales, considerando que en las acciones humanas, los hábitos son de

central importancia otorgándoles la categoría de ser movimientos azarosos que pueden tener consecuencias placenteras o displacenteras en donde las primeras tienden a repetirse mientras que las segundas se debilitan tanto que no forman un hábito específico.

Fue Gracias al trabajo de los asociacionistas europeos y aún antes, con los trabajos de Galileo Galilei (1564-1642), Isaac Newton (1642-1727) e Immanuel Kant (1724-1804) que en la época del Renacimiento y el Pos renacimiento se creó una metodología en la que se debían de observar de manera cuidadosa y cuantificar los fenómenos; procedimiento que se convirtió en el criterio de la ciencia occidental y fuese adaptado por los primeros psicólogos de intentaban crear una ciencia de la mente.

1.2 Conformación de la psicología experimental.

La idea de unir a la fisiología con la psicología filosófica ya se había mencionado con David -Hartley y John Stuart Mill, pero fue el Alemán Johannes Müller (1801-1858) quien con su trabajo de la fisiología sensorio motriz propuso la idea de que el papel del cerebro es asociar la información sensorial entrante con las respuestas motoras apropiadas.

Por su parte, Herman Lotze (1817-1881), propuso una visión empirista de la conciencia en la que la experiencia se compone de ideas simples sin que ello significara que se entregaba totalmente al empirismo o al naturalismo, en la que insistía en que la fisiología constituye un enfoque válido sobre los aspectos materiales de la mente y la conducta, pero tanto en humanos como animales poseían un alma que les había sido otorgada por Dios. En contraste con Lotze, Hermann Von Helmholtz (1821-1894) fue un representante del empirismo y naturalismo cuyo enfoque del estudio de la mente fue idéntico al empirismo de Locke considerando que las ideas se interpretan como contenidos mentales y defendiendo que lo único que conocemos con certeza son nuestras ideas o

imágenes del mundo exterior que son obtenidas por la experiencia, siendo para el las palabras iguales a las ideas, siendo estas contenidos mentales que representan a la realidad. “La esencia fundamental de la obra de Helmholtz consistió en hacer que el conocimiento recientemente adquirido relativo a la anatomía y la fisiología de los órganos terminales, casara con el modelo de percepción” (Kantor, 1990, p.508).

Dado que la experimentación es un rasgo inevitable de todo desarrollo científico, para que la psicología se dejara de ocupar de asuntos extra espaciales se recurrió a la fisiología para encontrar el camino que le otorgara la objetividad de una ciencia, teniendo a H. Weber (1795-1878) como a uno de los más importantes fisiólogos que contribuyeron a la exigente búsqueda de información para la conformación de una ciencia psicológica. Las aportaciones de Weber a la psicología experimental se vieron impulsadas por dos grandes logros científicos como:

El gran avance de la biología y la evolución de la ciencia de la electricidad. En lo tocante a la biología, cabe decir que su preocupación por los organismos hizo posible la inauguración de una psicología experimental, aunque no sin prácticas evasivas y discusiones debatibles. Una psicología mejor apareció cuando se renunció a la preocupación exclusiva por los estados mentales o de consciencia y surgió una nueva orientación hacia las actividades de los organismos. (Kantor, 1990, p. 514)

Gracias al avance que tuvieron las ciencias biológicas en el siglo XIX, la psicología pudo ser combinada con otras ciencias experimentales. A Weber se le puede llamar *protoconductista* debido a que creyó que lo que se debía medir eran las intensidades de la sensación interna, no a través de una introspección directa y absoluta, sino por la comparación mental de dos sensaciones, además, mostró a los psicólogos el camino de la experimentación que tanto ayudaría a la psicología; recomendando que fuesen los psicólogos quienes realizaran mediciones exactas de lo que él llamaba procesos mentales.

Aparte de las aportaciones de Weber a la experimentación en psicología, fue Gustav Theodor Fechner (1801-1887) quien fuese conocido como el fundador de la psicofísica, que posteriormente se llamaría psicología experimental y que lo logro sin ser propiamente psicólogo. A Fechner le interesó la relación entre el alma y el cuerpo sin por ello buscar un avance en la psicología como ciencia; Fechner buscaría medir relaciones entre lo espiritual y lo material con la psicofísica, abarcando las relaciones de la mente con excitadores o causas externas en su llamada *psicofísica exterior* y a la relación entre lo psíquico y sus concomitantes corporales conociéndose como *psicofísica interior*. La importancia para la psicología de Fechner es que “apoyo en la obra de Weber y otros fisiólogos, y que estudio lo que hace el organismo en circunstancias establecidas por los investigadores” (Kantor, 1990, p.524). A pesar de que Fechner buscaba con sus aproximaciones medir la sensación y el espíritu, se le consideraría como un estudioso de la conducta que lideraría el avance científico hacia una nueva “...era experimental” (Kantor, 1990, p.527).

La persona más representativa de esta nueva era experimental fue el fisiólogo, filósofo y fundador del estructuralismo Wilhelm Max Wundt (1832-1920), quien es considerado en muchos libros de psicología como el “fundador de la psicología o como el primer psicólogo verdadero del mundo” (Hothersall, 1997, p. 115). Wundt fue no solamente un devoto experimentalista, además patrocinaba las investigaciones de sus discípulos que llegaban de todas partes de Europa, incluso de Estados Unidos a su laboratorio que también sería conocido como el primer laboratorio de psicología experimental, en la universidad de Leipzig, Alemania. En este laboratorio Wundt entendería a la psicología experimental como una psicología fisiológica que seguía en sus técnicas a la disciplina más antigua de la fisiología, ejerciendo trabajos consagrados a actividades como la percepción, la atención y otros relacionados con el tiempo de reacción, distinguiendo que aunque hubo si hubo trabajos sobre “procesos afectivos, lo que se destacó, claro está, fue lo relativo a los proceso fisiológicos, como por ejemplo, los del volumen o la

presión sanguíneas” (Kantor, 1990, p. 529).

Wundt, quien había tenido un ambiente familiar que lo estimulara exclusivamente académicamente estudió en las universidades de Tübingen, Heidelberg y Berlín, siendo en 1858 cuando se volviese asistente de Herman Von Helmholtz. Años más tarde, en 1876, a Wundt se le sería asignado un cuarto para almacenar equipo de demostración y aparatos experimentales, siendo en 1879 cuando se fundara de forma no reconocida en su momento, el primer laboratorio de psicología. De acuerdo con Wundt, los psicólogos “no estudian el mundo exterior *per se*, estudian los procesos psicológicos mediante los cuales experimentamos y observamos el mundo exterior” (Hothersall, 1997, p.126). Y esto, según Wundt, se lograba con la *Introspección*, que era un arduo procedimiento experimental controlado de forma rígida muy diferente de lo que otros psicólogos lo usarían en el futuro. Wundt fue un escritor prolífico que publicó numerosas obras a lo largo de su vida que pasarían por varias reediciones, y cuyas aportaciones a la psicología se pueden considerar de suma importancia para la formación de esta. De todo el trabajo realizado con Wundt, saldrían prominentes estudiantes como Cattell, Kraepelin, Münsterberg, Külpe y Lipps, teniendo a Edward Titcher (1867-1927) como a uno de sus más fieles discípulos.

Titcher, quien fuese seguidor del sistema de Wundt, dedicaría la mayor parte de su carrera a la determinación de los elementos que constituyen la estructura de la mente y la disección de la consciencia, excluía del dominio de la psicología cualquier cosa que no pudiera estudiarse mediante la introspección controlada de forma rígida, adaptando el procedimiento de Wundt y transformándolo en el estructuralismo formal, que para él era “el estudio de la estructura de la mente consciente” (Hothersall, 1997, p. 141), término que empleó en 1898 en un trabajo en el contrastaba sus postulados con las de los funcionalistas. Para él, la psicología era la ciencia de la mente y debía encargarse de la mente humana adulta, excluyendo las mentes de los niños, los animales y lo

enfermos, interesándose por la mente en general, no por mentes individuales y que consideraría que la psicología debía hacer lo mismo que hacían todas las ciencias con sus campos de estudio; emplear descripciones cuidadosas que permitieran estudiar la mente considerando además que las observaciones ordinarias que vienen del sentido común, era despreciables por que solían ser imprecisas y la percepción del estímulo era errónea, y que los procesos mentales debían observarse, cuestionarse y describirse en términos de hechos observables.

En contraparte al estructuralismo se encuentra William James (1842-1910) quien es considerado el fundador del funcionalismo y el primer psicólogo estadounidense que marcaría el estilo de vida de la psicología en Estados Unidos y cuyo objeto de estudio también era la consciencia, pero ocupándose en la funcionalidad de ésta y no de la estructura. Graduado como médico pero nunca ejerció tal profesión, para entrar a la psicología se volvió autodidacta y aprendió psicología del estudio de su propia consciencia y de la observación de la conducta de las personas a su alrededor. En 1890 publicaría los dos volúmenes de *Principios de psicología*, que fueron un éxito y se convirtieron en los textos psicológicos normativos para estudiantes de Estados Unidos, Inglaterra, Francia, Italia y Alemania. Según Hothersall (1997, p.341) "...para James la investigación de laboratorio era una herramienta psicológica que debía considerarse con recelo".

Su fuerte eran los pensamientos claros y los *insights* y definió a la psicología como la descripción y explicación de los estados de la consciencia como tales, oponiéndose a la aproximación de Wundt y Titchner del estudio de la consciencia, creyendo que su enfoque era restrictivo, estéril y artificial, que le quitaban a la psicología la mayor parte de los fenómenos de la consciencia que él encontraba importantes e interesantes, y que además dicha aproximación estaba destinada a fracasar por congelar la consciencia, ya que para él "...la consciencia no existe como algo distinto e independiente de la experiencia. Solo *existe* la

experiencia: lo duro, lo rojo, los sonidos, los sabores, los olores (...) No existe nada por encima o más allá de experiencia llamado *consciencia* que la posea y la conozca” (Hardy, 2005, p.322). James muere de un ataque al corazón en 1910, y aunque no fue un psicólogo de investigación ni tiene ninguna contribución de investigación especialmente destacada, la importancia de sus aportaciones en la psicología proviene de los escritos que dejó, teniendo en cuenta especialmente *Principios de psicología*.

Paralelamente en el siglo XIX Ernest Weber, Gustav Fechner y Wilhelm Wundt intentaron introducir la manipulación experimental de lo mental, proceso que se vio impulsado por el desarrollo de la biología y el empleo de las matemáticas y que favoreció las condiciones para empezar a reconocer a la psicología como ciencia. Pero fue en los inicios del siglo XX cuando empezaron a notarse indicios de que la psicología podía romper con la subordinación a la fisiología, la teología y la biología, y quienes lideraron este avance fueron Ivan Pavlov, John Watson y Burrhus Skinner.

Ivan Pavlov (1849-1936) fisiólogo ruso, quien en un principio había intentado ser sacerdote y lo abandonó por estudiar medicina y química, es conocido por haber sentado las bases teóricas para el establecimiento del conductismo. Las principales aportaciones de Pavlov fueron los principios de asociación y el descubrimiento del condicionamiento clásico que estableció a partir de sus experimentos con el reflejo fisiológico, generando el concepto de reflejo psicológico, en donde al aparear un estímulo, que de forma orgánica, este provoca una respuesta fisiológica. Pavlov se vio influenciado por los experimentos de I. M. Sechenov (1829-1905) quien había sido alumno de Hermann von Helmholtz en un principio y después de convirtió en profesor de fisiología en la universidad de San Petesburgo y que, en los que realizaba una demostración de la inhibición por un centro más elevado de la actividad de uno menor, hecho que le hacía creer a Sechenov que todos los actos físicos eran el resultado de la combinación entre inhibición y excitación. Estas ideas fueron adoptadas por Pavlov como propias,

quien definió que su objeto de estudio debían ser seres vivientes por lo que estudio, entre otros sistemas fisiológicos, el sistema digestivo de los perros, hecho que lo llevaría a determinar su famoso experimento de salivación del can en presencia de comida, en el que "...se presentaba un estímulo condicionado justo antes de que el perro fuera alimentado. Después de un cierto número de estos apareamientos, Pavlov observó que el estímulo sólo provocaba la salivación. Llamó a esta respuesta reflejo condicionado (RC)" (Hothersall, 1997, p. 477).

Pavlov probó varias combinaciones en el apareamiento entre el estímulo de la comida y la respuesta de salivación, logrando con estos experimentos formular los principios del condicionamiento clásico que le valdrían ganar el premio Nobel en 1904, lo que además sería para la psicología una contribución muy importante. Otro personaje importante para el desarrollo del conductismo fue Edward Lee Thorndike (1874-1949), quien dejó como su legado más importante para la psicología "su enfoque teórico y metodológico del aprendizaje animal y su formulación de una psicología estímulo-respuesta (E-R) que denominó conexionismo" (Hardy, 2005, p. 325).

Thorndike, quien estaba influenciado por su maestro William James, realizó inicialmente sus experimentos con niños con quienes probaba su experimento del *lector de mente*, en el que pensaba un número y le otorgaba un caramelo al niño si acertaba con el número. Posteriormente, cambió su estudio al aprendizaje en pollos a los que ponía en laberintos en donde la recompensa de los pollos al salir era comida; posteriormente Thorndike trabajaría también con gatos, a los que colocaba en cajas en las que los gatos debían hallar la forma de salir, lográndolo mediante lo que llamaría conducta por ensayo y error (Hothersall, 1997).

Gracias a su trabajo en animales, Thorndike fundaría el condicionamiento instrumental, y publicaría en 1905 el texto llamado *Elementos de psicología*, así

como en 1931 el libro *Diccionario Juvenil* y en 1940 *Diccionario Thorndike Senior-Century* en los que hablaría de sus investigaciones realizadas en el área de lenguaje. Thorndike fue un exponente más del funcionalismo, que fuese desplazado a principios del siglo XX por el conductismo de J. B. Watson.

1.3 Surgimiento de la psicología conductista

John Broadus Watson (1878-1958) definió lo que sería el conductismo, estableciendo lo que debería ser su materia y sus métodos de estudio. Para Kantor (1990, p. 573):

La importancia del conductismo psicológico descansa en dos consideraciones sobresalientes. En primer lugar, demanda que la psicología tenga su propia materia de estudio. En segundo lugar, esta revolución en la psicología es de gran importancia para toda la ciencia, ya que una psicología científica puede tener una influencia beneficiosa para las demás ciencias y, de tal modo, ayudar al avance de la ciencia en general.

Con el conductismo, la psicología ceso la búsqueda de la naturaleza del alma y se enfocó en la conducta de los organismos, renunciando a las doctrinas del alma, la mente y la consciencia. Con ello, Watson inició una revolución que cambiaría la forma en la que hasta entonces se había estado concibiendo a la psicología. Al inicio, el conductismo no fue definido con precisión y necesito de bastante tiempo para abrirse camino, inclusive varios autores europeos lo encontraron como poco novedoso, encontrándolo como una versión más del Materialismo Histórico.

Watson se vio influenciado por los textos de Wundt, Titchner y James, además de los trabajos de Charles Darwin sobre teoría evolutiva, trabajos que lo llevarían a estudiar la conducta animal y deslindarse del estudio de los procesos mentales internos que explicaban la conducta. En sus inicios trabajo con animales, en los que no tenía la necesidad de postular ni la mentalidad ni la consciencia, por

lo que Watson creyó que la psicología debía preocuparse por la conducta en lugar de la mente. Tuvo una larga trayectoria trabajando con ratas a las que ponía en laberintos para que encontraran la salida, empleando posteriormente chimpancés, pollos, perros, gatos, ranas y peces, estudiándolos siempre como psicólogo comparativo.

En 1913 publicó en *Psychological Review* sus nuevas propuestas, que serían mejor conocidas como su *manifiesto conductual*, en donde de forma clara y precisa expresaría desde el primer párrafo de su texto que:

La psicología, tal como la ve el conductista es una rama puramente objetiva, experimental, de la ciencia natural. Su meta teórica es la predicción y el control de la conducta. La introspección no es una parte esencial de sus métodos, ni el valor científico de sus datos depende de la disposición con la cual se presenten a sí mismos en términos de la consciencia. El conductista, en sus esfuerzos por obtener un esquema unitario de las respuestas animales, no reconoce una línea divisoria entre el hombre y la bestia. La conducta del hombre, con todo su refinamiento y complejidad, forma sólo una parte del esquema total de investigación conductista. (Watson, 1913, p. 158)

Uno de los eventos que impulso al conductismo fueron las técnicas de condicionamiento, que sirvieron de modelo objetivo para el desarrollo y la modificación de cómo funcionaban los organismos con los objetos estímulo, hecho que proporcionó una base conductual para explicar cualquier clase de actividad psicológica, en donde el condicionamiento simple se convierte en aprendizaje complejo, conduciendo a la idea positivista de que un evento psicológico consiste en su totalidad en contracciones musculares o en las reacciones neuromusculares o movimientos.

Muy probablemente la mayor contribución al conductismo por parte de Watson fue el adelanto que logró para la psicología científica al concebir la evolución real de la conducta a través de las modificaciones acumulativas de las

actividades de los organismos en los eventos estudiados, y debido a estos avances la magnitud de la revolución conductista fue de tal grado que los psicólogos conductistas reconocieron que la claridad, el sistema y el orden son requisitos indispensables para el trabajo científico.

Hacia el final de su carrera en psicología, Watson realizaría posteriormente experimentos con infantes en los que buscaba ilustrar el condicionamiento clásico, pero debido a situaciones sentimentales y políticas tuvo que retirarse de la psicología y trabajar en la publicidad, hecho que no impediría que el conductismo ya establecido atrajera a los llamados neo conductistas, entre los que figuran Edward Chase Tolman, Edwin Ray Guthrie, Leonard Hull y B. F. Skinner, siendo este último el más mencionado en los libros de psicología.

Edward Chase Tolman (1886-1959) se especializó en electroquímica y obtuvo el grado de maestro en ciencias. Leyó el texto *Principios de psicología* de William James, y decidió abandonar su carrera en las ciencias duras por la psicología y la filosofía, tomando la resolución de romper con la psicología convencional considerando al conductismo como el enfoque correcto. También hizo trabajos con ratas, que lo llevarían a pensar que el propósito y la cognición deberían ser las preocupaciones centrales de su enfoque del conductismo, y su objetivo era “desarrollar un conductismo nuevo, ‘sensible’, basado en observaciones subjetivas de la conducta pero que incluyera propósito y cognición” (Hothersall, 1997, p. 493). A Tolman se le atribuye el concepto de aprendizaje latente, que desafiaba las suposiciones de que el aprendizaje ocurre sólo con reforzadores, y fue el quien definió tres clases de variables que influyen en la conducta *variables independientes, dependientes e interventoras*, teniendo a las variables independientes como las condiciones del experimento, diferenciando las que eran variables interventoras del experimento y variables individuales como herencia, edad, entrenamiento previo, entre otras.

Con su trabajo Tolman buscaba desarrollar una teoría comprensiva de la conducta que tuviera un amplio rango de aplicaciones, y cuya meta era crear un sistema psicológico que incluyera las complejidades del pensamiento y la motivación humana, así como los problemas sociales como la agresión y la guerra. Después del trabajo realizado por Tolman, surge quien sería considerado como el psicólogo neo conductista más importante, Burrhus Frederic Skinner (1904-1990) quien fue no solo el psicólogo más conocido del mundo, sino también el fundador del análisis experimental de la conducta. En sus inicios escritor, decide cambiar de profesión debido a que sus experiencias como escritor no le fueron gratificantes, y en 1927 lee una crítica de Bertrand Russell sobre el *Conductismo de Watson* que llama poderosamente su atención y que le interesa porque según él “un escritor puede ser capaz de reproducir la conducta humana con todo detalle, pero a pesar de ello, no la comprende” (Skinner, 1977, p. 16).

Skinner leyó *El conductismo* de Watson, al que encontró sumamente estimulante y por ello ingresó a la universidad de Harvard para cursar estudios de psicología, en donde presencié un discurso de Pavlov al que encontró impresionante, para posteriormente alcanzar el grado de doctor en 1931, teniendo como primer éxito científico el identificar el reflejo como unidad de análisis de la conducta y a diferencia de Watson, Skinner distingue entre las respuestas que produce el organismo de forma automática ante una estimulación concreta y a las que emite dicho organismo sin que exista aparente estimulación. El aporte que tuvo Skinner al conductismo fue un marcado interés por las respuestas, donde pretende ser más realista e intenta tener en cuenta todos los datos y que se limita a la descripción de los hechos e intenta evitar cualquier marco teórico, para poder rechazar cualquier explicación que diesen los mismos. Para lo anterior, argumenta que mediante una cuidadosa recogida de datos “puede conseguirse un progreso mucho mayor hacia la predicción y el control de la conducta, que a través de la formulación de grandes teorías” (B. F. Skinner, 1977, p. 20). Otro de los primeros logros de Skinner fue la creación de la conocida *caja de Skinner*, que el mismo llamó *aparato de condicionamiento operante* en la que introducía un animal

hambriento y este emitía una respuesta arbitraria que operaba sobre el entorno en el que estaba, denominándose así *condicionamiento operante*, y figurando en el libro de Skinner *La conducta de los organismos* de 1938. Skinner también publicó *El moldeamiento de un conductista* en 1979, en el que hablaba sobre los principios del moldeamiento de la conducta en el que describía los procedimientos con los que había enseñado a una rata a tirar una canica en un hoyo, lo que lo llevo a afirmar que el comportamiento es mantenido de una condición a otra a través de consecuencias similares o idénticas de estas situaciones.

Skinner trabajo también con enfermos mentales, a los que observo en su conducta y llego a la conclusión de que estos pacientes deberían ser observados y se les deberían hacer intentos por cambiar su conducta mediante contingencias de reforzamiento apropiadas, debido a que creía que las conductas de estos mismos pacientes eran respuestas mantenidas por poderosos reforzadores . En su larga trayectoria académica, Skinner se interesó tanto por el análisis científico de las leyes de aprendizaje como por el adiestramiento de palomas para la conducción de proyectiles o el funcionamiento de un dispositivo automático para cuidar bebés, además de que tuvo un gran impacto en la psicología. Su carrera fue amplia y distinguida, con la publicación de numerosas obras científicas y llena de reconocimientos, honores, y logros, siendo también una vida controvertida con respuestas agresivas hacia su trabajo que finalizó 18 de agosto de 1990.

Paralelamente surgió una teoría derivada de los principios del conductismo, que aunque sería ignorada por los conductistas en su tiempo y llevaría a la psicología a abandonar la dualidad tácita del conductismo y convertirse en un proyecto de ciencia: la psicología interconductual.

PSICOLOGÍA INTERCONDUCTUAL

2.1 Orígenes de la teoría interconductual.

El fundador de la teoría interconductual, Jacob Robert Kantor estudió filosofía y concluyó su doctorado en 1971 con el trabajo titulado *La Naturaleza Funcional de las Categorías Filosóficas* en el que intentó hacer de la psicología una ciencia natural planteando hipótesis científicas basadas en asunciones mínimas con respecto a los datos de la psicología y empleando un programa moderno, comprensivo y totalmente naturalista para la psicología, para posteriormente en *Un Análisis Tentativo de los Datos Primarios de la Psicología* proponer que el campo debe ser el objeto de estudio de la psicología.

Kantor trabajó como instructor de filosofía y psicología, fundaría en 1930 la editorial *Principia Press* y en 1937 *The psychological record*; además publicó numerosos libros entre los que se encuentran *Principios de psicología* de 1924-1926, *Psicología interconductual* de 1959 y *La evolución científica de la psicología* de 1963-1969. La explicación del surgimiento de la teoría interconductual recae en el estudio que llevaban los biólogos sobre problemas interrelacionados que incluían a unidades biológicas y a la conducta en general, y que derivó en la teoría celular la cual considera que todos los organismos deben ser considerados como totalidades y no células individuales, además de la necesidad de establecer un campo específico en el cual pudiera operar la ciencia, ya que es gracias a la delimitación de un campo que todas las ciencias no psicológicas han conseguido prosperar.

El surgimiento de la psicología interconductual se dio principalmente porque Kantor se mostraba insatisfecho con los reduccionismos fisiológicos y sociales que pretendían dar una explicación de la conducta y se encontraba en búsqueda de un objeto de estudio propio de la psicología que no estuviese

influenciado por el dualismo cartesiano , por lo que cuando publica el libro *Principios de psicología*

“...da una explicación del comportamiento estrictamente psicológica, diferenciándolo de sus componentes biológicos y sociales; describe de forma naturalista los eventos psicológicos, señalando que pueden ajustarse a los métodos experimentales y que el problema reside en lo conceptual”. (Vargas, 2006, p. 53)

Por lo tanto, la psicología interconductual surgió en la misma época que el conductismo, pero a diferencia de este último, el mayor logro de la teoría interconductual fue su construcción teórica a partir de modelos de campo, que consideraban que los eventos debían ser considerados como interacciones complejas entre numerosos factores que ocurren en situaciones específicas que no afectan solo al organismo, sino al sistema entero de factores del ambiente, y en palabras de Kantor “...no es únicamente el organismo que reacciona el que constituye al evento, sino también las cosas y las condiciones de estímulo, así como los factores disposicionales” (1990, p. 583). Con lo anterior, Kantor demostraba cómo los eventos psicológicos, sin lugar a dudas, se podían describir y analizar como una serie de acontecimientos naturales, y sin la necesidad de recurrir a fuerzas, mundos internos, o entidades extra espaciales y teniendo como eje central de su trabajo la idea de que todo organismo está en continua interacción con su entorno.

Cuando en 1959 Kantor publica *Psicología interconductual*, ofrece un meta sistema para explicar el comportamiento acuñando el término *interconducta*; en esta obra Kantor explica los antecedentes y desarrollo de la psicología interconductual, su oposición a la filosofía y lógica trascendental y la organización de los elementos que conforman la teoría y ley psicológicas, además de describir cómo se puede entender a la psicología en la organización científica, y en resumen, declara las bases para generar un sistema científico que resulte

pertinente al campo de la psicología y que rechaza las concepciones espirituales así como los modelos pseudo-científicos que presumen el haber desechado tales concepciones. Otro de los libros escritos por Kantor determinantes en el desarrollo de la teoría interconductual fue *La evolución científica de la psicología de 1963-1969*, en donde expone una forma de hacer historia distinta de la que se estaba haciendo, así como numerosas cuestiones respecto a la concepción de la psicología, como lo son la relación alma-mente y el cambio de lo espiritual a lo orgánico, entre otras.

Un aspecto que se debe resaltar es que la psicología, como todas las ciencias, se ha ido desarrollando a través de una constante autocorrección, teniendo a la teoría interconductual no solo como la forma de sobreponerse a los errores e insuficiencias de anteriores modelos que no habían conseguido dar una explicación coherente, objetiva y eficaz del comportamiento humano, sino también la forma en que se busca liberar la investigación psicológica de propiedades no derivadas de la observación y la experimentación. Kantor (1980) explica que el interconductismo surge como una propuesta para investigar los eventos psicológicos evitando en todo momento la posible interferencia de las tradiciones culturales, dejando de hacer uso de todos los constructos que no poseen correspondencia con los eventos a estudiar, como son la mente, ego, sensaciones, etc.

Para entender correctamente la teoría interconductual, conocida como teoría de campo, es esencial comprender que la conducta es al mismo tiempo un campo de acción, entendiendo este campo como una serie de factores que interactúan en un sistema determinado. Para Kantor el campo es "...todo el sistema de cosas y condiciones que se dan en cualquier evento considerado en su totalidad disponible. Solamente el sistema entero de factores nos proporcionará materiales descriptivos y explicativos correctos para el manejo de los eventos" (Kantor, 1990, p. 583). El campo en psicología pertenece a una visión científica

naturalista, que señala un límite de espacio-tiempo, los factores que comprenden un evento, y como se interrelacionan esos eventos, logrando de esta forma dar a la psicología una herramienta que pudiera proporcionarle cabida dentro de las demás ciencias mayormente consolidadas.

La característica más importante del interconductismo es que evita completamente los procesos extra espaciales e inobservables, y no se ocupa de construcciones tradicionales, además presupone una homogeneidad completa de los datos de investigación de todas las ciencias, entendiendo que los eventos psicológicos se diferencian en sus detalles de los eventos no psicológicos y que las interacciones psicológicas consisten en contactos entre los organismos y los objetos y eventos y viceversa, relaciones y condiciones que constituyen factores coordinados en campos de eventos específicos, por lo tal, a diferencia del conductista, el interconductista se opone enérgicamente a reducir y restringir los eventos, aclarando que el interconductismo no se limita al estudio de la acción refleja.

Además de haber seguido realizando publicaciones en *The psychological record* a pesar de problemas físicos, Kantor siguió con el desarrollo de la teoría interconductual y realizando críticas a otros enfoques. A esta propuesta se unieron Sidney Bijou y William Schoenfeld, que contribuyeron al desarrollo de la teoría y metodología interconductuales; Bijou trabajó en el tema del desarrollo infantil y el retardo en el desarrollo de las instancias biológicas y socioculturales en las prácticas de crianza, y Schonfeld trabajó desde el punto de vista experimental y conceptual "...los fundamentos del condicionamiento operante, resaltando la opción científica" (Vargas, 2006, p.55). En 1969 publica *J. R. Kantor's objective psychology of grammar and psychology and logic: a retrospective appreciation*, y en 1970 *The theory of reinforcement schedules*, y con Cole publican *Stimulus schedules: the t-t systems*.

En nuestro contexto nacional uno de los exponentes de mayor relevancia es Emilio Ribes Iñesta, quien estudiase en la Universidad Nacional Autónoma de México y consiguiera el grado de maestro en la Universidad de Toronto en 1968 para finalmente obtener el grado de doctor en filosofía en 1995 con la tesis que describía la relación que el condicionamiento operante guarda con la lógica cartesiana; su trayectoria académica ha sido larga y fructífera, pues entre sus méritos están que

...fundó la Revista Mexicana de Análisis de la Conducta en 1975, Acta Comportamentalia en 1992; organizó el Primer Congreso Mexicano de Psicología en 1967, el Primer Simposio Internacional de Modificación de Conducta en 1971, el Primer y Segundo Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta en 1974 y 1975; fundó la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta en 1975; ha colaborado con el Instituto del Fondo Nacional para la Vivienda de los Trabajadores (INFONAVIT), la Secretaría de Salud (SS) y en la iniciativa privada en Xerox. (Vargas, 2006, p. 56)

Ribes Iñesta publica en 1972 el libro *Técnicas de modificación de conducta* hablando sobre de la aplicación del condicionamiento operante. En 1985 todas sus reflexiones se ven concretadas en el libro *Teoría de la conducta: un análisis de campo y paramétrico*, en el que deja entrever la influencia de Kantor, reflexiones que se ven y explicadas de mejor manera en 1990 con *Psicología general* y en 1999 con *Teoría del condicionamiento y lenguaje: un análisis histórico y conceptual*. Así, la psicología interconductual nació con un enfoque basado en el conductismo, pero se fue refinando paulatinamente hasta el punto en el que surge la taxonomía funcional de la conducta como campo de interacción y el interés por las condiciones históricas, situacionales y paramétricas, siendo "...a partir de estos planteamientos que se han generado una serie de investigaciones e intervenciones básicas y tecnológicas" (Vargas, 2008b, p. 66).

2.2 Fundamentos de la psicología interconductual

Tras de explicar el surgimiento de la psicología interconductual, también

llamada teoría del campo unitario, convendría explicar los motivos por los que la escuela conductista no trascendió de manera definitiva en la psicología. El conductismo, sin lugar a dudas adelantó a la psicología en su camino a ser ciencia porque demostró la evolución real que tiene la conducta a través de los cambios acumulativos de las actividades de los organismos, sin embargo, este no sólo se vio afectado por las instituciones intelectuales de su época, sino que no dejó atrás los métodos que estaban establecidos de descripción e interpretación que habían sido desarrollados por la influencia de estas instituciones. Entre las diversas condiciones que restringieron al conductismo sobresalen especialmente:

- El modelo dualista.- A pesar de rechazar la mente, el conductista sigue el dualismo concebido por Descartes, lo que hace que cargue al organismo con diversas clases de propiedades. “En general, no hay diferencia entre esta doctrina y el aspecto físico de la psicofísica histórica; sin embargo, la psicología conductista clásica destaca el aprendizaje y la ejecución de habilidades motoras, más que la discriminación” (Kantor, 1967, p. 25).
- Reduccionismo.- Con el fin de excluir los factores mentales o psíquicos de la descripción de la acción psicológica, los psicólogos clásicos llegaron a tomar la postura de que la conducta es reducible a movimientos de índole fisiológica o anatómica.
- Organocentrismo.- En referencia a lo anterior, “...no se entiende a la conducta como un evento que comprende muchas cosas, en el que la acción del organismo no es más un aspecto interrelacionado con muchos otros factores” (Kantor, 1990, p.580). Respecto a este tema, en la formulación interconductual de campos se excluyen todos los principios psíquicos e internos, y se niegan condiciones privilegiadas a los tejidos y funciones neurales, lo que hace a la psicología interconductual la culminación iniciada por la revolución conductista.

Mientras que el psicólogo conductista perpetúa el dualismo y se encarga de

una concepción fragmentada del comportamiento humano en relación con su entorno, la teoría interconductual nos dice que:

El interconductista se opone enérgicamente a reducir y restringir los eventos. El interconductismo no se limita al estudio de la conducta refleja, por más complicada o refinada que pueda ser ésta, ni trata de eludir su responsabilidad de tratar con la conducta más complicada o refinada reduciéndola a sus componentes biológicas. El interconductista considera que todas las estructuras biológicas y bioquímicas, así como sus funciones, son rasgos del lado reactivo de los eventos psicológicos (Kantor, 1990, p. 587).

Aunque el interconductismo y el conductismo evitan completamente los procesos extra espaciales inobservables, el conductismo solo rechaza el lado así considerado psíquico para que sea estudiado por otras disciplinas, mientras que el interconductismo toma a los procesos extraespaciales no observables como fenómenos interpretables en términos de interacciones, además hace la recopilación de datos sobre un evento registrándolos como interacciones y procesos en el contexto de condiciones específicas, especificando que las interacciones psicológicas son relaciones que se establecen entre los organismos y los objetos ambientales en campos de eventos específicos; respecto a los eventos psicológicos dice que "...consisten en campos simétricos donde los actos de los organismos y los actos de los objetos de estímulo son los polos que se dan simultáneamente" (Kantor, 1990, p. 587).

Cuando en 1924 J. R. Kantor declaró las construcciones naturalistas de los eventos psicológicos en su obra *Principios de Psicología* estableció de forma rotunda que los eventos psicológicos no están, ni estaban libres de la influencia de conceptos de índole espiritual, siendo esto un hecho que se ha perpetuado aunque de manera distinta al fundamentar los eventos psicológicos en el sistema nervioso, que genera que se siga evadiendo la explicación del comportamiento humano realizándolo de dos formas; primero al seleccionar las formas más simples de comportamiento, y segundo, al hacer de lado el comportamiento

humano en favor del realizado por animales infrahumanos. En un principio Kantor enunció un meta sistema que exponía una serie de proposiciones que abarcarían en su mayoría al sistema científico existente, en el que establecía los límites de la psicología basándose en los eventos que se estudiaban, ya que al especificar los límites se constituía la definición de una ciencia, logrando con esto delimitar el sistema interconductual que definía los diversos niveles de descripción obtenidos mediante el análisis de eventos psicológicos y las operaciones básicas de la experimentación o transformación de los límites establecidos, ya que para Kantor “Los eventos específicos que investiga la psicología consisten en la interacción de organismos con objetos, eventos u otros organismos, así como sus cualidades y relaciones específicas” (1990, p 91).

La teoría interconductual considera que un evento es la interacción de diferentes elementos presentes en la situación produciéndose en un *campo* en el que todas las variables presentes ocurren, y además afirma que “En la formulación interconductual de campo no sólo quedan excluidos todos los principios psíquicos e internos, sino que también se les niega privilegios explicativos a los tejidos y funciones neurales. De tal modo, la psicología interconductual es la culminación de la revolución conductista” (Kantor, 1990, p. 586). La relevancia de la especificación de un campo deriva en que como la psicología de campo estudia segmentos conductuales, dichos segmentos o campos son una interacción compleja de numerosos factores en situaciones específicas en su totalidad disponible, o mejor dicho, constituye un campo de relaciones recíprocas entre sus factores (Ribes y López, 1985). Al establecerse lo anterior, se superan los supuestos problemas de sujeto-ambiente, interno-externo, aparente-inaparente, consciente-inconsciente, mente-conducta (Kantor, 1990; Ribes y López, 1985).

Además en el modelo de campo se emplea el principio de especificidad el cual:

1) evita el uso de analogías para explicar eventos de distinta naturaleza; 2) aclara la relación entre la ciencia y la filosofía (evitando el verbalismo tradicional de algunas formas de pensamiento, y contrastándolo con la generalización a través de la observación y la experimentación como empresa filosófica); 3) evita interpretaciones basadas en la prioridad de eventos como causas de los que le suceden; y 4) brinda claridad con respecto a la relación, lugar e importancia, de los avances tecnológicos y las operaciones investigativas del científico (existiendo una interdependencia entre las teorías y las operaciones en la empresa científica). (Ramos, 2013, p. 14)

En su libro *Psicología Interconductual* Kantor expresa que el campo psicológico consiste en segmentos conductuales y establece que un evento psicológico (EP) se encuentra relacionado con otros factores, siendo estos explicados por Kantor mediante la siguiente formulación:

$$EP = C (k, fe, fr, hi, ed, md)$$

- Expresándose como C el campo en el que intervienen un sistema completo de factores de interacción y que es donde se realiza la conducta.
- (k) expresa la unicidad de los campos interconductuales.
- (fe), (fr), indican la función de estímulo y de respuesta, entendiendo que la forma en la que el interconductismo refiere el término función es simplemente como sinónimo de acto o acción y que además es la unidad mínima de respuesta que ocurre en una interacción. Es de esta forma que una función de respuesta (fr) pueda contener uno o más sistemas reactivos, componiéndose al menos comúnmente de tres fases: 1) el sistema reactivo atencional u orientativo, 2) el sistema reactivo perceptual o discriminativo, y 3) el sistema reactivo consumatorio. Sin embargo una (fr) podrá ser más simple o compleja dependiendo de la cantidad de sistemas reactivos anticipatorios, precurrentes o consumatorios contenga (Kantor y Smith, 1975). Kantor en *Principios de Psicología* evidenció que los eventos psicológicos consisten en acciones interactivas, existiendo un objeto o un evento estimulante. De esta forma un elemento no existe sin el otro, por lo cual es imposible analizar una sin otra: existe una interdependencia entre la

función de respuesta y la función estímulo (Delprato y Smith, 2009). Las funciones de respuesta y de estímulo siempre se encuentran en un medio de contacto determinado, el cual es un conglomerado de condiciones fisicoquímicas y culturales que en conjunto con eventos o condiciones particulares pueden afectar la interacción de manera indirecta, los cuales pueden ser de carácter orgánico o ambiental.

- (hi) señala el proceso histórico interconductual en el que se generan las funciones estímulo-respuesta, representando como ha ido variando el estímulo a través del tiempo; la historia interconductual se divide a su vez en dos: la biografía reactiva, la cual es el conjunto de (fr) desarrolladas por un organismo durante toda su vida ante determinadas situaciones y la evolución de estímulo, siendo este un proceso de desarrollo de las (fe) de objetos y eventos a través del tiempo (Kantor y Smith, 1975). Así, la historia interconductual es un cúmulo de funciones de respuesta y de estímulo desarrolladas previamente por el organismo y que se vuelve un factor sumamente relevante en el tipo de contacto que el sujeto realice ante determinados parámetros.
- (ed) habla del factor disposicional "...que consiste en las circunstancias inmediatas que influyen en la fe-fr particular que ocurrirá" (Kantor, 1967, p. 27), estos factores tienen la particularidad de que aunque no entran en contacto directo en la interacción si modifican la probabilidad de ocurrencia de la misma; así mismo, el factor disposicional consiste en las circunstancias inmediatas que influyen en la fr-fe particular que ocurrirá, probabilizando el que se favorezcan o entorpezcan determinadas interacciones.
- El último elemento de la formula expuesta por Kantor es el (md) o medio de contacto, que son todas las condiciones físico-químicas, ecológicas y normativas que propician una forma específica de interacción. Para Ribes y López:

El medio de contacto es el conjunto de circunstancias fisicoquímicas, ecológicas o normativas 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 una interacción pero que no forman parte de la interacción. Son las condiciones sí-no, 0-1 (cero-uno), participantes en un campo. (Ribes y López, 1985)

La proposición anterior, junto con el meta sistema científico creado por Kantor fueron sintetizados y aplicados directamente a la psicología por Ribes y López en el libro *Teoría de la conducta: un análisis de campo y paramétrico* en 1985, en donde exponían que:

...la psicología tiene como objeto de estudio la conducta de los organismos en lo individual y como objetivo específico identificar las condiciones históricas, situacionales y paramétricas de los factores que participan en la interacción, enunciando que: funcionalmente el campo de interacción está compuesto por la función estímulo-respuesta, los factores disposicionales y el medio de contacto; este campo es un sistema de contingencias organizado y estructurado en distintos niveles funcionales inclusivos-progresivos de mediación; los niveles funcionales de interacción son contextual, suplementario, selector, sustitutivo referencial y sustitutivo no referencial. (Vargas, 2006, pp. 58-59)

Respecto al campo psicológico, se puede afirmar que consiste de segmentos conductuales, que a su vez son sistemas de factores integrados de un evento psicológico; el evento psicológico unitario se centra alrededor de una función de respuesta y una función de estímulo siendo la primera la que se identifica con una actividad del organismo, y la segunda con una actividad de objeto estimulante; además se encuentra el continuo interconductual, que significa que todos los procedimientos de investigación considerados como eventos psicológicos están en continuidad con otras clases de interconducta,

En su libro, Ribes y López aclararon sobre el campo que: “El campo

interconductual es una representación conceptual de un segmento de interacción del organismo individual con su medio ambiente” (1985, p. 42). El campo que se menciona en la teoría interconductual está configurado como un sistema de relaciones recíprocas entre factores; fue aquí donde se identificaron los distintos niveles funcionales de comportamiento que permiten explicar cómo interactúan las contingencias en un campo de interacción de manera recíproca, las cuales partían de la interacción más simple hasta su nivel más complejo de forma inclusiva-progresiva, estableciendo su evolución en que tan desligada funcionalmente se encuentra la acción del sujeto de sus contingencias situacionales y si éste interactúa de manera reactiva o proactiva.

Un término que resulta importante para entender cómo intervienen todos los elementos en un campo es el desligamiento funcional, el cual consiste en la capacidad de un organismo de reaccionar ante un evento como si se encontrara presente aunque no lo este, pudiendo ser de forma indirecta, lo que consiste en responder ante dicho objeto como si tuviera las propiedades de otro objeto-estímulo (OE), y a diferencia de las respuestas biológicas, las respuestas desligadas se caracterizan por su mayor plasticidad, lo que quiere decir que la persona puede responder específicamente ante la presencia de ciertos OE o bien, puede responder a otros OE; por ello la relevancia del desligamiento funcional en la explicación del comportamiento, a lo que Ribes y López nos dicen que "El desligamiento es esencial para definir la conducta psicológica o interconducta, pues lo que la distingue del comportamiento biológico es su plasticidad interactiva con el ambiente” (1985, p. 58). Estos mismos autores proponen una taxonomía que es un sistema abierto y auto correctivo fundamentado en el metasistema de Kantor cuyo propósito, entre muchos otros, es proporcionar una organización conceptual de los elementos empíricos que elimine las anomalías, excepciones, paradojas e irregularidades fácticas juzgadas así con base en la teoría contemporánea de la conducta

Esta taxonomía de la conducta esta ordenada en base a su complejidad creciente, y se divide en:

- Contextual: Es la función más simple donde la respuesta del organismo depende de la presentación del estímulo apareado, tomando en cuenta que aunque el organismo responde a la presentación de dicho estímulo, la interacción con el objeto estímulo (OE) no se modifica de ninguna manera sino que se ajusta de manera relativamente invariable a los cambios que perceptualmente ocurren; en un nivel más avanzado, la formación de una interacción contextual implica la inclusión de una segunda respuesta que acompaña a la respuesta sensorial
- Suplementario: Función en la que la respuesta del organismo es la que establece la contingencia, de manera que la presentación del estímulo depende de la respuesta del organismo, además cabe tener en cuenta que en la interacción suplementaria se asume que la respuesta y el estímulo incluyen eventos anteriores en los que la interacción fue más simple, hecho que Canales y colaboradores afirman al decir que "...los criterios de efectividad son requerimientos conductuales orientados a la producción de efectos específicos en la situación en la que se encuentra el individuo, quien debe interactuar con objetos y/o eventos manipulándolos directamente, mediante aparatos e instrumentos, o hablando" (2005, p. 14). En la interacción suplementaria se incluye muchos de los fenómenos estudiados en el condicionamiento operante o instrumental con la diferencia de que se considera una *interacción* entre el estímulo y la respuesta y no como una respuesta que es posibilitada por un estímulo discriminativo y posteriormente reforzada por sus consecuencias.
- Selector: Es a partir de aquí en donde se requiere que algún segmento sirva como mediador a una contingencia suplementaria, o dicho de otro modo, se requiere de una respuesta del organismo para presentar el

estímulo; esta función es más compleja que las anteriores debido a que incluye dos tipos de interacciones; suplementaria debido a que el organismo no solo modifica y manipula el entorno, y selectora por que lo hace con relación a determinadas variaciones ecológicas que propician una mayor variabilidad en la respuesta. Las diferentes posibilidades de respuesta por parte del organismo se incrementan en relación a la diversidad de factores involucrados, por lo que se debe hacer una elección de la conducta con base a las opciones posibles.

- Sustitutiva referencial: Esta interacción es efectuada por dos organismos que son contingentes a los eventos de un estímulo y que sirve para mediar los eventos de estímulo para otro. En este aspecto, Ribes y López (1985, p.185) consideran que "...la sustitución referencial requiere, como condición necesaria, de la existencia de un sistema reactivo convencional, aunque la mera disponibilidad de dicho sistema no signifique que los individuos participantes en una interrelación de morfología lingüística se desenvuelvan en un nivel sustitutivo". Un elemento indispensable para que ocurra esta función está en el desligamiento funcional que se menciono anteriormente y que consiste en responder al estímulo que se presenta y también como si se estuviera ante otro objeto o evento que no está presente. Para Vargas "La mediación sustitutiva referencial no es exclusiva del hombre si tomamos en cuenta que el lenguaje no se limita a la función sustitutiva de uso de la palabra oral o escrita humana, sino como formas de comunicación progresivamente complejas en la escala animal" (2006, p. 65).
- Sustitutiva no referencial: Y siendo el nivel funcional más complejo, la función sustitutiva no referencial es la que constituye una relación entre eventos de manera convencional, y que la respuesta convencional del organismo produce las condiciones necesarias para relacionar eventos de estímulo convencionales. Al respecto, Ribes y López nos dicen que

...la mediación sustitutiva no referencial es la reorganización funcional de los sistemas reactivos convencionales con base en su interrelación por respuestas también convencionales. En este caso, la sustitución de contingencias se realiza a partir de las propiedades convencionales tanto del estímulo como de la respuesta. (1985, p. 213)

Ribes y López (1985) aclaran que estas estructuraciones no se eliminan ni se superponen entre sí, sino que se mantienen en una constante integración en los diferentes eventos psicológicos del individuo. Esta integración es la muestra de la evolución psicológica, la cual puede ser comprendida identificando las funciones conductuales manifestadas durante el desarrollo del organismo en cuestión; como sistema, la psicología interconductual abarca los resultados del aislamiento de aquellos factores y condiciones que han demostrado ser útiles en la investigación psicológica, además de que propone una manera de estudiar los eventos psicológicos con la menor interferencia posible de las tradiciones culturales.

Dicho lo anterior, la teoría interconductual establece tesis epistemológicas, metodológicas y lógicas que se encuentran fundamentadas en su taxonomía teórica, siendo las que se fundamentan en lo epistemológico de la dimensión psicológica las siguientes (Vargas, 2006b):

- Lo psicológico se encuentra inmerso en las condiciones físico-químicas, biológicas y sociales para conformar una historia particular de interacción.
- La teoría interconductual busca estudiar la interacción de un organismo en lo individual con su medio ambiente, enunciando este objeto de estudio como conducta en donde el dualismo interno-externo carece de relevancia.
- Es irreductible a lo biológico o lo social, dado que las condiciones físico-químicas y biológicas son necesarias para su ocurrencia y la incorporación del nivel social no puede explicarlo por si solo únicamente.

- Está inmerso en las leyes específicas de la termodinámica, la filogenia, la ontogenia y las sociales en tanto son progresivamente subordinadas.
- Lo psicológico se manifiesta como cambios en la ontogenia y la filogenia.
- Es un proceso interactivo con la posibilidad de ser organizado en distintos niveles cualitativos inclusivos-progresivos de complejidad denominados funciones conductuales y siendo su objetivo estos niveles junto con los procesos que las sustentan.
- Considera que el humano y los animales poseen características biológicas y sociales que les hace mantener interacciones diferentes en complejidad y que se encuentran delimitadas por la filogenia.

Resulta importante aclarar que estas tesis identifican al ser humano como parte de los animales en base a criterios establecidos por la biología, y que posee características anatómico-funcionales particulares que en este sentido lo hacen diferente, pero no le otorgan ningún tipo de superioridad, además reconoce que el lenguaje no se limita a la función sustitutiva de uso de la palabra oral o escrita humana, sino como formas de comunicación progresivamente complejas en la escala animal vinculadas a las condiciones físico-químicas, biológicas y sociales de la interacción (Vargas, 2006b).

Las tesis metodológicas afirman sobre lo psicológico que:

- Ocurre siempre como campos de interrelaciones múltiples cuya organización funcional representa su estructura
- Debe estudiarse en el contexto cualitativo para analizarlo desde lo cuantitativo.
- Es un campo de eventos organizados funcionalmente en la forma de interdependencias cualitativas y cuantitativas de todos los elementos que lo

integran, y cuando se habla de las causas se refieren a los momentos en que son identificados.

- Puede ser descrito en términos de variables sólo en su nivel operacional de observación y experimentación, pero no a nivel explicativo.
- Cuando se altera uno de sus componentes se alteran todos los demás factores constituyentes, sin poder determinar empíricamente todos los cambios, hablando en este caso de probabilidad.
- Como el campo es un segmento analítico de un proceso en un proceso de transiciones definitorias de una función o los momentos estables de dicho proceso, para su delimitación integra componentes funcionales, formales u operacionales, aparentemente autónomos.
- El campo psicológico no puede ser evaluado sólo por estados terminales, al tratarse de un proceso puede analizarse cualitativa y cuantitativamente en el continuo conductual.
- Al identificar la mediación lo hace al elegir un nivel y tipo de segmento, sin inferir que sean fundamentales.

Y finalmente, las tesis lógicas establecen que lo psicológico:

- Comprende definiciones taxonómicas y operacionales, y conceptos descriptivos cuantitativos como lo son medidas y lenguaje de datos, de proceso y meta sistémicos.
- El campo de interacción es una representación conceptual de un segmento de interacción del organismo individual con su medio ambiente, configurado como un sistema de relaciones reciprocas, compuesto funcionalmente por tres grupos principales: la función estímulo-respuesta, los factores disposicionales y el medio de contacto.
- La función estímulo-respuesta es los estímulos y respuestas que interactúan funcionalmente en un sistema determinado de relaciones (no limitado al contacto directo de naturaleza mecánica) y que define formas cualitativas de interacción; se subdivide en límite de campo, objetos y

eventos de estímulo, estímulos, función de estímulo, organismo, respuestas y función de respuesta.

- El límite de campo es la delimitación de la interacción que se analiza en relación a los eventos y objetos funcionales con respecto al organismo individual.
 - Los objetos y eventos de estímulo son los cuerpos y acontecimientos físico-químicos con los que el organismo tiene contacto.
 - Los estímulos son las dimensiones energéticas de objetos y eventos.
 - La función de estímulo es inseparable de la función de respuesta, representa el contacto funcional recíproco.
 - El organismo es la unidad biológica.
 - Las respuestas son los sistemas reactivos no determinados directamente por la configuración biológica del organismo.
 - La función de respuesta es inseparable de la función de estímulo, representa el contacto funcional recíproco, siendo este una interacción.
 - Los factores disposicionales son conjuntos de eventos de dimensiones múltiples y eventos de naturaleza histórica que no entran en contacto directo en la interacción pero la probabilizan; y se subdividen en factores situacionales e historia interconductual.
 - Los factores situacionales son todas aquellas variaciones del organismo o ambientales (contexto) no configuradas directamente en la interacción.
- (Vargas, 2006b)

2.3 Intervención interconductual

A lo largo de la historia de la humanidad siempre se ha buscado un método para intervenir en el comportamiento que conforme a la época y lugar se considerado como anormal, empleándose para ello tratamientos que se creía debían afectar al individuo en la totalidad de sus mundos, que era el mundo terrenal y su representación como el cuerpo físico, y a su contraparte en el mundo espiritual que se suponía era el alma. Cuando por fin se determinó la causa de

dicho comportamiento en elementos terrenales en vez de instituciones trascendentales se adoptó un enfoque médico en las primeras instituciones destinadas al tratamiento de lo que había sido llamado como enfermedades mentales, las cuales empleaban métodos crueles para el tratamiento de estas supuestas enfermedades, tratamientos que fueron modificándose con el paso del tiempo para mejorar las condiciones en el trato de los llamados pacientes.

Desde la psicología también existieron opciones para el tratamiento de este comportamiento, las cuales aparecieron entre los siglos XIX y XX siendo diversas las teorías psicológicas que pretendían lograr el tratamiento de las así consideradas anormalidades en el comportamiento, pero no fue sino hasta que la psicología adquirió un enfoque científico y experimental, junto con la adopción del enfoque biomédico, que surgió la psicología clínica teniendo a Lightner Witmer como el primer fundador de una clínica psicológica. Después de Witmer numerosas teorías psicológicas han buscado lograr el tratamiento de las anormalidades en el comportamiento teniendo cada una carencias metodológicas y epistemológicas hasta llegar a la teoría interconductual, la cual posee un carácter distintivo de otras formulaciones dentro de la psicología, ya que en esta teoría existe la opción del análisis contingencial, el cual "...se estructura como un sistema y una metodología en la modificación del comportamiento; inicia con la identificación de la interacción entre el organismo y el ambiente dividiéndola en cuatro dimensiones: microcontingencial, macrocontingencial, factores disposicionales y personas" (Madrigal, 2009, p. 43).

Como el procedimiento anterior presenta inconsistencias teóricas y metodológicas surge la intervención interconductual (II) que se presenta en el esquema 1, la cual es considerada como una opción tecnológica para el análisis funcional de la conducta partiendo de la teoría interconductual propuesta por Ribes y López (1985), siendo esta un procedimiento tecnológico que es factible de aplicarse a cualquier área de la psicología. La intervención interconductual forma

parte de la tecnología psicológica, la cual tiene su aplicación directa en la psicología clínica y que se centra en lo que es señalado como dificultad por el usuario, persona o grupo de referencia (UPGr.). Al respecto sobre la II, se puede decir que es un procedimiento tecnológico interconductual general que busca el análisis, evaluación, regulación y probabilización de la conducta que atiende demandas sociales específicas siempre que se encuentren vinculadas con la psicología, y que se apega a las tesis epistemológicas, metodológicas y lógicas mencionadas anteriormente, cuyos pasos son:

- El análisis: el cual se compone de la identificación y denominación sobre la interacción de los intereses y su especificación respecto a los niveles funcionales de la conducta propuestos por Ribes y López; para la identificación de los elementos que participan en la interacción se debe establecer un límite de campo donde actúen la función estímulo-respuesta, los factores disposicionales y situacionales, la historia previa y el medio de contacto, siendo los dos últimos los que posibilitan la interacción aunque no participen directamente en ella; y la denominación que consiste en la designación de nombre en términos de la descripción funcional y el nivel requerido específico.
- La evaluación: esta se compone "...de la comparación del análisis de la interacción de interés y en específico de la función contextual, suplementaria, selectora, sustitutiva referencial o sustitutiva no referencial, crítica de la interacción de interés, con la valoración del UPGr" (Vargas, 2008, p. 6), y ya que se identificó la función que corresponde se compara con la valoración obtenida mediante el análisis para identificar el criterio normativo que corresponde.
- La regulación: se encuentra compuesta por la alteración o mantenimiento de la valoración y de los elementos que forman parte de la interacción en los niveles funcionales de la conducta, y según la valoración identificada se determina si cambian o mantienen dichos elementos.

- La probabilización: esta se constituye por la estimación del posible desarrollo de la interacción de interés con los niveles funcionales de conducta de que derivada de la regulación se pronostica la conducta.

Del procedimiento mencionado anteriormente surge la Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC), la cual es considerada como un procedimiento tecnológico interconductual clínico que se diferencia conceptualmente y en lo práctico de otros procedimientos, y entre sus diferencias respecto a los otros procedimientos se encuentra el hecho de que para delimitar el comportamiento anormal señalado por el UPGr no usa la palabra *problema* sino *dificultad*, ya que debido al carácter gramatical polisémico de la palabra *problema* resulta incorrecto desde el punto de vista científico usar dicha palabra para mencionar proposiciones o situaciones que indiquen padecimientos o dificultades. Se emplea la palabra *dificultad* y no *problema* debido a que estos últimos como conceptos:

...no existen diferenciados en la realidad y por lo tanto no pueden resolverse unilateralmente; el planteamiento de proposiciones, situaciones, padecimientos o dificultades son abstracciones para su delimitación conceptual, ya que sólo existen desde una perspectiva científica, y por tanto tecnológica, situaciones que pueden ser observadas desde distintas dimensiones (física, química, biológica, psicológica, social, económica, legal, etc.) que se presentan sincrónicamente. Científica y tecnológicamente una proposición, situación, padecimiento o dificultad tienen como criterio de análisis su ocurrencia funcional, por tanto es incongruente argumentar su existencia independiente. (Vargas, 2008, p. 67)

Además como la valoración de lo que puede ser considerado una dificultad no es exclusivamente moral, dichas valoraciones pueden fundamentarse en múltiples criterios normativos como lo pueden ser los éticos, culturales administrativos, legales, estéticos, médicos, ocultistas, entre otros. La IICC sigue los mismos pasos que la su predecesora, a diferencia que en el análisis:

- Se distinguen las variaciones del ambiente y del propio organismo, así como la historia de la interacción de los estímulos y respuestas y las condiciones fisicoquímicas, ecológicas y normativas del medio de contacto que propician la interacción, además de que en la denominación la designación del nombre obedece a términos de la descripción funcional y el nivel requerido de especificidad, el cual se realiza sintetizando los elementos recabados por la identificación.
- La evaluación: cuando se ha especificado el nivel funcional, esta se compara con la valoración utilizada por el UPGr para identificar el criterio normativo del que proviene y comparar el *adjetivo* que el UPGr le da a la conducta de interés y al criterio normativo del sistema convencional del que proviene.
- La regulación: mantiene los elementos que componen la alteración o preservación de la valoración de los elementos de la interacción, en la IICC la valoración se cambia o conserva el criterio normativo al proveer el RI (Responsable de la Intervención) de información al UPGr; y los elementos que se conservan o modifican pueden ser modificados atendiendo a su tipo, propiedades y función mediante estrategias de alteración de su disposición, sus dimensiones y su estructuración.
- La probabilización: únicamente pronostica la tendencia de desarrollo de la conducta al hacerle patente al UPGr que para mantener los efectos de la intervención se debe corresponder efectivamente a los arreglos contingenciales instaurados.

La IICC está constituida por el procedimiento de la Intervención Interconductual (esquema 1) y los Procedimientos de Apoyo Técnico (esquemas 2, 3 y 4) teniendo ambos el objetivo de atender a lo que el UPGr señala como dificultad, empleando los procedimientos de apoyo técnico como los recursos de los que se vale la actividad tecnológica clínica para cumplir sus objetivos, y que

para la IICC componen la entrevista y guía clínica general (esquema 2), los cuales consisten en el seguimiento del programa de actividades por parte del RI para obtener información e implementar la IICC y cuyos pasos son: inicio, recepción, introducción, precisiones, datos demográficos, II y final; otros procedimientos de apoyo técnico para la IICC son el reporte por sesión (esquema 3) y el reporte final (esquema 4), siendo el reporte por sesión un registro consecutivo de información que se genera durante la intervención y que consiste en reportar las actividades del RI, la presentación de la información, los datos relevantes para la intervención, actividades del UPGr, resumen y bibliografía. Para (Vargas, 2008b) la entrevista y guía clínica está conformada por los siguientes pasos:

- El inicio se compone del primer contacto del RI y el UPGr, éste puede ocurrir telefónicamente o en el local de atención, donde se determina como se enteró del servicio y se programa la primera sesión, cuya duración aproximada es de una hora por razones de obtención y registro de información, implementación de técnicas y consecución de usuarios.
- La recepción se compone de la presentación del RI y el UPGr, la habituación se realiza mediante una plática inicial de familiarización, la indagación del motivo general de asistencia al servicio y las expectativas del UPGr preguntando específicamente que resultados espera, además en la indagación se solicita información sobre intentos anteriores de solución teniendo en cuenta los intentos individuales o con apoyo de profesionales y no profesionales, así como la opinión generada por dichos intentos al respecto, para posteriormente seguir con la programación de sesiones y estipulación del costo de servicio.
- La introducción se compone de la exposición por parte del RI de las características del servicio, la especificación de la expectativa de participación del UPGr dentro y fuera de las sesiones, el costo del servicio y la confidencialidad de la información, que se tratara con carácter de confidencial respecto del UPGr solicitante, estableciéndose los alcances de

la intervención al plantearse como posibilidades reales, especialmente estableciendo que no se puede sugerir como objetivo de la intervención el cambio del comportamiento de una tercera persona salvo que por sus características la persona no pueda atender y sujetarse a la intervención, en este caso se define un responsable quien fungirá como extinción del RI para la intervención con el usuario.

- Las precisiones están integradas por: 1) la evaluación inicial, que consiste en la identificación, diferenciación y características de la dificultad planteada por el UPGr, mediante la indagación o un método de registro posterior, en la que se establecen las dimensiones de la conducta relevante, como son frecuencia, duración, intensidad, expresadas en una escala relativa de duración; 2) la definición del usuario, que consiste en establecer quien será la persona o personas que demandan el servicio no necesariamente son quienes se sujetarán a la intervención, el usuario es aquella persona de la cual se analizará, evaluará, regulará y probabilizará la conducta, y si por sus características el usuario no puede atender y sujetarse a la intervención se define un responsable quien fungirá como extinción del RI.
- Los datos demográficos del usuario se componen de información personal como son el nombre, edad, sexo, domicilio, teléfono, estado civil, ocupación, nivel educativo, creencias, tiempo libre, salud e información particular, así como información sobre familiares, en este sentido familiares hace referencia los que el UPGr considera como familia más allá de criterios legales o biológicos, y generales como amigos, compañeros de trabajo y/o estudio, características relevantes del lugar de residencia.
- La II se compone de la puesta en funcionamiento de la Intervención Interconductual
- El final se compone de la evaluación final de la conducta de interés estableciendo las condiciones en las que sucedió, el resumen, que trata sobre la información proporcionada por el UPGr y la aclaración de datos incompletos, y el último contacto, que consistirá en la asignación de planes

para la próxima sesión, establecimiento de la siguiente cita e instrucciones a seguir, así como la opinión del UPGr respecto del servicio.

Por cada sesión de trabajo se realiza el reporte IICC, el cual es un registro consecutivo de información generada durante la intervención integrado por: portada, actividades del RI, presentación de la información, datos relevantes para la intervención, actividades del UPGr, resumen y bibliografía. (Vargas, 2008b)

- La portada se compone de institución, nombre completo del RI, título y número de sesión relacionado con el momento de la intervención y de forma consecutiva, nombre completo del usuario (no de la persona o grupo de referencia, en su caso se señala en un subíndice esta condición y hora, lugar y fecha de la sesión.
- Las actividades del RI se componen de la descripción de las técnicas empleadas, así como características, materiales, instrumentos y forma de implementación y justificación de las mismas.
- La presentación de la información se compone de la transcripción textual de la sesión, la cual será la información recabada durante la sesión, sin interpretaciones sobre cómo lo dice el usuario, empleando el formato de diálogo: RI= Responsable de la Intervención y U= Usuario o UPGr Usuario, Persona o Grupo de referencia.
- Los datos relevantes para la intervención se componen de información seleccionada que es relevante para la II, el desarrollo de la conducta de interés y variaciones no derivadas directamente de la intervención.
- Las actividades del UPGr se describirán como las actividades que le son asignadas, así como sus características, materiales, instrumentos y forma de implementación y justificación, que incluirán los fundamentos teóricos y prácticos de las actividades asignadas.

- El resumen se compone de las conclusiones, incluyendo comentarios, dudas, pendientes y revisión de la actividad.
- La bibliografía se compone de las referencias teóricas de apoyo a la intervención; deberá demostrar que las técnicas empleadas y actividades se derivan de estudios coherentes a la IICC, y de ser necesario, información que haya sido probada en otras áreas que resulte congruente y útil (Vargas, 2008b).

El reporte final es el registro acumulativo final de la información que se generó durante la intervención integrado por: portada, presentación del caso, integración de la información, II, análisis de datos, resultados y bibliografía.

- La portada se compone del nombre del lugar donde se hace la intervención, nombre completo del RI, título y número de sesiones relacionadas con la intervención y el total consecutivo, nombre completo del usuario y resumen de datos demográficos, no de la persona o grupo de referencia en su caso se señala en un subíndice esta condición indicando sexo y edad, además de que de ser necesario, información particular, y lugar y fecha de conclusión de la intervención.
- La presentación del caso se compone de la demanda originalmente planteada y resultados esperados por el UPG, la evaluación inicial de las dificultades referidas, la definición del usuario, que es aquella persona de la cual se analiza, evalúa, regula y probabiliza la conducta, y la definición de la conducta de interés que incluirá la delimitación de la interacción principal y la designación de un nombre.
- La integración de información se compone de las técnicas empleadas y la transcripción textual de la información, la cual fue recabada durante toda la intervención, expresándose con formato de diálogo: RI= Responsable de la Intervención y U= Usuario o UPG= Usuario, Persona o Grupo de referencia.

- La II se compone del vaciado de información de la Intervención Interconductual.
- El análisis de datos se compone del desarrollo de conducta de interés, el cual será un análisis de correlación entre las fases de la intervención y los cambios registrados, en niveles relativos de: invariable, variación favorable, variación desfavorable, objetivo cumplido y objetivo no cumplido y las variaciones no derivadas directamente de la intervención, como la ocurrencia de eventos no contemplados y que afectaron la intervención.
- Los resultados se componen de la evaluación final de la conducta de interés, siendo este el establecimiento preciso de las características relevantes al final de la intervención, la conclusión de la intervención como la comparación de la conducta obtenida respecto a la evaluación inicial, la evaluación final de la conducta de interés y la descripción de las nuevas interacciones, terminando con la opinión final del UPGr respecto al desarrollo y final de la intervención
- La bibliografía se compone de las referencias teóricas de apoyo a la IICC.

Es así como la psicología interconductual demuestra ser una opción objetiva y confiable para analizar el comportamiento humano. El siguiente capítulo se describirá y analizará el surgimiento de la psicología de la salud, así como sus aplicaciones en el área de la salud humana para posteriormente desarrollar la unión de esta con la teoría interconductual.

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

3.1 Surgimiento de la psicología de la salud

En favor de delimitar la materia de estudio convendría explicar primero lo que se entiende por salud y como se ha percibido este concepto a lo largo del tiempo ya que dicha conceptualización tiene que ver con las prácticas culturales que se adoptan dentro de cada sociedad para definir aquello que es sano y con las prácticas terapéuticas para tratar las enfermedades. La palabra para definir salud en inglés es *health*, la cual proviene del alto alemán antiguo y del anglosajón con significados como todo (*whole*), fuerte (*hale*) y sagrado (*holy*) asociada también a conceptos como vitalidad, bondad, sanidad, higiene, cordura, santidad, entre otros. Actualmente concebimos a la salud no solo como la ausencia de alteraciones y enfermedades, sino también como un grado de bienestar que se encuentra en relación la capacidad de funcionamiento de una persona; para Oblitas (2009) la salud es un estado y al mismo tiempo, un proceso dinámico cambiante y que continuamente sufrimos alteraciones en nuestro medio interno, físico y psicológico, así como en nuestras relaciones interpersonales, las cuales suponen reestructuraciones permanentes de nuestros esquemas internos.

En la antigua Grecia se concebía a la salud como "...la resultante de un estado de armonía del individuo consigo mismo y con el exterior, la enfermedad devenía de la ruptura de ese equilibrio por causas naturales" (Amigo, 1998, p. 22), teniendo a Hipócrates como el mejor representante de esta tradición intelectual, quien creía que la *hygieia* (salud) o *euexia* (fuerza) era afectada cuando se perdía el equilibrio entre componentes calientes, fríos, secos y húmedos del cuerpo; y que este equilibrio en la *constitución* o *estado del cuerpo* podía romperse debido a la fatiga, el insomnio, la desesperación, la ansiedad o de residuos de comida provenientes de la cantidad o calidad equivocadas. También creía que lo que afectaba a la mente también afectaba al cuerpo, en donde el equilibrio de los cuatro humores vitales era fundamental para mantener la salud: la sangre estaba

relacionada con el corazón, la bilis amarilla con el hígado, la bilis negra con el bazo y la flema con el cerebro, y que cuando un fluido dominaba la personalidad, se asociaba a un estado característico de la mente. Por su parte, Galeno (139-200 d. C.) desarrolló la teoría de los humores de Hipócrates, agregando que las emociones y pasiones afectaban el funcionamiento del cuerpo y provocaban enfermedades. Durante la Alta y Baja Edad Media la idea sobre la salud adquirió un enfoque espiritualista en donde la enfermedad se veía como el resultado de la violación de la ley divina y la curación se derivaba de la fe y el arrepentimiento del pecado; debido a ello la práctica médica fue quedando bajo los auspicios de la Iglesia Católica de tal manera que en el año 1139 el Papa dictó una norma que prohibía a los sacerdotes el ejercicio medicina con la finalidad de que se dedicaran completamente a las actividades religiosas de su monasterio. Posteriormente en el renacimiento se retomó la idea de la enfermedad en términos naturalistas generada por los griegos, que desembocó en el modelo biomédico, el cual se apoyaba en el dualismo mente-cuerpo, el cual explicaba que:

...el cuerpo sería una máquina que podría ser analizada en términos de sus partes constituyentes y entendidos así en términos mecánicos. La enfermedad sería, entonces, el resultado del fallo de algún elemento de la máquina, y al igual que lo haría un mecánico, el trabajo del médico sería el de diagnosticar dicho fallo y reparar la maquinaria. Desde esta perspectiva, la salud y la enfermedad pasan a ser vistas como una cuestión meramente bioquímica. (Amigo, 1998, p. 23)

Debido a la incapacidad del modelo biomédico para comprender y controlar mejor la enfermedad, en 1977 Engel sugirió el modelo biopsicosocial, el cual enunciaría que todos los factores biológicos, psicológicos y sociales son variables que determinan la salud y la enfermedad, dividiéndolos en *macroprocesos* y *microprocesos* y enfocándose tanto en la salud como en la enfermedad a diferencia del modelo biomédico que se enfoca solo en la enfermedad. De tal modo, el modelo biopsicosocial declara que solo se pueden comprender los resultados del dominio de la salud y la enfermedad solo si se

tienen en cuenta las variables biológicas, psicológicas y culturales de cada individuo adoptando la teoría de los sistemas, ya que

Según está, todos los niveles de organización en cualquier ente están relacionados entre sí jerárquicamente y los cambios de cualquier nivel afectarán a todos los demás. Por lo tanto la salud, la enfermedad y la atención médica serían todo un conjunto de procesos interrelacionados que incluyen cambios que interactúan dentro del individuo, y éstos, a su vez, sobre los otros niveles. (Amigo, 1998, p. 26)

El modelo biopsicosocial destaca entre otras cuestiones la importancia de la relación entre el paciente y el clínico, por lo que la psicología cobra especial importancia como profesión sanitaria que reconoce a la conducta del ser humano como crucial para el mantenimiento de la salud y la evolución de la enfermedad.

De acuerdo con Schwartz y Weiss (1978) la psicología de la salud apareció como un área específica centrada en el papel primario de la psicología como ciencia y profesión en el campo de la medicina comportamental, teniendo como característica principal la atención preferente hacia la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud a través del cambio de comportamiento en acciones para mejorar la salud. El nacimiento de la psicología de la salud se debe en parte al avance multidisciplinario de la medicina y la farmacoterapia, pero para tener una visión completa de esta área de conocimiento es preciso entender que la salud no depende sólo de lo que el individuo hace, sino también de lo que deja de hacer, y considerar que las prácticas individuales y culturales que se adoptan pueden intervenir en el bienestar físico.

Algunos de los antecedentes de la psicología de la salud se encuentran en Cuba a finales del años 60, que en su desarrollo como recién nación independiente creó en 1969 el Grupo Nacional de Psicología de la Salud, el cual perteneciera al Ministerio de la Salud Pública y en donde los psicólogos se

vinculaban a todas las especialidades médicas y no solo con la psiquiatría, siendo esta vinculación la que formularía las bases teórico-metodológicas para la inclusión de la psicología en el área de la salud y generando el primer manual de prácticas relacionadas con el sector salud, que llevaría por nombre *La práctica institucional en el sector salud*, especificando que ya desde 1968 y 1969 se estaban constituyendo los fundamentos para desarrollar la psicología de la salud.

En Estados Unidos surgió la psicología de la salud hasta la década de 1970; primero al proponer la Universidad de Minnesota un programa doctoral que llevase el nombre de *Health-Care Psychology*, teniendo este sus antecedentes en un artículo publicado por William Shoefield en 1969 y que propiciaría que él y su grupo de investigadores del campo de la salud llegaran en 1973 a la conclusión de que los psicólogos americanos no estaban realizando actividades de investigación respecto a los problemas de salud y enfermedad; con el paso del tiempo el sector interesado en este tema pasó de ser un pequeño grupo de investigación a convertirse en una división dentro de la APA, surgiendo así la División 38 teniendo a Joseph Matarazzo como su primer presidente.

En 1979, Stone, Cohen y Adler publican el primer libro de Psicología de la Salud y en 1982 comienza a editarse la revista periódica Health Psychology con Stone como su primer editor; ya en 1984 la periodicidad de esta revista fue bimensual. A partir de este momento la Psicología de la Salud se desarrolló vertiginosamente y en 1996, la División 38 tenía 3,177 miembros y la revista Health Psychology era la cuarta en número de suscriptores de las 37 publicaciones especializadas de la APA. (Grau y Hernández, 2005, pp. 6-7)

El primer libro en México sobre psicología de la salud aparece en 1986, que además coincide con la fecha que la UNAM y la Secretaría de Salubridad coordinan la apertura de la maestría en el modelo de residencias médicas. En 1991 el Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana publica la revista *Psicología y Salud*, y para 1996 tiene lugar la Conferencia Latinoamericana sobre psicología y salud, mientras que en la UNAM comienza el

Postgrado Regional Norte-Occidente con salidas en Maestría y Doctorado en psicología de la salud y con sede en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud en la Universidad de Guadalajara (Gráu y Hernández, 2005, p. 10).

Una vez explicado el concepto de salud y el surgimiento de la psicología de la salud, se debe tener en cuenta que la psicología de la salud ofrece descripciones sobre como los procesos psicológicos afectan la experiencia individual de la salud y que muchas de las teorías empleadas en la psicología de la salud son extensiones y adaptaciones de la psicología cognitiva y social estadounidense/ europea desarrollada desde 1950 hasta 1990, con el inconveniente de que estas propuestas se basaban en ambientes artificiales y de laboratorio que carecían de la posibilidad de generalizarse en un mundo fuera del laboratorio.

Una de las primeras definiciones sobre psicología de la salud la aporta Stone (1979, 49-50) al decir que:

La psicología de la salud es una especialidad de la psicología que comprende la aplicación de los conceptos y métodos psicológicos a cualquier problema surgido en el sistema de salud, ya sea que se hable de los niveles de atención a la salud, de salud pública, de educación y planificación de la salud, o bien de otros componentes del sistema, añadiendo que la práctica tradicional de la psicología clínica vendría a constituirse en una de sus subdivisiones.

Dicho lo anterior, es pertinente exponer la definición de psicología de la salud que propuso quien fue el primer presidente de la División 38 de la APA, Joseph D. Matarazzo y que ha tenido una gran aceptación:

El agregado de las contribuciones educativa, científica y profesional de la disciplina de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud,

la enfermedad y disfunciones. (Matarazzo, 1980, p. 815)

Al realizar este planteamiento, Matarazzo definió que las cuatro líneas fundamentales del psicólogo de la salud serían:

1. La promoción y el mantenimiento de la salud. Esta línea de trabajo incluiría todo el ámbito de las campañas destinadas a promover hábitos saludables.
2. La prevención y el tratamiento de la enfermedad. Aquí se enfatiza la necesidad de modificar los hábitos potencialmente perjudiciales con objeto de prevenir la enfermedad y enseñar a las personas que ya padecen una enfermedad a adaptarse con éxito a esta.
3. Etiología y correlatos de la salud, enfermedad y las disfunciones. En este contexto, se explican las causas conductuales y sociales de la salud y enfermedad, percatándose también de los hábitos o el modo en el que las personas enfrentan situaciones de estrés.
4. El estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de salud. Esta línea de trabajo busca analizar el efecto de las instituciones de salud y sus profesionales sobre el comportamiento de la población.

Para Marks (2008) el rápido crecimiento de la psicología de la salud puede atribuirse a tres factores esenciales:

1. En los años setenta y ochenta hubo una creciente consciencia de la vasta cantidad de enfermedades y mortalidad determinadas por la conducta. La investigación epidemiológica sugiere que las causas principales de muerte en las sociedades occidentales son conductuales, lo que significa que muchas podrían evitarse potencialmente si se lograsen intervenciones eficaces
2. Un segundo factor para el crecimiento de la psicología de la salud fue el

individualismo, el cual hace responsables de su salud a los propios individuos. El individualismo le asigna al organismo la responsabilidad principal de buscar una buena salud, lo que los exhorta a convertirse en expertos de su propia salud y estilos de vida, requiriendo que cada persona se vuelva una unidad autosuficiente que tenga al menos niveles mínimos de participación, cuidado e independencia; mas sin embargo, es claro que el individuo por sí solo no puede ser capaz de lograr mejoras en su conducta sin que existan políticas diseñadas para promover y apoyar la salud en todos los niveles.

3. Por último, la inconformidad generada debido al modelo biomédico y el creciente interés en tomar en cuenta las influencias psicológicas y sociales sobre la salud y la enfermedad ha conducido a los científicos sociales y a otros especialistas a proponer nuevas formas de conceptualizar la salud y la enfermedad.

La particularidad de estas definiciones, es que cuando se hace referencia a cierta caracterización de lo psicológico su descripción es bastante genérica y no necesariamente va acompañada de los criterios lógicos que posibilitarán definirlo con la precisión requerida, ya que decir que la psicología de la salud estudia la conducta, ideas, actitudes y creencias, implica aceptar el supuesto de que los seres humanos somos racionales, rechazándose explícitamente que también nos comportamos con base en nuestras emociones, afectos y motivos. Así, lo que se tendría que preguntar es si ello constituye una seria limitación para el análisis de lo psicológico, cuya respuesta es en definitiva inequívoca, ya que en efecto, si lo psicológico se reduce a sus componentes racionales, esto podría ser argumentado en contra de la infinidad de estudios en los que se ha demostrado cómo es que variables como las mencionadas regulan y/o modulan de manera importante el comportamiento de las personas previo a, o durante el curso de una enfermedad; asumir esto consistiría en evadir el delimitar la dimensión específica de la salud, hecho que como se ha venido haciendo, no resulta en ningún proceso para esta área.

3.2 Modelos psicológicos de la salud

Dado que la psicología de la salud se generó debido a las controversias del modelo biomédico y sus limitaciones en la práctica actual de la salud, además del fracaso de los sistemas sanitarios debido a su concepción restrictiva y descontextualizada de la salud, durante su desarrollo pasó por diferentes etapas que no siempre coincidían en el campo que investigaban. En el apartado anterior se mencionó que una de las primeras ideas relativamente científicas sobre la forma de concebir la salud fue el modelo biomédico, el cual será explicado a continuación.

Este modelo, que estuvo influenciado mayoritariamente por el filósofo Rene Descartes fue lo que le permitió a la Iglesia mantener el dominio del mundo espiritual que había sido creado y dejar a la ciencia el dominio del mundo físico, así el seguir esta perspectiva filosófica limitó la comprensión del campo de la salud a los procesos biológicos y bioquímicos siendo el germen el mayor responsable de los procesos patológicos; así mismo, el reduccionismo derivado de este modelo sostenía que el proceso de la enfermedad se limitaba a una serie de reacciones físicas y químicas, dejando de lado los factores emocionales y el comportamiento en donde cada proceso patológico se considera independiente de los estados emocionales del individuo y su conducta.

El modelo biomédico pertenece al área epistemológica que usa el enfoque de las ciencias naturales analizando la información otorgada por las ciencias médicas, además demostró ser el camino que permitió desarrollar una serie de vacunas y otros descubrimientos ante las enfermedades infecciosas, las cuales eran un serio problema de salud para la época en que surgió este modelo. Este hecho desencadenó que la medicina aumentara su nivel de tecnificación al punto en el que se produjera un distanciamiento entre el médico y el paciente y se institucionalizaran “prácticas deshumanizadoras en las relaciones médico-paciente” (Oblitas, 2009, p. 8).

A pesar del gran éxito que tuvo este modelo, fue Pasteur (1822-1895), el fundador de la teoría bacteriológica de la enfermedad, quien admitió que aunque el microbio poseía una importancia relativa, era la estabilidad comportamental el factor esencial para la salud; y aunque el modelo biológico tuvo grandes éxitos en el campo de la medicina, resulto ser insuficiente y limitado debido a que carecía de respuestas para varias problemáticas de los procesos salud-enfermedad como son las enfermedades crónicas , el dolor crónico y el manejo del estrés cotidiano, entre otros. Entre algunos de los puntos críticos del modelo biomédico, Amigo Vásquez y Rodríguez Fernández (1998) señalan que las mayores insuficiencias de este modelo son:

1. El criterio fundamental para realizar el diagnóstico de una enfermedad es la presencia de anormalidades bioquímicas, ignorando el hecho documentado de que esas alteraciones bioquímicas son condiciones necesarias pero no suficientes para el establecimiento del diagnóstico.
2. El diagnóstico del estado físico depende también en gran medida, de la información proporcionada por el paciente, hecho que deriva en que la exactitud de un diagnóstico este determinada por la habilidad del médico para realizar la entrevista terapéutica y su competencia para entender los factores psicológicos, sociales y culturales de los síntomas presentados por el paciente.
3. Este modelo ignora la influencia de determinadas situaciones vitales en la salud de las personas, lo que se traduce en no tener en cuenta los elementos vitales estresantes que sufre una persona a lo largo de su vida.
4. La forma en que una persona llega a ser entendida como enferma por aquellos que la rodean gracias a las conclusiones y términos generados en este modelo provoca que la gente no busque ayuda o no cumpla con las prescripciones médicas.
5. El modelo biomédico también puede fracasar a la hora de determinar la recuperación de la salud después de la enfermedad, y que a su vez surgen

consecuencias sociales que generan quejas por parte del paciente.

6. El resultado del tratamiento también se ve influido decisivamente por la relación médico-paciente. Como uno de los primeros en abordar el tema, Engel (1977) señala que la interacción con el médico puede ser decisiva puesto que de ella depende en gran medida la cooperación del paciente.

Tras las insuficiencias anteriormente mencionadas, aparece el modelo biopsicosocial, que admite que la salud y la enfermedad están multi-determinadas, siendo Oblitas (2009) quien nos dice que las causas que interactúan en los procesos saludables y patológicos son de naturaleza multicausal, pues intervienen tanto elementos de macro procesos (tales como contexto social, ambiente físico, circunstancias socioeconómicas, factores climáticos, etc.) como otro de micro procesos (cambios químicos, pensamientos, emociones, entre otros). El modelo biopsicosocial en un inicio fue expuesto por el psiquiatra George Engel quien propuso este modelo como respuesta a lo que él creía era una crisis para la psiquiatría; en este modelo abordaba algunos problemas con el esquema biomédico como lo eran las suposiciones reduccionistas, dualistas y patogénicas. Este modelo sostiene que todos los factores biológicos, psicológicos y sociales son elementos que determinan la salud y la enfermedad, sosteniendo que la salud es algo que se alcanza cuando el individuo tiene cubiertas las necesidades anteriormente mencionadas y no es algo que se obtenga como si fuera concebido como un don, por lo tanto el modelo biopsicosocial hace mayor énfasis en la salud que en la enfermedad, de acuerdo a este modelo:

Se requiere una perspectiva amplia e integrativa para comprender las alteraciones y elaborar un diagnóstico. Las interacciones profesionales de la salud-paciente son fundamentales para lograr la adhesión de éste al tratamiento, lograr que la terapia sea eficaz y reducir el tiempo de recuperación de la enfermedad. La práctica médica debe integrar, de manera definitiva, las variables biológicas, psicológicas y socio ambientales en cada una de las etapas del proceso terapéutico. (Oblitas, 2009, p. 12)

Así el surgimiento de este modelo obedeció también en parte a la transición epidemiológica que significó pasar del predominio de las enfermedades infecciosas a las patologías crónico-degenerativas, adicciones, desnutrición y problemas ambientales a los que las medidas sanitarias tradicionales no fueron capaces de afrontar satisfactoriamente y que actualmente están considerados como serios problemas de salud pública.

La mayor diferencia de este modelo respecto al enfoque biomédico radica en que el modelo biopsicosocial enfoca su atención en los aspectos preventivos y la promoción de la salud, tomando en cuenta el medio ambiente del individuo y sus entornos físicos y sociales; además este modelo busca crear nuevas estrategias en la relación del ser humano con su entorno, combinándolo con la elección personal y la responsabilidad social. El término de promoción de la salud fue usado por primera vez en 1974 por el secretario canadiense de Salud y Bienestar Social Marc Lalonde que afirmaba que la salud y la enfermedad no dependían solo de condiciones médicas sino también de condiciones ambientales, definiendo las variables que determinan la salud o la enfermedad las cuales son:

1. La biología humana
2. Medio ambiente (contaminación física, química y biológica, además de aspectos psicológicos y socioculturales)
3. Estilos de vida o conductas
4. Sistema de asistencia sanitaria.

La OMS definió lo que debería ser considerado como promoción de la salud un proceso mediante el cual la gente genere un control sobre su salud y a la vez la mejore, buscando alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social, para que un individuo o un grupo aprenda a ser capaz de identificar y llevar a cabo sus aspiraciones y cambiar o enfrentar el entorno.

Respecto a la prevención, Oblitas (2009) menciona que los tres niveles de prevención son:

1. La prevención primaria, que hace referencia a las actividades encaminadas a impedir o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad, así como a proteger y promocionar la salud.
2. La prevención secundaria consiste en las acciones dirigidas a evitar la enfermedad ya cuando los síntomas de esta han aparecido, aunque el síndrome aun no esté instalado
3. La prevención terciaria consiste en los procesos de tratamiento y rehabilitación cuando la sintomatología clínica ya está instalada.

Sin embargo, para Marks "...a pesar del rápido crecimiento de la psicología de la salud, no ha habido un cambio de paradigma significativo en la medicina clínica y el modelo biopsicosocial no ha remplazado al modelo médico en hospitales y clínicas, ni es posible que suceda" (2008, p. 19).

Una de las primeras disciplinas que se encargaron de estudiar el campo de la salud fue la medicina psicosomática, el cual es un término que fue acuñado en 1918 y que constituyó el primer intento de investigar las variables las variables psicosociales y alteraciones psicofisiológicas en el ámbito médico procurando dar cuenta de la relación entre los procesos y las estructuras somáticas. El origen de esta disciplina se ubica entre 1935 y 1960 y se caracteriza por una influencia psicoanalítica y enfocándose en el estudio de la etiología y patogénesis de la enfermedad física desde una perspectiva psicodinámica, que establecía que se tenían algunas enfermedades debido a una propensión hacia ciertas características de personalidad y las consecuencias de estos tipos de personalidad.

El primero en postular la psicogénesis fue Claude Bernard con la teoría del medio interior del cuerpo, en la que sostenía que el cuerpo tiende a mantener un equilibrio que cuando se rompe trae la enfermedad y la muerte, afirmando así la idea de la importancia en las alteraciones físicas. Posteriormente, Sigmund Freud afirma en su teoría acerca de las emociones, que cuando estas no se expresan en palabras o acciones se traducen en alteraciones físicas, teoría que desarrollaría más adelante en sus estudios clásicos de la histeria de la conversión. Al respecto, se puede decir que Freud

...elabora la primera formulación teórica sobre la alteración psicosomática. La teoría psicoanalítica sostiene que los impulsos inaceptables y prohibidos eran reprimidos y buscaban formas alternativas de descarga. Además, dichos impulsos, expresados a un nivel somático, tenían un significado simbólico relacionado al evento psíquico. El histérico desplazaría la experiencia la experiencia dolorosa al inconsciente y luego, la reacción retornaría en forma de algún problema físico. (Oblitas, 2009, p. 9)

Partiendo de este postulado, la medicina psicosomática se desarrolló con la creencia de que los factores psicológicos y sociales con importantes en la etiología, desarrollo y tratamiento de la enfermedad, surgiendo para dar respuesta a las afecciones que no tenían cabida dentro del modelo médico tradicional. A finales de los años cincuenta, el campo de la psicosomática sufrió una crisis debido a la reacción contraria que había generado el enfoque psicoanalítico, por lo que esta perspectiva se abandonó debido a su debilidad metodológica, limitaciones de datos clínicos y sus sobre generalizaciones para explicar las alteraciones clínicas.

La particularidad de la medicina psicosomática que la alejó de la psicología de la salud y que redujo su posibilidad de obtener una aceptación generalizada sobre su metodología fue que, en su sentido más amplio, la medicina psicosomática promueve un interés casi exclusivo de las emociones y desordenes físicos hacia la enfermedad y que no busca tratar con la prevención y otros

elementos que contribuyen a la metodología y a las técnicas de intervención. En 1965 se cambia la orientación de esta disciplina hacia una base científica más sólida de conocimiento que tuviera un equivalente con la medicina y que generará el desarrollo de las técnicas terapéuticas eficaces para el tratamiento de enfermedades psicosomáticas; cuyos objetivos fueron el estudio biopsicosocial de la homeóstasis del ser humano con una aproximación integradora de la práctica médica y la influencia de la psiquiatría para la consulta-apoyo.

Otra disciplina que surgió en la historia de la psicología de la salud fue la Psicología Médica cuya definición es la siguiente:

El estudio de los factores psicológicos relacionados con cualquiera de los aspectos de la salud física, la enfermedad y su tratamiento a nivel del individuo, el grupo y los sistemas. La psicología médica no representa una orientación teórica particular; los problemas de la misma pueden ser conceptualizados desde cualquier orientación deseada. La psicología médica tiene, además, como foco, todas las áreas de interés académico: investigación, intervención, aplicación y enseñanza. (Asken, 1979, p. 67)

Como eje fundamental, la psicología médica tiene la particularidad de que aceptaría la intervención psicológica desde diversas posturas teóricas distintas e incluso contradictorias, empleando también técnicas psicológicas para el diagnóstico y evaluación de la enfermedad física, hecho que ha impedido juntar todo el ámbito de trabajo que caracteriza a la psicología de la salud ni conceptualizar el estudio de la misma, lo que ha hecho que se descuide el papel de la salud y el de otras profesiones clínicas en el cuidado de la salud, infravalorando la psicología respecto a la medicina.

Otra disciplina relacionada al ámbito de la salud es la medicina conductual, que comúnmente es confundida con la psicología de la salud, y apareciendo el término medicina conductual por primera vez en 1973 en el título

del libro *Biofeedback: Behavioral Medicine*, que sugeriría un sinónimo y complemento del *biofeedback*; y cuyo término equivalente en el área infantil era *behavioral pediatrics* que se empleaba en 1970 para describir los factores conductuales en la etiología y en el curso de la enfermedad de origen somático en el contexto hospitalario. La *biofeedback*, o retroalimentación biológica emplea procedimientos y métodos que demostraron ser útiles instrumentos para lograr el control voluntario sobre varios sistemas fisiológicos, demostrando con ello que el sistema nervioso autónomo era susceptible de ser modificado por influencia voluntaria, hecho que demostró ser de gran beneficio en la reducción de síntomas logrando disminuir o evitar la administración de drogas o medicamentos empleados para el control de diversos trastornos psicofisiológicos.

Para Labrador, Muñoz y Cruzado (1990) algunas de las causas que motivaron el surgimiento y desarrollo de la medicina conductual fueron:

1. El interés despertado por los temas de prevención de enfermedades.
2. La superación de la medicina psicosomática gracias al desarrollo de la psicología médica.
3. La demostración de que los factores conductuales intervienen en los procesos de salud y enfermedad.
4. El cambio de los patrones de morbilidad y mortalidad.
5. La aparición de enfermedades crónicas propias de las sociedades industrializadas.
6. Los factores que provocan las alteraciones de los individuos en igualdad de condiciones
7. El desarrollo de las ciencias conductistas y la epidemiología conductual.

Y como la medicina conductual surgió de la escuela conductista, esta

considera que

...en la práctica clínica la medicina conductual emplea las técnicas de modificación de conducta para la evaluación, prevención y tratamiento de la enfermedad física o disfunciones psicológicas, además de la utilización del análisis funcional de la conducta para la comprensión de las conductas asociadas a los trastornos médicos y problemas en el cuidado de la salud. (Pormelau y Brady, 1979, p. 12)

La definición con mayor aceptación y que recoge las características esenciales de la medicina conductual la aportaron Schwartz y Weiss al afirmar que: “La medicina conductual es un campo interdisciplinario ocupado en el desarrollo e integración de la ciencia biomédica y conductual, conocimiento y técnicas, relevantes para la salud y enfermedad y la aplicación de esas técnicas y ese conocimiento para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación” (1978, p. 250). La diferencia esencial entre medicina conductual y psicología de la salud se basa en que la medicina conductual es utilizada por investigadores clínicos que trabajan en el ámbito médico y la psicología de la salud se presenta como una rama de la psicología empleada por psicólogos dedicados a la investigación dentro de las escuelas de psicología, además la medicina conductual se enfoca en el tratamiento y rehabilitación de la enfermedad mientras que la psicología de la salud pone en primer lugar la prevención de la enfermedad.

Y finalmente, sin ser una rama derivada de la psicología de la salud se encuentra la Psicología Clínica, que aunque aparentase tener las mismas funciones que la psicología de la salud, ambas se encargan de diferentes campos de estudio, y a pesar de la existencia de posturas que argumentan que la psicología clínica puede asumir todas las funciones que pretende desempeñar la psicología de la salud, la importancia en separar esta de la rama clínica consiste en que, en términos académicos, la psicología de la salud no es reductible al campo clínico sin que esto llevase un cambio profesional que modificara el tronco disciplinar común, y aunque en la práctica una pueda asumir las funciones de la

otra, se encuentra ubicadas desde diferentes teorías que deberían superarse antes de conjuntar ambas disciplinas.

3.3 Importancia de la alimentación desde la psicología de la salud

La relevancia que se le ha dado a la alimentación en la psicología de la salud y en la medicina ha radicado en dos factores, primero como promoción de hábitos de salud para mantener un nivel óptimo desarrollado con respecto a valores biológicos, y segundo, como un interés dedicado casi exclusivamente tanto al exceso como a la carencia de los niveles biológicos establecidos conforme a las ciencias médicas.

Estos términos, la carencia o exceso del proceso de la alimentación debido a factores económicos, ambientales o culturales conlleva particularidades en cada uno de esas áreas, mas sin embargo, el objetivo de hablar aquí de la alimentación radica en exponer cuales son los factores psicológicos de las personas que voluntariamente mantienen una ingesta alimenticia diferente a la que se encuentra establecida medicamente conforme a sus actividades diarias.

Los nutrientes son los elementos básicos que obtenemos de los alimentos y que resultan indispensables para mantener un nivel de homeóstasis en nuestro organismo, y para poder aprovechar las sustancias nutritivas de los alimentos que consumimos, estos primero deben de pasar por una serie de transformaciones físicas y químicas llevadas a cabo en el aparato digestivo que las fragmenta en compuestos sencillos que se absorben por la sangre y son llevados por esta hacia las células que a su vez los utiliza para, entre otras cosas, obtener la energía para efectuar las funciones vitales del organismo. Para Whitney, Nunnelley y Rolfes (1990) el organismo humano se asemeja a una maquina perfecta que siempre busca el equilibrio entre el aporte energético el cual está determinado por el valor en calorías de los alimentos ingerido y la sumatoria de sus necesidades vitales de energía también conocido como gasto calórico basal, el cual es la medida

estándar de la cantidad de energía que se consume en la termogénesis alimentaria y la cantidad de calorías que corresponden a la actividad física.

Dado que el estado nutricional es la condición de salud general de un individuo y que ningún humano, sin importar sus condiciones biológicas, socioeconómicas o geográficas, puede dejar de ingerir alimento por periodos prolongados sin sufrir alteraciones que pongan en riesgo su vida, y puesto que los requerimientos alimenticios varían de un individuo a otro debido a sus propias características físicas y sociales, la alimentación de cada persona se convierte en aspecto personalizado para cumplir con sus propias necesidades y se puede explicar este proceso entendiendo que en él se encuentran relacionadas estructuras cerebrales como el hipotálamo y numerosas hormonas que regulan el mantenimiento de peso en el cuerpo así como la saciedad al comer y la necesidad de expulsar el alimento, aclarando que aunque este proceso no está en el área de incidencia directa de la psicología de la salud, resulta útil conocerlo debido a las repercusiones que tiene en el organismo.

El proceso de la alimentación se inicia introduciendo el alimento en la boca en donde los dientes parten y muelen el alimento juntándolo con la saliva y permitiendo que gracias a las papilas gustativas el alimento sea saboreado, para posteriormente pasar a la deglución en donde el alimento avanza por la laringe y el esófago llegando hasta el aparato digestivo mediante la peristalsis , que es la contracción y relajación rítmica de los músculos circulares de las estructuras del aparato digestivo. Cuando el alimento llega al estómago, las contracciones rítmicas la mezclan con los jugos gástricos segregados por el estomago cuyo objetivo es digerir las proteínas gracias a la acción de la enzima pepsina, para después pasar esta mezcla que contiene las partículas alimenticias junto con los jugos gástricos al intestino delgado, lugar donde junto con la acción del páncreas se regula la acidez gracias al jugo pancreático el cual actúa de manera esencial para digerir carbohidratos y parcialmente las grasas. Respecto al almidón que

contienen muchos alimentos, este es absorbido junto con los carbohidratos y las proteínas en la parte superior del intestino delgado, dejando que las grasas sean procesadas por las sales biliares producidas en el hígado y almacenadas en la vesícula, las cuales descomponen las moléculas grasas para después ser absorbidas en el segundo tercio del intestino delgado, siendo esta parte la que también absorbe las vitaminas y electrolitos en esta fase de la digestión. Tras realizar esto, el proceso sigue en el intestino grueso donde habitan bacterias que fabrican numerosas vitaminas y se almacenan las heces, para ser transportadas por peristalsis a través del recto y finalmente expulsadas por el ano.

Respecto a cómo ha sido la cuantificación de la ingesta alimentaria, anteriormente para poder determinar si una persona mantenía una alimentación que no lo pusiera en riesgo biológico de adquirir alguna patología, el astrónomo belga Lambert Adolphe Jacques Quételet decidió probar la idea de que las leyes matemáticas de la astronomía podían predecir el comportamiento humano al medir y pesar personas de nacionalidad francesa y escocesa para determinar cuál era el peso más frecuente para cada talla, estableciendo el peso entendido como normal por la frecuencia en quienes aparecía y no por criterios de salud. La ecuación utilizada por Quételet dividía el peso de las personas expresado en kilogramos por el valor de la talla expresada en metros y elevada al cuadrado, ecuación que después se convertiría en una norma para medir la cantidad de grasa; esta se convirtió en la norma que, a pesar de haber surgido sin conocimientos médicos, extrañamente medía la correlación de la cantidad de grasa en el cuerpo, y posteriormente la OMS decidiría implementarla como instrumento de medida y control.

Además del IMC para promediar la salud de una persona, existe el gasto energético basal (GEB) es la medida que se emplea para determinar si la alimentación de un individuo es apropiada respecto a su estado físico y las actividades que realiza, expresándose como las calorías (Kcal), o como la energía total que debe consumir un individuo que le permita mantener un peso óptimo

acorde a su edad, estatura y otro factores, este permite determinar cuánto debe una persona de comer para llegar a un peso específico y se calcula a través de diferentes ecuaciones para hombres y mujeres estableciendo puntajes específicos para rangos de edad y estados fisiológicos. Esta medida de alimentación fue establecida en 1941 por la FNB (Food and Nutrition Board) del Institute of Medicine (IOM) de la National Academy of Sciences basándose en formulas propuestas aportadas por el Comité de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación junto las Organización Mundial de la Salud (OMS) empleando cálculos para determinar los requerimientos energéticos conforme al gasto energético basal, que es aquel que se tiene al despertar considerando un tiempo promedio de 10 a 12 horas de sueño.

Respecto a cómo la alimentación influye en nuestro desarrollo, numerosos estudios mencionan que cuidar la alimentación es vital para mantener una salud estable; un estudio realizado por Belloc y Breslow menciona que los 7 hábitos para conservar la salud son:

- 1) Dormir 7 u 8 horas diarias.
- 2) Desayunar diariamente.
- 3) No tomar alimentos entre las comidas nunca o casi nunca.
- 4) Mantenerse con el peso adecuado a la altura.
- 5) No fumar.
- 6) No beber alcohol nunca o casi nunca.
- 7) Practicar una actividad física regular.

A pesar de los efectos físicos, la cultura y la sociedad son un gran determinante de lo que comemos y como lo hacemos, además de cuando lo hacemos, ya que los hábitos referentes a lo que comemos se adquieren durante los primeros años de vida, y una vez establecidos marcan de forma significativa

pero no determinante nuestra alimentación a lo largo de nuestra vida.

Tras explicar brevemente como se desarrollan algunos procesos relacionados con la alimentación y los métodos para cuantificarla, se inicia rechazando el abordaje tradicional que se ha tenido sobre la alimentación debido a que como se explicó al inicio, se centra de manera casi exclusiva en el exceso y en la carencia traduciéndose en interesarse mayoritariamente en temas como la adopción de dietas por parte de los individuos y en la obesidad generada en los mismos, siendo para Piña (2006b) estas las mayores áreas desarrollo y explicación y dejando a la psiquiatría los Trastornos de la Conducta Alimentaria o TCA como la bulimia y anorexia por mencionar algunos, manteniendo con esto el dualismo mente-cuerpo y alejando elementos que pueden conjuntarse aun a pesar de pertenecer a niveles epistemológicos distintos, ya que la psicología de la salud debe ajustarse a un modelo teórico que delimite que es lo psicológico especificando las categorías analíticas que permitan su correcta interpretación, a la vez que su evaluación sistemática esté relacionada con las medidas biológicas y sociales pertinentes a la salud y la enfermedad

Pero antes de explicar un modelo distinto para concebir lo entendido como saludable en la alimentación, conviene hablar de los temas que ha tenido mayor relevancia cuando respecto a alimentación se ha investigado, iniciando con lo que se entiende como dietas. El conocimiento tradicional sobre las dietas dice que estas son restricciones voluntarias de comida que pueden poner en peligro la salud si no son prescritas por personal con conocimientos profesionales de medicina; estas son vistas como métodos que otorgan resultados satisfactorios y de largo plazo que otorgan una solución cuando se desea bajar de peso rápidamente. Otra modalidad de las dietas consiste en el ayuno, que se utiliza para iniciar una reducción de peso que su vez provoca una privación de la energía y nutrientes en el organismo, práctica que provoca en el individuo la sensación de fatiga y vértigo, además de una pérdida de agua y músculo. Tanto el ayuno como el celibato han sido de las penitencias más practicadas por los creyentes de varias religiones, pues se considera que es una manera distinta de experimentar la

realidad a la que se percibe cuando se está sujeto a las necesidades carnales, lo que conlleva a un acercamiento con la divinidad.

Otra de las áreas relacionadas con la alimentación que ha sido de mayor relevancia para la psicología de la salud tradicional ha sido la obesidad, la cual se entiende como “un exceso de masa corporal que se traduce en un aumento de peso y se califica con un Índice de Masa Corporal (IMC) superior a $3\text{kg}/\text{m}^2$ ” (Ruíz, 2010, p. 1333), término que surgió por primera vez en 1938 y declarándose en 1997 como amenaza a la salud pública por parte de la OMS que aumenta el riesgo de generar trastornos asociados a la hipertensión, las cardiopatía coronaria y la diabetes mellitus tipo 2, coincidiendo con la definición que sustenta el uso del IMC como método para determinar la obesidad de Bersh que dice que “La obesidad resulta de un desequilibrio entre el aporte calórico de la ingesta y el gasto energético dado por el metabolismo y la actividad física. Se define por un índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 . El IMC se calcula con la ecuación: $\text{peso (kg)} / \text{talla (m}^2\text{)}$. Una circunferencia de la cintura mayor de 102 centímetros en hombres, y de 88 centímetros en mujeres también es indicativa de obesidad” (2006, p. 537).

Una definición distinta la aporta Martínez (2008, p. 7) al decir que

...la obesidad es considerada como un trastorno alimentario, incluso en el manual del Sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10) aparece como enfermedad clínica diagnosticable. Desde los trabajos de Van Itallie y Margie, ésta se define como una acumulación excesiva de tejido adiposo en el cuerpo, con un contenido graso mayor del 35% en mujeres y del 30% en hombres, aunque este porcentaje puede variar dependiendo de la raza, edad y estatura.

La forma en que se clasifica la obesidad por la Asociación Americana de Cirugía Bariátrica es dividiendo por rangos específicos como sobrepeso (IMC entre 25-27), obesidad leve (IMC entre 27-30), obesidad moderada (IMC entre 30-

35) y obesidad severa (IMC entre 35-40), sin embargo, su uso se recomienda en el caso de la evaluación para planear cirugía en los casos de obesidad extrema. Es importante decir que es relativamente recientemente que a la obesidad se le considera como una enfermedad, ya que en las sociedades primitivas y hasta épocas previas a la Edad Media a las mujeres robustas se les concedía un mayor atractivo que las delgadas, siendo estas últimas una representación de debilidad y esterilidad, aspectos que se relacionaban bastante con la búsqueda de certeza de fertilidad por parte del hombre para la conservación de la especie, y cuya muestra es la estatuilla humana más antigua, de unos 25.000 años de antigüedad hallada en el actual territorio de Austria, en la región de Willendorf, la cual representa a una mujer obesa de amplias proporciones llamada la Venus de Willendorf. Para el siglo XVIII el sobrepeso y la obesidad eran indicativos de éxito social y personal, señales de sensualidad y belleza que indicaban una buena posición económica, pero poco a poco este ideal de perfección fue cambiando hasta llegar al siglo XIX, en el que se convirtió en rechazo y discriminación, siendo ahora la extrema delgadez el nuevo símbolo del éxito socioeconómico.

Para Ruiz (2010) los aspectos psicológicos relacionados a la obesidad son baja autoestima, insatisfacción corporal y pobre auto imagen global, factores que los llevan a evitar situaciones sociales en las que exista la posibilidad de comparación de la figura corporal, además, el 71,5% de personas con obesidad manifiestan síntomas de ansiedad, sintomatología causada por un sentimiento de culpabilidad., así como de sentimientos de inseguridad e inferioridad dando lugar a una menor capacidad de afrontamiento y resolución de problemas, que los lleva a provocarles un mayor estrés en cuanto a asuntos legales o fiscales

Un estudio que involucró sobrealimentación contralada y voluntaria fue el experimento de Ethan Allen Sims y sus colaboradores (Brannon, 2001) realizado en la prisión del Estado de Vermont en donde a los voluntarios, que eran prisioneros, se les ofreció aumentar entre 10 y 15 kilos como parte de experimento basado en la sobrealimentación; a los prisioneros se les brindó un entorno

especial abastecido con gran cantidad de comida exquisita y teniendo limitada la actividad física para que el aumento de peso resultara más fácil. Al comienzo los participantes aumentaron de peso, pero debido a que este incremento resultaba más lento, se les hizo comer cada vez mas y mas para continuar aumentando de peso, hecho que aunque todos lo lograron, resultaba complicado mantener el ritmo de ingesta calórica teniendo que recurrir a duplicar la cantidad de alimento ingerido y que provocó que este régimen resultara desagradable y repulsivo para los participantes cuando en el inicio del experimento no era percibido así. Tras terminar la fase de aumento de peso se redujo la ingesta calórica de los prisioneros, que ayudo a reducir el peso de la mayoría aunque no lográndolo a la misma velocidad ni en la misma proporción a pesar de estar todos en el mismo régimen.

Después de explicar de manera breve los conceptos de mayor interés que la psicología de la salud tradicional tiene hacia la alimentación, se procederá a desarrollar los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), padecimientos que incluso están clasificados por la medicina en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Para Martínez (2008, p. 7) “Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) son patologías que como su nombre lo indica, se relacionan con las formas de interacción de la persona hacia la comida y aspectos relacionados con la misma, principalmente el sobrepeso. Son entidades de difícil diagnóstico y tratamiento”.

Los primeros conocimientos científicos sobre estos trastornos los otorga Richard Morton en 1664 quien realizó la primera descripción clínica de lo que hoy sería considerada como anorexia nerviosa; él trató dos casos en los que se presentaban síntomas similares, en ambos casos se recurría al ayuno pero no por causas médicas, si no por lo que denominó *atrofia nerviosa* y cambiándolo en 1689 a *consunción nerviosa*. Según Cruz (2001) en 1873, Lassague llamó al

término anterior *inanición histérica* y un año después William Gull, estudiando las alteraciones gastrointestinales en el proceso de desnutrición llegando a la conclusión de que su origen era más bien nervioso y que cambió el título a *aepsia histérica* para posteriormente llamarla *anorexia*, describiéndola como un estado mental morbosos del sistema nervioso que es de carácter hereditario. Para 1894, la definición de Gull había sido sustituida por la de *Psiconeurosis de defensa* o *neurosis de la alimentación melancólica*, vinculándola desde entonces con el cuadro similar a lo que hoy se conoce como depresión; y según Turón (2005) en 1909 Pierre Janet estableció una diferencia entre *anorexia obsesional* y *anorexia histérica* según la forma de manifestación del ayuno, siendo ésta una expresión de las ansiedades reprimidas.

Entre los siglos XV y XX se utilizaron varios términos como *cynorexia*, *canine appetite* y *hambre patológica* para explicar los estados en los que se dejaba de comer y se recurría al vómito, pero no fue sino hasta que el síndrome de bulimia nerviosa (BN) fue definido con claridad con por Russell:

Los primeros casos de BN, desde una perspectiva científica de diagnóstico, aparecieron en la Alemania de los años treinta, aumentando tras la Segunda Guerra Mundial, siendo el incremento progresivo de su incidencia lo que propicio el reconocimiento de la BN como síndrome separado en la década de los setenta. (Aguinaga, 2000, p.280)

Entre las características de estas patologías es que involucran a especialidades como la medicina interna, la endocrinología y la pediatría, presentándose principalmente entre las mujeres adolescentes y jóvenes adultas sin ser exclusivos de esa población, guardando una relación de 10:1 conforme a los hombres, y la población que mas riesgo tiene de adquirir un TCA según Guerro y colaboradores (2001) son mujeres de raza blanca entre las cuales se encuentran gimnastas, modelos, azafatas, bailarinas, actrices y deportistas de elite, entre otras. En una encuesta aplicada a este sector para conocer la

probabilidad de padecer algún trastorno de conducta alimentaria, algunos de los resultados fueron que "...las conductas alimentarias de riesgo más comunes en ellos fueron preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se come. En las adolescentes, la principal conducta de riesgo fue la preocupación por engordar y en los varones, la conducta de riesgo más frecuente fue hacer ejercicio para perder peso" (ENSANUT, 2012, p.178).

Para el caso de los adultos, se utilizó el IMC (Índice de Masa Corporal) como referencia para determinar su estado de salud, y los resultados arrojaron que existe una prevalencia de 64.5% de obesidad abdominal en hombres y 82.8% en mujeres, para una prevalencia total nacional de 73.9%, lo que hace que la prevalencia de obesidad sea mayor en el sexo femenino. Por otra parte, se estima que la anorexia es más frecuente en países occidentales en un 0.3% de la población, mientras que la prevalencia de bulimia alcanza el 1% en mujeres y el 0.1% en varones. A nivel mundial la incidencia de anorexia es de 8 por cada millón de habitantes en la población general y hasta 270 casos por cada 100 mil en un grupo de edad de 15 a 19 años, mientras que para la bulimia se ha estimado en 13 por cada 100 mil habitantes; para Unikel y Caballero (2010) el porcentaje que afecta a hombres y mujeres es de un 95% para las mujeres, de entre los 10 y los 30 años; mientras que la bulimia nerviosa ocurre más frecuentemente entre los 12 y 40 años, siendo la proporción hombre/mujer de 1:10 para ambos trastornos.

Gracias a la investigación de Unikel y Caballero se puede afirmar que "...en México se ha realizado una sola encuesta a nivel nacional sobre prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria con datos representativos de la población. Los resultados arrojaron una prevalencia de 1.8% de bulimia nerviosa en mujeres y de 0.8% en hombres, de 18 a 65 años de edad" (2010, p.14). Según un informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia la anorexia y la bulimia tienden a afectar especialmente a los adolescentes en los países industrializados en

donde uno de cada 10 individuos con anorexia fallece a consecuencia de su enfermedad, en el que se reporta que las mujeres son casi 10 veces más propensas a desarrollar esos trastornos alimenticios que los hombres.

Los modelos a continuación analizan el desarrollo evolutivo de los modelos y describen los comportamientos alimenticios relacionados especialmente con el infra peso dividiéndolos de la siguiente manera:

Posturas psicopatológicas

Son modelos que tienen en común una explicación ontológica e internalista cuya característica principal es la de referir atributos causales de índole subjetiva que resultan confusos conceptualmente y que combinan elementos de origen biológico con otros de origen psicológico considerando a las CAR producto de una patología. Estas posturas psicopatológicas tienen en común la característica de referir atributos causales de naturaleza innata usando tanto modelos simbólicos basados en elementos pseudocientíficos como modelos reduccionistas que centran sus explicaciones en alteraciones de índole cognitivo-afectivas. Un ejemplo de se encuentra en el manuscrito G de 1895 sobre la melancolía, que sostiene que la neurosis alimentaria paralela a la melancolía es la anorexia, argumentando que la anorexia nerviosa de las adolescentes parece representar, tras detenida observación, una melancolía en presencia de una sexualidad rudimentaria. Para López (1999), el psicoanálisis en cualquiera de sus acepciones basa la explicación de los desórdenes alimenticios en una base postura psicopatológica en la que no se constituyen conceptualmente con una nosología propia, sino que es una forma sintomática de otra estructura clínica. Otra acepción de estas posturas fue la creación de las alteraciones de la imagen corporal (IC) para atribuirles los trastornos de la conducta alimentaria a un déficit del yo que explicase lo que se entendía como una carencia de autonomía y dominio del propio cuerpo que eran expresados como una forma de camuflaje de diversos problemas a los que no se les había encontrado solución, siendo estas

posturas las que han relacionado a las TCA con trastornos de la personalidad como lo son los denominados rasgos obsesivos compulsivos.

Posturas sociales

Estos modelos argumentan que los factores sociales resultan determinantes para las CAR, usando explicaciones sobre variables culturales y contextuales, y contemplan que los trastornos del comportamiento alimentario se entienden como conductas complejas de etiología multicausal, producto de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Estos modelos establecen que los seres humanos evolucionan y se desarrollan en un constante ir y venir de similitudes y diferencias que se derivan de su potencial genético, su nicho ecológico, su herencia cultural y su historia conductual.

Hibridaciones eclécticas

Es aquí donde se contemplan diversos factores de diferentes posturas teóricas que lejos de formar una estructura teórica integradora forman una combinación conceptual de hibridaciones culturales poco sostenibles. El supuesto eclecticismo y las explicaciones causales fatalistas han derivado en un reduccionismo maquinista causal que estigmatiza a los enfermos al considerarlos responsables de su propio padecimiento al ignorar los factores sociales, ambientales y biológicos.

Posturas de campo

Un hecho claro es que el comportamiento no es reducible a factores individuales o separados, sino que cuando se evalúa lo psicológico lo que realmente se mide es el resultado de la interacción de todos los factores, ya que si se comete el error de suponer que los diferentes constructos teóricos son complementarios e integrales entre sí se genera un eclecticismo pernicioso que dificulta la creación de una estructura teórica integradora y que impide orientar la

actividad profesional del psicólogo hacia el quehacer científico, por lo que las posturas de campo

...son aquellas en las que todos los eventos deben considerarse como interacciones complejas de numerosos factores en situaciones específicas. Un modelo de campo implica que la explicación psicológica no busque causalidades productoras o creadoras de fenómenos, sino más bien poner de manifiesto el sistema de interdependencias existentes entre los elementos participantes en ese campo psicológico. (Musitu, 2010, pp. 19-20)

Tras explicar todo lo anterior, se procederá en el siguiente capítulo a abordar de manera óptima el tema del proceso psicológico de la salud desde la perspectiva interconductual explicada en el segundo capítulo de este documento.

MODELO INTERCONDUCTUAL DE LA SALUD Y ESTILOS DE INTERACCIÓN ALIMENTARIA

4.1 Modelo interconductual de la salud.

Una vez que han sido revisados los conceptos básicos de la teoría interconductual formulada por Kantor, se procederá a desarrollar el modelo del continuo salud-enfermedad propuesto por Emilio Ribes sobre el conocimiento psicológico referente de la salud humana, entendiendo que este modelo no busca desplazar los modelos biológicos y socioculturales sobre la concepción de la salud, sino mas bien sirve como modelo de interface indispensable para relacionar ambos ámbitos que se presupone tienen variables de dos niveles lógicos inconmensurables y guiar la acción e intervención prácticas en la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades relacionadas con la actividad social del individuo.

Para la creación de este modelo Ribes partió de la postulación de dos modelos ya existentes para la explicación del proceso de la salud. El primero es el modelo médico-biológico, el cual hace énfasis en las condiciones propias del organismo y de los distintos subsistemas que lo integran, por lo que para Ribes (2008, p. 14) este modelo:

...concibe a la salud como una metáfora del organismo como fortaleza defendiéndose de invasiones externas y en esa medida, aunque se reconocen los factores auspiciadores genéticos y externos, se considera la salud como un estado intrínseco del organismo en tanto que resiste los embates de los agentes externos nocivos

El segundo modelo usado para explicar las variables relacionadas con las practicas efectivas de prevención, curación y rehabilitación es el modelo sociocultural, el cual menciona que existe una correlación importante entre carencia de enfermedad y condiciones prácticas de vida, mencionando con ello que las condiciones de vida se encuentran determinadas por el medio físico y que,

en conjunto con las prácticas socioculturales, influyen directamente en las alteraciones de la salud biológica, por lo que este modelo concibe al individuo como prisionero de la enfermedad que es generada por el medio le rodea. Aunque ambos modelos pertenecen a niveles empíricamente diferentes, son conjuntados en el concepto de salud como la práctica individual de un organismo biológico en un medio regulado por relaciones socioculturales, por lo que la salud de un individuo no puede dissociarse de los efectos que tienen sobre el organismo los diversos agentes físicos, químicos y biológicos así como las condiciones de vida en las que se desenvuelve.

Para entender la pertinencia de los supuestos que fundamentan el modelo psicológico de la salud, Ribes declara que el propósito de dicho modelo es el de guiar la acción e intervención prácticas en la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades, entendiendo que la descripción psicológica del continuo salud-enfermedad corresponde a la dimensión individualizada de las variables que tienen lugar en la interacción entre los factores biológicos del organismo y aquellos que constituyen la acción funcional de las relaciones socioculturales; resumiéndolo en que:

1. *Cuando se analizan en un modelo psicológico, los factores biológicos y socioculturales no tienen representación en la forma de categorías correspondientes a las de sus disciplinas originales.*
2. *Los factores biológicos se representan como la condición misma de existencia del individuo práctico y de las relaciones biológicas integradas a su actividad.*
3. *Los factores socioculturales se representan como las formas particulares que caracterizan a un individuo en su interrelación con las situaciones de su medio, con base en su historia personal. (1990, p. 16)*

Así, aislando los factores biológicos y culturales es pertinente decir que en el proceso de prevención, curación, inicio o rehabilitación de una enfermedad es el individuo el que actúa frente a un medio ambiente, estableciéndose así la

dimensión psicológica de la salud, la cual se compone de tres factores fundamentales que son:

1. *La forma en que el comportamiento participa en la modulación de los estados biológicos, en la medida que regula el contacto del organismo con las variables funcionales del medio con el que interactúa.*
2. *Las competencias que definen la efectividad del individuo para interactuar con una diversidad de situaciones que directa o indirectamente afectan el estado de salud.*
3. *Las maneras consistentes que tipifican a un individuo en su contacto inicial con situaciones que pueden afectar potencialmente su condición biológica (Ribes, 1990, p. 17).*

Por su parte, Piña (2006, p. 674) nos dice que la dimensión psicológica de la salud "...tiene que ver con el comportamiento de los individuos, esto es, con su hacer y decir en diferentes situaciones en las que se encuentran implicados objetos, eventos u otros individuos". Para poder tener mayor claridad respecto a la dimensión psicológica de la salud y no caer en eclecticismo inconvenientes, conviene delimitar correctamente cada uno de los factores involucrados, los cuales son:

- Las competencias que definen la efectividad de un individuo: Para realizar el análisis de las competencias funcionales se requiere comprender los requerimientos de la situación como campo de contingencias, así como los cambios sucedidos en el ambiente que tendrán efecto en algún momento según el comportamiento, además entender los factores que definen el contexto en el que sucede la interacción involucrando a la capacidad que tiene el individuo para desempeñarse en la situación con base en su experiencia particular. Los factores antes mencionados interactúan de forma diferencial cada uno y teniendo a la modulación de los estados biológicos como la referencia primordial de toda la interacción.
- Patología biológica y conductas asociadas: La investigación médica ha

demostrado que la práctica de conductas instrumentales que son consideradas de alto riesgo, combinándose con un elevado grado de vulnerabilidad biológica conducen inevitablemente a estados de patología biológica, los cuales son atendidos principalmente por la ciencias biomédicas y que no alcanzan a cubrir eficientemente los aspectos vinculados al comportamiento individual. Cuando se habla del comportamiento asociado a patologías biológicas no se pretende dar un análisis médico de este, solamente se agrega al modelo debido a que este tipo de comportamiento interviene en el proceso de mantenimiento o regulación de la salud y que aunque su origen no radica en procesos psicológicos, si es factibles de ser abordado desde el punto de vista conductual para facilitar el efecto de la acción terapéutica únicamente desde el punto de vista biomédico, y que estas conductas pueden aparecer como una correlación de condiciones patológicas propiamente dichas o por la emisión directa de conductas instrumentales que se encuentran reguladas por las condiciones que producen o por otras condiciones específicas de vulnerabilidad biológica que son funcionales para el momento. Cuando ocurren estas últimas conductas que están asociadas a la enfermedad, no se establece un criterio morfológico que las distingue de las de otro tipo, sino que para diferenciarlas se establecen criterios como son la oportunidad, duración y su correlación con ciertas circunstancias, aclarando que aunque no tienen su origen exclusivamente desde la dimensión psicológica de la salud, si existen factores de orden estrictamente biológico que pueden afectar el estado de vulnerabilidad biológica, en donde las variables del proceso psicológico desencadenen y modulen funcionalmente las patologías potenciales.

- La modulación de los estados biológicos: este concepto expresa que el comportamiento no puede ser separado de sus características biológicas, ya que este adquiere una funcionalidad a partir de una reactividad biológica por lo que en toda interacción participan siempre los diversos subsistemas reactivos biológicos; este es uno de los logros más destacados del análisis

experimental de la conducta debido a que estableció que las condiciones biológicas de un individuo pueden ser afectadas diferencialmente a través de contingencias en determinadas situaciones, entendiendo que un individuo es un todo inseparable en donde el comportamiento es la dimensión más importante para regular diferencialmente las propiedades funcionales que el ambiente tiene para modificar la acción del organismo. En contraparte, esto contribuyó a sustentar a la medicina psicosomática al suponer que los llamados procesos psíquicos influían en las manifestaciones físicas del organismo y los demás subsistemas biológicos.

En su explicación del proceso de la salud, Ribes explica que para entender todo lo anterior se debe concebir a una competencia como un concepto de naturaleza interactiva, ya que esta involucra siempre el comportamiento de un individuo y la situación donde ese comportamiento es ejercido considerando los resultados y/o efectos que son producidos por dicho comportamiento, comportamiento del que se dice que:

El comportamiento de un individuo consiste siempre en acciones integradas de diversa complejidad que incluyen, en porciones distintas, movimientos, reacciones sensoriales y acciones lingüísticas de diferente índole (escuchar, hablar, indicar, observar señalamientos, leer o escribir). La forma (o morfología peculiar de cada acción depende del desarrollo biológico del individuo, de las acciones previamente aprendidas con base en su desarrollo social, y de las características de los objetos, acontecimientos y personas con los que se relaciona en una situación determinada. (Ribes, 1990, p. 24)

De la afirmación anterior resalta el concepto de situación, el cual no es más que un conjunto o campo de contingencias en donde la relación de condicionalidad existente requiere para ser considerada un campo específico una naturaleza contingencial entre acontecimientos o elementos de la situación; todo lo mencionado anteriormente se encuentra expresado correctamente en el diagrama creado por Ribes (Figura 1) cuya intención es describir las relaciones entre los

procesos y resultados del sistema de interacción del continuo salud-enfermedad.

En este esquema se pretende analizar los factores generales que intervienen en la alteración o mantenimiento de los estados biológicos identificados como la ausencia, propensión o padecimiento de una enfermedad y cuyo objetivo es "...adaptar el análisis de dichos procesos para sopesar su influencia relativa en la afectación de los estados biológicos del organismo pertinentes a una mayor o menos propensión a la enfermedad" (Ribes, 1990, p. 23); en él se diferencian dos tipos de categorías descriptivas: las de procesos y las de resultados, siendo los procesos la categoría que engloba como se vinculan las condiciones de un organismo con aquellas que se encuentran enmarcadas en un medio sociocultural y que las consecuencias o resultantes de dichos procesos son el las habilidades adquiridas, la vulnerabilidad del organismo y sus efectos en la producción-prevención de la enfermedad así como las conductas asociadas a la alteración biológica.

De forma concisa, se puede decir respecto a los factores de proceso y resultado que los primeros "...se refieren estrictamente a variables psicológicas, vinculadas a la historia del individuo, a sus capacidades efectivas frente a las situaciones con las que interactúa y a las formas en que su acción, frente a determinadas contingencias, modula su reactividad biológica participante" (Ribes, 1990, p. 31), y respecto a los factores de resultado el mismo autor nos dice que

...tienen que ver con factores psicológicos, como las conductas que son instrumentales del riesgo mayor o menor de 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 de este modelo, relacionados con la vulnerabilidad biológica del organismo ante procesos patógenos y la aparición misma de una forma determinada de patología. (1990, p. 31)

En resumen, en este modelo psicológico, la salud biológica es

consecuencia de la forma en el comportamiento del individuo media los efectos de las condiciones ambientales del organismo y no solo como ausencia de la enfermedad o un estado bajo de propensión a contraerla, entendiendo que la prevención de la enfermedad biológica descansa en la disponibilidad de formas de comportamiento eficaces para tales propósitos.

Por lo tanto, para adoptar una estrategia eficaz que busque ajustar óptimamente la salud biológica de un individuo se debe dotar al individuo de los recursos prácticos necesarios para regular los factores biológicos y que provocan un aumento en la vulnerabilidad biológica, buscando desplegar acciones instrumentales cuyo objetivo sea la prevención de todo riesgo vinculado a la aparición de patologías biológicas de tipo crónico y agudo, siendo que para Ribes "... toda acción preventiva de la enfermedad requiere criterios y programas fundamentados en el comportamiento de los individuos" (1990, p. 69). Por lo tanto, el modelo psicológico expresado aquí postula que:

- Es el comportamiento el que modula los efectos biológicos que producidos por las circunstancias del medio ambiente y que afecta el nivel de inmunocompetencia de un individuo.
- Entendido así, es el comportamiento el constituye el medio de contacto directo e indirecto con agentes que resultan potencialmente patógenos y nocivos y que son transmitidos entre personas, por objetos o alimentos y eventos como accidentes y exposición a condiciones patógenas que no son necesariamente perceptibles de manera directa.
- El comportamiento genera cambios graduales en el estado del organismo, ya sea por la ingesta de alimentos o por otras situaciones incorrectamente administradas.
- El comportamiento resulta instrumental en la medida en que sirve para detectar y atender oportunamente el surgimiento de condiciones patógenas

que se producen en el organismo y que se realiza mediante la identificación correcta de los indicadores pertinentes, en conjunto con la asistencia oportuna de los servicios de asistencia y terapia biomédicos.

- Es el comportamiento el que potencia toda acción terapéutica en la medida en que la cooperación del tratamiento, la adherencia en las acciones terapéuticas recomendadas y la participación activa en los procesos de rehabilitación son esenciales para el éxito de las intervenciones biomédicas.

En lo que concierne al proceso sobre el mantenimiento, recuperación o pérdida de la salud biológica resaltan tres aspectos fundamentales, los cuales son:

- Los factores vinculados al surgimiento y adherencia a una práctica terapéutica efectiva.
- Las conductas requeridas en la rehabilitación de enfermedades crónico-degenerativas o aquellas con impedimentos físicos.
- El surgimiento de comportamientos que se encuentran en relación con la patología biológica.

De lo anterior resalta la adherencia al tratamiento debido a que es este aspecto el que logra el éxito práctico del proceso terapéutico y que cobra especial importancia en el tratamiento de patologías de tipo crónicas y agudas, ya que de manera aislada el diagnóstico oportuno y la prescripción de los agentes terapéuticos adecuados resultan insuficientes si estos se involucran en la vida cotidiana de un individuo.

4.2. Vulnerabilidad biológica, conductas instrumentales e historia interactiva

Para entender correctamente el sistema de procesos y resultados presentado en la figura 1 hace falta explicar algunos conceptos que afectan

potencialmente la salud de un individuo, como lo es la vulnerabilidad biológica. Según Ribes “Por vulnerabilidad biológica se entiende la interacción de una serie de condiciones orgánicas que aumentan el riesgo de que, dados los factores desencadenantes o de contagio directo, el individuo desarrolle una enfermedad crónica o aguda” (1990, p. 28). Esta vulnerabilidad se ve afectada por carencias o prácticas inadecuadas que tienen su efecto biológico en el organismo como son la desnutrición, el contagio de enfermedades, las prácticas de higiene inadecuadas, además de situaciones de naturaleza congénita y/o genética; también de relevancia son aquellas situaciones que son consideradas responsabilidad del individuo, debido a que cuando una persona interactúa en un campo de contingencias específico este provoca cambios orgánicos en sus sistemas biológicos específicos los cuales influyen para incrementar o reducir procesos patológicos en el individuo.

La importancia de lo anterior radica en que la condición patológica es consecuencia de la convergencia de un bajo estado en la vulnerabilidad biológica y la ejecución de conductas instrumentales productoras de contactos o efectos con alto riesgo de producir una patología biológica; la vulnerabilidad biológica de un individuo está determinada incuestionablemente por la forma en que regula contingencialmente las reacciones biológicas que son producidas en su medio y teniendo en cuenta las competencias desarrolladas en la historia interactiva, que también son conocidas como conductas instrumentales, a lo que Ribes dice:

...las conductas instrumentales se definen siempre como las acciones efectivas para prevenir o aumentar los riesgos de contacto con los agentes fisicoquímicos y biológicos productores de patología biológica. Las conductas instrumentales, por consiguiente, reflejan los aspectos vinculados al entrenamiento en prácticas de salud de los individuos, así como aspectos culturales que facilitan o interfieren con dichas prácticas. (1990, p. 29)

A las conductas instrumentales se les puede clasificar en directas o indirectas conforme su emisión produce una patología, y a pesar de no ser

morfológicamente distintas solo se pueden diferenciar estableciendo criterios funcionales como lo son la oportunidad, duración, entre otros; entendiendo que no es absolutamente claro que su origen tiene una perspectiva psicológica debido a que existen factores de orden estrictamente biológico que propician cambios en el organismo, pero que su desencadenamiento y modulación funcional si se encuentra afectada por variables del proceso psicológico. Las conductas instrumentales directas son aquellas en donde tanto un agente patógeno como infeccioso se pone en contacto con el individuo y le afecta de forma específica causándole lesiones o enfermedades en órganos y tejidos debido a elementos que de forma evidente generan una alteración biológica, estas son las conductas documentadas en la bibliografía médica como aquellas que producen contagios venéreos, enfermedades parasitarias e incluso aquellas que incluyen la exposición a radiaciones o agentes químicos generadores de diversas patologías.

Las conductas instrumentales indirectas son aquellas que sin producir un contacto claro con agentes dañinos, aumentan la vulnerabilidad del organismo ante la acción de dichos agentes, siendo estas conductas las de mayor relevancia en este trabajo debido a que es el comportamiento alimentario el que sin poner a un individuo de forma clara con los agentes patógenos, son los diferentes estilos de interacción alimentaria los que pueden provocar que un organismo humano adquiera una patología, teniendo como principal riesgo que este comportamiento no tiene efectos inmediatos y específicos sobre la salud del individuo provocando que estas se mantengan y que resulten complicadas de entrenar y regular.

Como el comportamiento de un organismo no obedece a factores causales únicos y lineales, las conductas instrumentales representan lo que dicho organismo sabe hacer en distintos aspectos de la dimensión psicológica de la salud, y para que una conducta instrumental se efectúe depende de las competencias efectivas de las situaciones que se encuentran disponibles dadas las circunstancias biológicas del propio individuo, así como sus contingencias situacionales y la forma en que interactivamente el organismo modula sus

contingencias, entendiéndose como la capacidad conductual de un individuo. Relacionando los conceptos, Ribes menciona que la capacidad instrumental de un individuo puede separarse y entenderse de la siguiente manera:

1. *Como la disponibilidad de conductas requeridas en tanto morfologías efectivas de comportamiento.*
2. *Como la disponibilidad de información acerca de porque se tiene que realizar o no ciertas conductas, es decir, información sobre los motivos.*
3. *Como la disponibilidad de información respecto a las ocasiones en que y oportunidad con que deben realizarse determinados comportamientos*
4. *Como la disponibilidad de formas de interacción alternativas distintas de las conductas que tienen ciertos efectos instrumentales. (1990, p. 59)*

Los puntos 2 y 3 resaltan el concepto de información, el cual es clave para la regulación del proceso de salud de un individuo, entendiéndose que esta no significa un proceso aislado que genera el cambio, sino un elemento que para que resulte efectivo debe estar vinculado a una práctica que reconozca las condiciones para ejercer las conductas implicadas y el efecto de lo contacto con el comportamiento, ya que de otra forma no tendrá ningún impacto para influenciar el comportamiento futuro; así se concibe como disponibilidad de información a la historia de que ha tenido un individuo en la práctica efectiva de conductas, que pesar de ser útil no resulta ser suficiente para regular y/o producir cambios efectivos en el comportamiento de los individuos a menos que los estos posean competencias para actuar en los niveles extra y transituacionales, o mejor dicho para actuar fuera y entre las situaciones, ya que sin estas competencias la información solo puede servir como un elemento de apoyo que no se encuentra aplicado a la práctica efectiva.

Una vez explicados los conceptos anteriores, el modelo psicológico propuesto por Ribes considera cuatro combinaciones resultantes principales que

se derivan de los elementos psicológicos y que configuran las condiciones patológicas en un individuo, siendo estas:

- Conductas instrumentales consideradas de alto riesgo en donde existiendo una alta vulnerabilidad biológica, inevitablemente se desarrolla una condición biológica.
- Conductas instrumentales también de alto riesgo combinándose con una baja vulnerabilidad biológica, y cuya combinación resultara en la probabilidad considerable de aparición de condiciones patológicas, con base en la naturaleza de estas últimas.
- Conductas instrumentales consideradas de bajo riesgo y una alta vulnerabilidad biológica que al igual que la combinación anterior resultara en una probabilidad considerable de condiciones patológicas.
- Conductas instrumentales de bajo riesgo efectuadas con una baja vulnerabilidad biológica, las cuales resultaran en una baja probabilidad de desarrollar condiciones patológicas.

Para el caso de las conductas instrumentales, Ribes nos dice que "...al hablar de conductas instrumentales se habla de capacidad, entendida esta como el saber hacer en distintos ámbitos y dimensiones de la práctica de un individuo en sociedad" (1990, p. 58), y que la ocurrencia de estas conductas instrumentales obedece a situaciones en donde las competencias efectivas disponibles, las circunstancias biológicas del individuo y la manera en que este regula su comportamiento interactivamente con las contingencias de su medio propician eficazmente su aparición.

De esta manera, las conductas instrumentales constituyen diversos factores que implican diversos niveles o escalas de riesgo para la salud propiciando así el aumentar el riesgo biológico sobre la salud o de disminuir los riesgos si se actúa

preventivamente, por ello, a las conductas instrumentales se les puede separar en conductas de tipo preventivas y conductas que afectan biológicamente al organismo. Cuando se habla de conductas preventivas se refiera a aquellas conductas que reducen el riesgo de desarrollar una enfermedad o disminuir la interacción en condiciones que se pueda realizar algún contacto potencial con agentes patógenos, incluyendo la producción de daño biológico o disfunciones de tipo orgánico, además de la inducción gradual de alteraciones patológicas; las conductas consideradas de riesgo son aquellas formas del comportamiento que aumentan la probabilidad de adquirir una enfermedad o patología, al respecto de estas conductas Ribes nos dice que "...las conductas instrumentales de riesgo son la manifestación práctica y específica del nivel de competencia de un individuo, dada su capacidad y las circunstancias culturales que regulan las características, convenciones y contingencias pertinentes a dichas prácticas" (1990, p.58).

Un criterio que existe para distinguir a las conductas instrumentales es en base a la proximidad temporal de sus consecuencias, las cuales pueden ser de efecto inmediato o demorado. Aquellas conductas con efectos inmediatos son factibles de ser modificadas debido a la correlación que existe entre la emisión de la conducta y sus efectos, su modificación se efectúa mediante instrucción el individuo puede generar competencias que le permita el evitar realizarlas, hecho que se dificulta si existe alguna demora en la emisión de la misma y sus efectos, complicándose aún más si además de los efectos nocivos sobre la salud, la emisión de la conducta se combina con efectos considerados agradables por parte del individuo los cuales contribuyen a eliminar estados biológicos desagradables durante un cierto periodo de tiempo, y para eliminar este tipo de conductas se debe instruir a los individuos para que posean competencias de carácter extra situacional vinculadas a la posibilidad de responder a una situación como si fuera otra y entender que prevenir implica más que no emitir la conducta de riesgo.

Un elemento de suma importancia a tener en consideración es que en

ocasiones, las conductas de riesgo constituyen la consecuencia directa de carecer de conductas preventivas, incluyendo el hecho de que la conducta de riesgo se produce aun cuando se encuentra disponible la conducta preventiva. Si se desea analizar óptimamente las conductas instrumentales se debe tener en cuenta no solo su disponibilidad morfológica, sino también tener en cuenta los efectos relativos de las conductas de riesgo y los factores situacionales que auspician su ocurrencia y su oportunidad de ejercerse. Según Ribes, para realizar el análisis de la capacidad instrumental de un individuo se debe tomar en cuenta lo que se denomina *saber hacer*, o mejor dicho como las competencias disponibles configuran a las conductas instrumentales, las cuales pueden ser de las siguientes maneras:

1. Saber que debe de hacerse, en qué condiciones hacerlo y como diferenciarlo de otros comportamientos, además implica que el individuo posea la habilidad para reconocer la existencia y circunstancias de una patología, así como de sus efectos.
2. Saber cómo hacer la prevención o el tratamiento de cierta patología, lo que incluye haberlo hecho antes; esto se relaciona con el conocimiento de si el individuo ha incurrido en prácticas de contagio o en el establecimiento de precauciones eficaces para la prevención.
3. Saber que tiene que hacerse y reconocer si se tiende o no a hacerlo, lo cual implica conocer las razones por las cuales evitar o propiciar la conducta, y determinar de manera clara si el comportamiento aprendido debido a ambientes específicos facilita las condiciones para que se emita la conducta.
4. Saber cómo reconocer la oportunidad de hacerlo o no hacerlo, lo que determina reconocer como las oportunidades propician el contagio, así como la posibilidad de que el individuo tome acciones preventivas; al igual que los 5 niveles funcionales de la conducta, estos conocimientos actúan de manera inclusiva-progresiva respecto a etapas anteriores.

5. Saber escoger otras conductas cuando la situación presente no posibilita la misma interacción que anteriormente se aprendió, o saber hacer lo mismo de otra manera. Finalmente se requiere de que el individuo disponga de alternativas de comportamiento para aquellas situaciones en donde sus competencias anteriores no han resultado eficaces o que las condiciones del medio no han favorecido la realización de la conducta.

Y finalmente, entre los elementos que intervienen en el proceso de salud de un individuo se encuentra la historia interactiva de un individuo, la cual es el registro de las interacciones de como se ha portado un individuo en el pasado respecto de situaciones y de las relaciones que existen entre dichas situaciones, y al respecto Ribes nos dice que “La historia constituye la disposición de un individuo para interactuar con una situación presente, en un momento dado, con base en sus formas y modos de interacción previos inmediatos, funcionalmente pertinentes a dicha situación” (1990, p. 23).

Además, la historia interactiva del individuo describe fundamentalmente cual ha sido el comportamiento de un individuo en el pasado respecto a situaciones y relaciones específicas, constituyendo la disposición que posee dicho individuo para interactuar con una situación presente utilizando sus competencias y modos de interacción funcionalmente pertinentes para la situación, y aunque dicha historia posee gran relevancia en el comportamiento no es un factor determinante para que suceda una conducta de una forma específica, ya que es considerada solo como un factor que facilita o interfiere para la emisión de ciertas conductas y no como un elemento que determine la conducta, sino más bien es considerada como un factor que contribuye a que una interacción sea más o menos probable. En la historia interactiva pueden diferenciarse dos aspectos, los cuales son los estilos interactivos, los cuales constituyen la manera consistente en que un individuo se enfrenta a una situación al interactuar por primera vez; el segundo aspecto de la historia interactiva es la disponibilidad de competencias

funcionales presentes, y expresa que como una competencia implica siempre el comportamiento del individuo en relación a su capacidad conductual.

Además, aunque a la historia interactiva se le reconoce que marca una disposición hacia una conducta, no resulta un factor determinante directo para la emisión de dicha conducta, sino más bien, constituye un factor que facilita o interfiere con la emisión de otros comportamientos, y no constituye el factor decisivo para que dichas conductas sean pertinentemente funcionales en una situación determinada, ni determina que una conducta sea o no funcional en una situación; de esta manera la historia psicológica contribuye a las interacciones solo haciendo que estas sean más o menos probables con base en los antecedentes interactivos que ha tenido el individuo; la historia interactiva es dividida en dos dimensiones separadas, habiéndose abordado anteriormente uno de estos elementos, el cual es la disponibilidad de competencias funcionales y el otro son los estilos interactivos, los cuales son términos del continuo salud-enfermedad y que tratan sobre la organización funcional de los sistemas orgánicos de una persona.

4.3 Estilos de interacción relacionados con la frecuencia y magnitud del alimento ingerido.

Antes de mencionar los estilos de interacción alimentaria de ciertos grupos de la población mexicana es importante mencionar dos grandes limitaciones importantes que se han encontrado en las investigaciones que han buscado medir la ingesta nutricional de sus participantes:

Primera.- Es que la medida nutricional que se obtuvo solo proporcionó valores aparentes, de manera que no se incorporan características antropométricas de los participantes en la mayoría de los casos; así como tampoco se hizo una evaluación de las necesidades energéticas de los individuos, lo cual es un dato importante debido a que cada organismo tiene necesidades

particulares de alimentación debido a sus actividades.

Segunda.- Es que respecto a la ingesta de nutrientes específicos como son las calorías y las proteínas, estos pueden variar significativamente a pesar de ser el mismo alimento dependiendo de la preparación, almacenamiento, procesamiento y diferencias geográficas de la calidad de los suelos donde se cultiva o produce cierto alimento, y debido a estas diferencias no se recibirá la misma cantidad de nutrientes en los diferentes grupos y regiones del país, aunque sea el mismo alimento.

Tras haber aclarado estas limitaciones, se procederá a explicar algunos conceptos importantes para comprender de mejor manera como es que los Estilos de Interacción Alimentaria (EIA) regulan la homeostasis de la salud biológica de quienes los practican empezando por hacer una revisión breve de conceptos elementales en nutrición.

La energía que necesita todo ser vivo para existir es obtenida principalmente de los nutrientes, y el área de conocimiento que se encarga de este proceso es la nutrición, la cual "...es el conjunto de procesos que comprende la digestión de los alimentos, la absorción de sus componentes, su utilización por los tejidos y la eliminación de los desperdicios por parte de éstos" (Martínez J., I., Villezca B., P. 2003). Para especificar que son los nutrientes, se empezará por mencionar cuales son los nutrientes esenciales, llamándose así debido a que el organismo no es capaz de producirlos, y estos son las proteínas, algunos ácidos grasos, las vitaminas, sales y minerales y el agua, y de entre todos los nutrientes el más básico es la kilocaloría, o mejor expresada como Kcal, que es la unidad de calor en el metabolismo y se utiliza cuando se refiere al contenido de energía de los alimentos, entendiéndose que la kilocaloría es la cantidad de calor requerida para elevar 1 kg de agua en 1 grado. Los requerimientos de energía o calorías de los seres humanos varían dependiendo de ciertos factores como son la estatura,

la composición corporal, edad, ritmo de crecimiento, sexo, condiciones fisiológicas o de salud y tipo de actividad física, y promedio de dichas necesidades diarias de acuerdo a edad, género y tipo de actividad se encuentra en las tablas 1, 2, 3 y 4 hasta la edad de los 30, siendo que a partir de esta edad la ingesta que se considera adecuada para varones es de 2 800 calorías al día con un tipo de actividad moderada, y para la mujer bajo las mismas características de actividad es de 2 100 calorías.

Además de las calorías se encuentran las proteínas, las cuales son macromoléculas que constituyen el principal nutriente para la formación de los músculos del cuerpo, y después del agua, las proteínas representan la mayor proporción de los tejidos corporales; estos nutrientes no pueden ser sustituidos por ninguno de los demás debido a que contienen nitrógeno y se encuentran presentes tanto en los alimentos de origen animal o como vegetal, con la diferencia de que las de origen vegetal contienen todos los aminoácidos esenciales en la cantidad que el cuerpo humano requiere. Las proteínas de los alimentos proporcionan al organismo los aminoácidos esenciales que son indispensables para formar y reparar órganos y tejidos, formar hormonas, enzimas, jugos digestivos, anticuerpos y otros constituyentes orgánicos. Después de las calorías siguen en relevancia para el cuerpo humano los hidratos de carbono o carbohidratos, los cuales, aportan azúcar, almidones y fibra dietética, pero principalmente energía y en una equivalencia con las calorías, 1 gramo de hidratos de carbono aporta 4 kcal, siendo la función principal de estas mantener la temperatura corporal, y cuando los hidratos de carbono simples se digieren y absorben se convierten en glucosa que puede utilizarse inmediatamente para obtener energía o grasa.

La grasa es considerada otra sustancia esencial para la vida, no solo porque un gramo de lípido es equivalente a 9 kcal, sino porque además proporciona ácidos grasos esenciales que el organismo no puede sintetizar por sí

mismo, y la carencias de estos ácido grasos produce síntomas como detención del crecimiento y problemas en la reproducción, entre otros, las grasas o lípidos rodean los órganos del cuerpo protegiéndolos de golpes y traumas, incluyendo el hecho de que sirven de transporte para las vitaminas liposolubles. En general, los lípidos se pueden dividir en grasas saturadas y no saturadas, siendo recomendable consumir una pequeña cantidad de grasas y preferir las de origen vegetal ya que estas resultan en un mayor beneficio para el cuerpo.

Y finalmente se encuentran las vitaminas y minerales, que aunque se necesitan en menores cantidades que los nutrientes anteriores, son esenciales para una buena nutrición, debido a que contribuyen a que el cuerpo funcione correctamente y se mantenga sano; las vitaminas contribuyen para los procesos básicos de la vida, como la conversión del alimento en energía, la reparación de los tejidos y la defensa contra las enfermedades, entre otros; y los minerales participan en los diferentes procesos del cuerpo que permiten un mejor funcionamiento del organismo.

Se mencionó que el tipo de actividad física interviene en el proceso de la salud, y estos niveles de actividades pueden dividirse en ligera, moderada e intensa: la actividad ligera habla de personas que pasan la mayor parte del tiempo sentadas o de pie, como algunas amas de casa, cajeros, empleados de instituciones a nivel administrativo y la mayoría de los profesionistas o aquellas personas que tocan algún instrumento; la actividad moderada resulta propia de personas que pasan la mayor parte del tiempo de pie y moviéndose, como los trabajadores en construcciones, personas que hacen ejercicio, encargados de almacenes, entre otros, y finalmente la actividad intensa, que consiste en mantenerse la mayor parte del tiempo de pie y en movimiento, realizando trabajos que requieren gran esfuerzo físico. Adicionalmente, existen individuos que desempeñan un nivel de actividad excepcional, lo cuales son los atletas de alto rendimiento, siendo la alimentación de estas personas controlada debido al

constante requerimiento de energía que sus actividades les piden.

La relevancia de mantener un control sobre la alimentación se debe a que es un hecho reconocido que cuando existe deficiencia de suministro energético y de nutrientes en niños y adolescentes, el crecimiento de estos es más lento de lo que medicamente se considera apropiado, además de que hay pérdida de peso y, eventualmente, cesa el crecimiento lineal y disminuyen las potencias de la memoria y la inteligencia, y por el contrario, un consumo excesivo de nutrientes puede producir condiciones que están relacionadas con la aparición de patologías como lo son la obesidad, diabetes, osteoporosis, hipertensión arterial, entre otros.

Para nuestro país existe la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, que especifica cómo deben ser los servicios básicos de salud, su promoción y la educación para la salud en materia alimentaria; esta norma indica como debe ser la alimentación para la población mexicana y usando el plato del bien comer (Figura 2) realizado por la Secretaría de Salud como un instrumento de ayuda gráfica y no como sustitución de un programa de orientación alimentaria. En el Plato del bien comer no se incluyeron las grasas y los azúcares debido a que estos productos fueron considerados ingredientes y no alimentos primarios, y el incluirlos en el esquema como un grupo aparte indicaría la recomendación de su consumo obligado, lo cual no resulta necesariamente cierto; en él, se identifican tres grupos de alimentos, los tres igualmente importantes y necesarios para lograr una buena alimentación:

1. Verduras y Frutas

Los organismos de salud recomiendan consumir mínimo 400 g de frutas y verduras, lo cual equivale aproximadamente a 5 porciones; las frutas y verduras aportan energía, fibra, minerales, vitamina A, vitamina C, algunas vitaminas del complejo B y otros nutrimentos. Un bajo consumo de frutas y verduras se puede relacionar con un mayor riesgo de desarrollar

enfermedades como cáncer, diabetes y obesidad.

2. Cereales y tubérculos

Estos son los alimentos que debemos ingerir en buena cantidad dentro de nuestra dieta diaria y deben ocupar un tercio del plato. A este grupo pertenecen el arroz, la avena, la cebada, el pan, los fideos, las papas, el camote y todas las harinas.

3. Leguminosas y alimentos de origen animal

Como lo son la leche y sus derivados que son fuente de calcio, proteínas y agua, además la carne, el pescado y el huevo son fuentes de proteínas de alta calidad, minerales como hierro y zinc son fuente importante de proteínas de alta calidad, minerales como hierro, zinc y vitaminas, principalmente del complejo B; las leguminosas son fuente importante de proteínas, carbohidratos, fibra y vitaminas.

Existen alimentos que son de consumo frecuente y no se encuentran establecidos en el plato del bien comer debido a que su consumo no resulta indispensable para el correcto metabolismo del cuerpo y su consumo se considera inadecuado en cualquier magnitud, pero son consumidos por gran cantidad de individuos. Entre las recomendaciones más básicas de este esquema se encuentran: incluir, al menos un alimento de cada grupo en cada una de las comidas del día, comer la mayor variedad posible de alimentos, e ingerir muchas verduras y frutas, en lo posible crudas y con cáscara por su mayor contenido de vitaminas y fibra, dando preferencia a las de temporada que son más baratas y de mejor calidad (Diario Oficial de la Federación de México 22 de enero de 2013).

Tras haber explicado brevemente algunos conceptos elementales sobre nutrición y su marco de referencia en nuestro país se procederá a mencionar como configuran su alimentación los diferentes grupos poblacionales de nuestro país, haciendo esta distinción debido a que no existen documentos que indiquen la ingesta alimentaria de cada individuo de nuestro país, y el trabajo que reúne la

mayor cantidad de información sobre la ingesta alimentaria de nuestra nación, que es la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares (ENIGH) lo hace contabilizando lo que una familia gasta en alimentación, lo que genera dudas sobre si todos los integrantes consumen todo lo que compran y si no se consumen alimentos de otras fuentes, además de que este trabajo busca explicar cómo es la forma de interaccionar con la comida de un individuo, por lo que se seleccionaron grupos de individuos que comparten características específicas y de las que se puede promediar su consumo en lo individual.

Sirve aclarar que no se puede especificar la magnitud de su ingesta alimentaria debido a que la información encontrada solo es el promedio de los nutrientes que generalmente son ingeridos en el hogar de los participantes y el número aproximado de individuos que los consumen, así como no se encuentran en la mayoría de los estudios tablas que identifiquen la porción exacta consumida de algún alimento; ya que como se explicó antes, diferentes alimentos tienen múltiples presentaciones y por lo tanto, puede variar la ingesta de nutrientes recibida a pesar de consumir el mismo alimento, situación que dificulta determinar la magnitud y frecuencia de lo que consumen los individuos.

Es importante mencionar que estas distinciones se formaron con base en los estudios encontrados sobre patrones alimentarios, evitando formar categorías demasiado específicas que reflejaran categorías demasiado pequeñas de la población; estos conjuntos por obvias razones no son indicador objetivo de todas las diferentes posibilidades de estas agrupaciones, solo son muestras representativas de EIA que poseen individuos que comparten algún elemento en común, como son la ubicación geográfica, la actividad física, la edad, el género, el peso, entre otros.

Se empezara con la población rural, empleando un estudio que involucró cuatro comunidades rurales de diferentes regiones, climas y áreas culturales:

Quebrantadero, Morelos; Guía del Porvenir, Tamaulipas; Derramadero, San Luis Potosí, y Bateas Alcalde, en Michoacán (Aguirre, A. J., Escobar, P. M, y Chávez, V. A., 1998). Este tipo de población desarrolla actividades ligeras y moderadas, y su alimentación consiste mayoritariamente en el consumo de maíz y frijol, que es complementado con diversas verduras, frutas y alimentos de origen vegetal; y al respecto de los 3 grupos de nutrientes esenciales mencionados en el Plato del bien comer, se puede decir que:

- Granos y cereales

La población rural consume constantemente amplias cantidades de maíz en trigo en forma de tortillas y sus combinaciones, junto con arroz y frijoles, además de sopas y galletas preparadas de forma no industrializada, aunque la prevalencia de cereales empacados, papas, sopas y chicharrones industrializados crece constantemente; en algunas comunidades cuya región geográfica lo permite se siembre y consume sorgo y ajonjolí.

- Frutas y verduras

En los estudios realizados se encontró que después de los granos y cereales, lo que más se consumían son verduras como el jitomate, la cebolla, el chile, las calabacitas, ejotes, zanahorias, chayotes, pepinos, aguacate, papas, lechuga, col y nopales; y sobre las frutas se registró que las frutas de temporada como los mangos, tunas, plátanos, naranjas, guayaba, papaya, melón, sandía y ciruelas son las que tienen un mayor consumo.

- Leguminosas y alimentos de origen animal

Para los individuos que viven en el campo los alimentos de origen animal que más consumen son leche, huevos, queso fresco, carne de pollo y res (dependiendo de la comunidad también se consume pescado). Este mismo estudio demostró que las familias rurales consumen, aunque en menor medida, carnes frías, pollo rostizado, atún enlatado y leche en polvo.

Los alimentos que según el plato del buen comer resultan innecesarios para el correcto funcionamiento del cuerpo y que son consumidos por los individuos que viven en el campo son: café soluble, refrescos embotellados, polvos para preparar bebidas azucaradas y bebidas alcohólicas.

El siguiente conjunto de individuos de los que se hablara son los adolescentes, quienes en su mayoría realizan actividades ligeras y son considerados un grupo en riesgo de presentar mala nutrición, tanto por exceso como por deficiencia; se obtuvo la información de estudios en donde participaron adolescentes de 12 a 16 años de 2 estados de la república mexicana como son Sonora y Guadalajara (Macedo O. G., Bernal O. M. F., López U. F., y Castañeda S. O., Rocha D., J. C., Ramos A. M. G., respectivamente).

La población estudiada de adolescentes de la Zona Urbana de Guadalajara fue de 632 alumnos de 12 a 15 años, a los que se les pidió contestar un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos (FCA) usando como parámetro alimentario el patrón semanal de consumo (tabla 5) ,y la información obtenida fue que los adolescentes ingieren:

- Frutas y verduras

De la población estudiada, dos terceras partes de los individuos (76,9%) no consumen frutas y verduras diariamente, siendo los hombres quienes tenían un consumo ligeramente menor de dichos alimentos.

- Granos y cereales

Al analizar el hábito de consumo de cereales se observa que en la mayoría de los adolescentes (50,8%) estudiados el hábito de consumo de cereales es adecuado. Sin embargo, al analizar los datos obtenidos por sexo se observa que la mitad de las mujeres (47,4%) y poco más de la mitad de los hombres (51,4%) no consumen diariamente alimentos de este grupo.

- Leguminosas y alimentos de origen animal

Las leguminosas son consumidas por más de la mitad de los adolescentes (59,1%) menos de 3 veces por semana; respecto de los lácteos casi la mayoría de los adolescentes (84%) reportaron consumirlos tres veces o más, lo que representa un consumo adecuado de este producto; para el huevo de nuevo fue la mayoría (87,5%) que reporto consumirlo con la frecuencia recomendada, que es una o más veces por semana. La carne, la cual debe ser consumida tres veces o más por semana fue ingerida con esta periodicidad por más de la mitad de la población estudiada (62,9%), y la carne de pescados y mariscos, aunque fue consumida en menor cantidad que la de los animales terrestres y aéreos nuevamente la ingirieron más de la mitad de dicha población (58,3%).

Los alimentos que no se encuentra recomendados son los embutidos, hamburguesas, pizzas y papas fritas, los cuales según el estudio consultado son consumidos por la mitad de los adolescentes estudiados (51.1%); siendo la misma cantidad para los dulces y chocolates, y cuyo consumo fue de nuevo aproximadamente la mitad de la población estudiada (53,5%); y finalmente se encuentran el café y las bebidas alcohólicas, que se encuentran consumidas por alrededor de la mitad de dicha población (53,4%).

El otro grupo de adolescentes de los que se consultaron sus hábitos alimenticios fueron 69 adolescentes de 12 a 16 años, los cuales eran estudiantes de una escuela secundaria en ciudad Obregón, Sonora, a los que se les aplicó una encuesta tipo Likert de la Food and Nutrition Board, National Academy of Sciences del National Research Council que fue validada por un grupo de expertos nutriólogos y médicos del IMSS. La Food and Nutrition Board, National Academy of Sciences del National Research especifica que a diferencia del plato del bien comer, hay 8 grupos de alimentos básicos, pero con el propósito de darle continuidad al esquema planteado, se explicaran de la misma forma que como se ha venido haciendo.

- Frutas y verduras

El consumo de frutas recomendado de este grupo fue del 95%, y el de verduras 79 %, eliminando el 39% las hortalizas de su dieta.

- Granos y cereales

Según el estudio consultado la ingesta recomendada de cereales ocurrió en el 94.2% de la población adolescente.

- Leguminosas y alimentos de origen animal

Comenzando con el consumo de lácteos, 8 de cada 10 adolescentes los consumen, la ingesta de carnes que debe ser tres veces por semana con una prevalencia de 98.5% respecto a la ingesta recomendada; las leguminosas fueron consumidas por 9 de cada 10 adolescentes, entre 1 a 7 veces por semana, y consumiéndose principalmente en el hogar.

Sobre los alimentos no convencionales y la comida chatarra, en dicha población la prevalencia del consumo de dichos alimentos fue del 31% a diario y de 1 a 3 veces por semana en 9 de cada 10 adolescentes.

Tras explicar los EIA de 2 muestras de adolescentes de diferentes estados de la república, se procederá a hablar de estudiantes universitarios de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco con una muestra de 274 alumnos de edades de entre 17 y 34 años siendo en su mayoría del sexo femenino, a los que se les aplicó un cuestionario sobre hábitos alimentarios y características socioeconómicas; las actividades de estos estudiantes en su mayoría eran actividades sedentarias y ligeras para su quehacer diario. Los grupos alimenticios del plato del buen comer para esta población son:

- Frutas y verduras

Estos alimentos fueron consumidos en la proporción adecuada solo por el 7,3 % de la población estudiada.

- Granos y cereales

Se encontró que más del 26% de la muestra de dichos estudiantes consume la porción adecuada de este grupo alimenticio.

- Leguminosas y alimentos de origen animal

Más de la cuarta parte acostumbraban a ingerir adecuadamente carnes y sus derivados, y solo 6,8 % para el consumo necesario de leche y sus derivados, así como el huevo.

De los alimentos no recomendados, menos de la cuarta parte mencionó consumir dichos productos, entre los que encontraban los refrescos, dulces, Sabritas y chicles, siendo una proporción similar para las comidas rápidas como son las hamburguesas, hot-dogs, y algunas otras.

Por lo anteriormente mencionado, resulta complicado determinar un patrón exacto de consumo debido a que en ninguno de los estudios revisados se explicó cuál era la porción exacta ingerida por aquellos que no tenían el consumo recomendado de los grupos alimenticios y sus actividades diarias, pero la información expuesta aquí sirve como precedente para identificar poblaciones en riesgo de una incorrecta nutrición y así intervenir adecuadamente para lograr un consumo medicamente adecuado de los nutrientes ingeridos.

Conclusiones

Es incuestionable que la psicología ha venido enfrentando serios problemas en cuanto a su definición profesional y científica, los cuales se generaron por haber tenido su origen como una rama de la filosofía que posteriormente fue absorbida por una rama de la medicina, la fisiología, convirtiéndose en un hecho que en su momento limitó el campo de acción de la psicología, pero al haber logrado establecer un objeto de estudio propio que fuese independiente de otras ramas de la ciencia la psicología finalmente consiguió dar el paso más importante para su independencia como profesión; su labor restante consistía en encargarse de los problemas que estaban siendo abordados inadecuadamente por en otras áreas por modelos ajenos a al campo de estudio de la psicología, como lo fueron el psicoanálisis y la psiquiatría. Al respecto, uno de los más grandes problemas de la psicología tradicional es que sigue obedeciendo a factores que se encuentran supra ordenados a su objeto de estudio lo que provoca que se sobrepongan concepciones ideológicas de periodos diferentes del momento histórico particular, haciendo con esto que convivan de algún modo, costumbres y conceptos que se contradicen y que son mutuamente excluyentes y generan ambigüedades y confusiones teóricas que producen la falsa apariencia de la psicología dispone de múltiples puntos de vista que son opcionales para afrontar los problemas experimentales y teóricos de los que se encarga.

Dado que la psicología contemporánea se fundó, al igual que algunas otras ciencias, bajo la concepción cartesiana del mundo que buscaba establecer la primacía del Espíritu y la Razón usando el paradigma de la elaboración racional de la experiencia sensible, su proceso progresivo evolutivo se vio interrumpido debido a que la concepción científica de ese entonces estableció un límite entre el conocimiento de lo extensivo y lo no extensivo, siendo lo extensivo aquello que era abarcado en el estudio de física y más particularmente en la mecánica como la conducta de los animales y los aspectos animales de los seres humanos, y en lo no extensivo se consideraba las cuestiones relacionadas con lo espiritual; esta

dicotomía establecida por Descartes obligó a estudiar con determinación mecanicista a los cuerpos materiales en su interacción con una sustancia no material, principio del que la psicología experimental no escapó en su intento de desarrollar una psicología sistemática.

La primera propuesta sería en psicología que logró delimitar un objeto propio de conocimiento coherente con los criterios y las divisiones analíticas del resto de las ciencias establecidas fue la formulación conductista, particularmente el conductismo radical como lo definió Skinner, que a pesar de haber logrado más por la psicología objetiva que las demás propuestas que se habían generado hasta ese momento no logró trascender de manera efectiva en la historia de la psicología. Aunque el paradigma conductual resultó útil en su tiempo, representaba también una dualidad tácita de fundamentos conceptuales que se expresaron en forma de contradicciones en el análisis teórico y experimental del comportamiento que además, limitó la posibilidad de entrar en contacto con una diversidad de problemas y fenómenos que son incuestionablemente pertinentes a una ciencia del comportamiento.

Tras el fracaso conductista, fue J. R. Kantor quien logró desarrollar un marco teórico de campo coherente alejando del dualismo cartesiano empleando términos como interconducta, medio de contacto, eventos implícitos y campo psicológico, siendo el concepto de interconducta decisivo para la formulación de este marco teórico, debido a que definió una forma precisa de entender el objeto de estudio de la psicología que, quien además constituyó el marco de referencia que serviría para elaborar una taxonomía del comportamiento que rompiera con la dicotomía respondiente–operante que superara las limitaciones semánticas en la teoría del condicionamiento (Ribes y López, 1985) y liberó la investigación psicológica de la imposición de propiedades no derivadas de la observación y la experimentación; así, psicología interconductual propone abiertamente comenzar de lleno a partir de la psicología post griega, separando las aproximaciones cuantitativa y experimental de lo que los organismos hacen entrar en contacto con los objetos de

las construcciones interpretativas objetables impuestas sobre la descripción de los eventos.

Entre las diversas áreas de en las que tiene incidencia la psicología es en la de la salud. El término salud que antes implicaba solo la ausencia de enfermedad ha evolucionado al grado de reunir factores personales, sociales, grupales y culturales, y puesto que el problema de la psicología tradicional es que es la única ciencia empírica que carece de un objeto de estudio consensuado debido a que no posee criterios comunes a nivel ontológico y epistemológico que tengan similitudes conceptuales, metodológicas o empíricas entre sus diferentes disciplinas, estas se vuelven incompatibles generando un eclecticismo pernicioso que dificulta crear una estructura teórica integradora que impide orientar la actividad profesional del psicólogo hacia el quehacer científico y generando uno de los problemas más grandes que tiene este proyecto de ciencia, que son el carácter fatalista que se debe al modelo dualista al explicar el comportamiento por una diversidad de atributos internos que condicionan o limitan el comportamiento y que sostienen que estos mismos atributos pueden ser medidos excluyendo la influencia de los factores biológicos, ambientales, contextuales y de índole individual.

Es un hecho claro que el comportamiento no es reducible a factores individuales o asilados, ya que cuando se evalúa lo psicológico lo que realmente se mide es el resultado de la interacción de todos los factores orientando sus concepciones hacia un determinismo casual que ha generado un reduccionismo explicativo que obstaculiza el desarrollo científico de la psicología; este supuesto eclecticismo y las explicaciones causales fatalistas han derivado en un reduccionismo maquinista causal que culpa a los enfermos de ser los únicos responsables de su propio padecimiento tras ignorar los factores sociales, ambientales y biológicos. En este sentido, los esfuerzos por vincular a la psicología al área de la salud no han sido fructíferos debido a que este intento se ha enmarcado en concepciones plurales que no siempre se encuentran correctamente delimitadas respecto a la dimensión

psicológica de la salud y que ha evitado que exista una definición consensuada de la psicología de la salud

Para la correcta delimitación de la psicología de la salud lo más importante debe ser la especificación del campo psicológico en cuanto a sus categorías analíticas relacionadas a nivel biológico y social con respecto a la salud y la enfermedad. Entendiéndolo de este modo, la psicología de la salud se debe constituir como un campo de actuación profesional en donde los psicólogos adquieran las habilidades necesarias para obtener los conocimientos y las competencias que les permitan manipular las variables psicológicas involucradas en la práctica de los comportamientos instrumentales de riesgo y prevención biológico con el objetivo de prevenir una enfermedad y promover la salud, siendo así que la psicología de la salud debe ser elaborada por un modelo teórico-metodológico que permita explicar la intervención e importancia del factor psicológico en la promoción de la salud, las etapas de la enfermedad y sus distintos niveles de prevención, así como en la colaboración interdisciplinaria que implique responsabilidad compartida respecto al estado de salud del paciente.

El modelo psicológico empleado en este documento surge de la teoría de la conducta (Ribes y López, 1985) y una de la personalidad (Ribes y Sánchez, 1990) y propone un modelo psicológico de la salud diferente a los que existen en la actualidad, ya que no se basa absolutamente en la información que es generada por las ciencias médicas, sino que solo la emplea para explicar los efectos de la dimensión psicológica en el continuo de salud-enfermedad, expresado a través del esquema de procesos y resultados; dicho modelo se aparta pero no ignora los factores socioculturales en los que se encuentra inmerso el individuo y que resultan tan importantes para otras explicaciones sobre procesos biológicos del ser humano, logrando con ello delinear un modelo psicológico de la salud a pesar de que el concepto de salud como conjunto de categorial, resulte ajeno a la psicología como disciplina.

Basado en este modelo, se presentó información sobre como son las distintas configuraciones o biografías reactivas de numerosos grupos de individuos respecto de la elección consistente que han tenido sobre su alimentación, considerando sus condiciones geográficas, socioeconómicas, información que sirve para comprender por qué cierto tipo de población tiene una mayor tendencia a desarrollar alguna patología, ya que como se mencionó anteriormente es el control sobre la alimentación lo que no solo interviene para la prevención y promoción de la salud, sino también para el mantenimiento, rehabilitación y pérdida de la salud. Con base en esto, el mayor propósito de la psicología de la salud en el ámbito de la alimentación debería ser la creación de programas de intervención eficaces, en elaboración conjunta con especialistas del ámbito médico, que permitan a los individuos adaptarse óptimamente a sus condiciones actuales de vida logrando así una homeóstasis respecto a su condición biológica.

Finalmente, si se busca consolidar eficazmente a la psicología como una ciencia con objetivos específicos y ajena a procesos extra espaciales no observables una de las primeras acciones que tienen que suceder es que, al igual que el psicólogo hace con los eventos de los que se encarga, se debe definir conductualmente las actividades del psicólogo, lo que implica especificar de forma objetiva todas las conductas que debe desarrollar como un profesional aplicado, y específicamente para el área de la salud humana, implica el observar, definir variables cuantitativamente, escribir reportes, analizar literatura previa, representar en formas diversas un mismo fenómeno o conjunto de observaciones y muchas otras más que le permitan al psicólogo de la salud afrontar exitosamente las dificultades generadas por las alteraciones biológicas debido al comportamiento; y específicamente en la psicología de la salud, para lograr formar profesionales prácticos se vuelve requisito indispensable establecer un currículo académico adecuado que especifique que no solamente que sus actividades sean directas y objetivas, además que estén basadas en una complejidad relativa respecto a dichas actividades y no simplemente conviertan los currículos de otras ciencias a programas eclécticos que resultan inconvenientes para el desarrollo de la

psicología, sino también para el adiestramiento del profesional aplicado que se enfrenta en un campo multidisciplinario.

A modo de conclusión final, se puede decir que durante la elaboración de este documento se observaron carencias en los estudios que se emplearon debido a que en su mayoría no tomaron en cuenta datos antropométricos sobre los participantes y su nivel de actividad, lo que resultó en una homogeneización de los datos que no permitió tener un registro claro y objetivo de tanto sus necesidades como sus carencias, además de que aunque se registraba lo que mencionaban que compraban y consumían en el hogar, no se tuvieron en cuenta ingestas pequeñas de otros alimentos no registrados consumidos en otros lugares, además de que cada estudio que se utilizó ya daba por sentado no solo que el lector conocía el patrón de consumo adecuado, y no solo eso, ya que en su mayoría los parámetros eran interpretativos o de comparación entre grupos, por lo que se decidió emplear un marco de referencia sencillo que tuviera aplicaciones prácticas en nuestro país, como lo es el plato del buen comer.

La propuesta concisa de este documento consiste entonces en intervenir eficazmente en los EIA de los adolescentes, ya que la información revisada sugiere no solamente que son un grupo considerado en riesgo de generar alguna patología debido a su alimentación, si no que resulta necesario crear programas enfocados a la promoción y fomento de adecuados y correctos hábitos alimenticios y de estilo de vida tanto en las instituciones de salud como en las educativas.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguinaga, M., Fernández L. J., Varo, J. R. (2000). Trastornos de la conducta alimentaria Revisión y actualización. *ANALES*. 23 (2), 279-292.
- Aguirre, A. J., Escobar, P. M, y Chávez, V. A., (1998). Evaluación de los patrones alimentarios y la nutrición en cuatro comunidades rurales. *Salud pública de México*. 40, (5), 398-407.
- Amigo, V. I., Fernández, R. C. y Pérez A. M. (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid, España. Ed. Pirámide.
- Asken, M. J. (1979) Medical Psychology: Toward definition, clarification and Organization. *Profesional Psychology*, 10 (1), 66-73.
- Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35, (4), 542-549.
- Belloc, N. y Breslow L. (1972). Relationship of health practices and mortality. *Preventive Medicine*, 2, pp. 67-81
- Brannon, L., Feist J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid, España. Ed. PARANINFO THOMSON LEARNING.
- Brownell, K. y Fairburn, Ch. (1995). *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive handbook*. Nueva York: Guilford Press.
- Canales C., Morales G., Arroyo R., Pichardo A. & Pacheco V. (2005). Análisis funcional del ajuste lector en el ámbito educativo. En: C. Carpio & J. J. Irigoyen (Comps.), *Psicología y Educación. Aportaciones desde teoría de la conducta* (pp. 69-86). México: UNAM FES Iztacala.
- Castañeda, S. O., Rocha D., J. C., Ramos A. M. G. (2008). Evaluación de los hábitos alimenticios y estado nutricional en adolescentes de Sonora, México. *Archivos en Medicina Familiar*. 10, (1), pp. 7-9

- Chávez, A. M., Macías G. L., Gutiérrez M. R., et al (2004). Trastornos Alimentarios en Jóvenes Guanajuatenses. *ACTA UNIVERSITARIA*. 14 (2), 17-24.
- Delprato, D. J. y Smith, N. W. (2009). *Sketch of J. R. Kantor's Psychological Interbehavioral Field Theory*. *The Psychological Record*, 59, 671-678.
- Diario Oficial de la Federación de México (22 de enero de 2013). Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Secretaria de salud [en línea]. Disponible en:
http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013
- Engel, G. L. (1977). The need for a Nueva medical model: A challenge for Biomedicine. *Science*, 196, pp. 129- 136.
- FAO. Necesidades y recursos. Geografía de la agricultura y la alimentación. Roma, Italia, FAO, 1995.
- FAO/OMS/ONU Necesidades Energéticas y de Proteínas. Serie Informes Técnicos 724. OMS, Ginebra, 1985.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2002) *La adolescencia. Una etapa fundamental*, New York, NY: U.S. Tomado de:
http://www.unicef.org/spanish/publications/files/pub_adolescence_sp.pdf.
- Grau, J. A., Hernández, E. M. (2005). Psicología de la salud: Aspectos Históricos y conceptuales. En Grau J., Hernández E. (Comps.) *Psicología de la salud: fundamentos y aplicaciones*. Guadalajara: Centro Universitario en Ciencias de la Salud, 2005, pp. 33-84.
- Guerro, P. D., Barjau, R. J. M., y Chinchilla, M. A. (2001). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura. *ACTAS ESPECIALES PSIQUIATRIA*, 29 (6), 403-410.

Gutiérrez, J. P., Rivera-Dommarco, J. Shamah-Levy, T. Villalpando-Hernández, S., Franco A., Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Avila, M. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012). Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012, disponible en:

[http://ensanut.insp.mx/doctos/FactSheet_ResultadosNacionales 7-](http://ensanut.insp.mx/doctos/FactSheet_ResultadosNacionales_7-)

Hardy, L. T. (2005). *Historia de la psicología, sexta edición*. Madrid, España, Pearson Educacion, S. A.

Hothersall, D. (1997). *Historia de la psicología*. México: McGraw-Hill.

Kantor, J. R. y Smith, N. W. (1975). *The Science of Psychology: an Interbehavioral Survey*. Chicago: The Principia Press.

Kantor, J. (1980) *Psicología Interconductual*. México: Trillas

Kantor, J. R. (1990). *La evolución científica de la psicología*. México: Trillas.

Labrador, F., J., Muñoz M. y J. Cruzado (1990). *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría*. Madrid, Mc. Graw Hill, Interamericana.

Macedo O. G., Bernal O. M. F., López U. F., y cols. (2008). Hábitos alimentarios en adolescentes de la Zona Urbana de Guadalajara. *Antropo*. 16, 29-41

Madrigal, M., J. (2009). *Historia de la psicología clínica en México: compromiso social y retos actuales*. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, Estado de México, México.

Marks, F. D., et al (2008). *Psicología de la salud: teoría, investigación y práctica*. México. Ed. El Manual Moderno

Marrodán, M. D. (2000). La alimentación en el contexto de la evolución biocultural de los grupos humanos. *Zainak*. 20, 109-121.

Martínez, Á. V. (2008). *Trastornos alimentarios y su comorbilidad con depresión en*

una muestra de estudiantes hermosillenses. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad de Sonora, Hermosillo, Sonora.

Martínez J. I., Villezca B. P. (2003). La alimentación en México: un estudio a partir de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares.

Revista de información y análisis. 21, 26-37.

Montero, J. C. (2011). *Alimentación paleolítica en el siglo XXI.* Buenos Aires, Argentina. Librería Akadia Editorial.

Muller, F., L. (1976). *Historia de la psicología.* México, D.F. Fondo de Cultura Económica.

Musitu, O. G., et al. (2010). *Psicología y desórdenes alimenticios. Un modelo de campo psicosocial.* Monterrey, México. Universidad Autónoma de Nuevo León.

Oblitas, G. Fusté, A., Fiorentino, M., T., Becoña, E., Mussi, C., Gutiérrez, J., Pereyra, M., Robles, R., Tena, A., Braun, D., Casarim, J., B., Sierra, J., C., Tobón, S., Sandín, B., Vinanccia, S., Espada, J., P., Lloret, D., García del Castillo, J., A., Segura, M., Méndez, X., Gázquez, M., Ehrenzweig, Y., Palmero, F., Luciano, P., Gerardi, E., Chiusano, E., Osorio, M., Bazán, G., Paredes, P., Legorreta, D., Nuñez, A., C., Fernández, H., Belloch, A., Novoa, M., y Wilde, K., (2009). *Psicología de la salud y calidad de vida.* Prentice hall. México.

Piña, L. J. (2006). PSICOLOGÍA DE LA SALUD: ALGUNAS REFLEXIONES CRÍTICAS SOBRE SU QUÉ Y SU PARA QUÉ. *Universitas Psychologica.* 5 (3): 669-679.

Piña, L. J. (2008). Variaciones sobre el modelo psicológico de la salud biológica

- de Ribes: justificación y desarrollo. *Universitas Psychologica*. 7 (1), 19-32.
- Pomerlau, O. F., Brady J. P. (1979). *Behavioral medicine: Theory and Practice*.
Baltimore: Williams and Wilkins.
- Ramos, E. F. (2013). *Tecnología psicológica en el deporte: una propuesta de campo*. Tesis de licenciatura no publicada. UNAM, Estado de México, México.
- Ribes, I. E. y López, F. (1985). *Teoría de la conducta*. México: Trillas.
- Ribes, I. E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. México: Trillas.
- Ribes, I. E. y S. Sánchez, El problema de las diferentes individuales: un análisis conceptual de la personalidad, en E. I. Ribes; *Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento humano*, Trillas, México, 1990.
- Ruiz, P., I., Santiago, F., M., Bolaños, R., P. y Jáuregui, L., I. (2010). Obesidad y rasgos de personalidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 12, 1330-1348.
- Schwartz G. E., Weiss S. M. (1978) Proceedings of the Yale conference on Behavioral Medicine Department of Health Education and Welfare No. (NIH) *Department Printing Office*, Washington, D.C., pp. 78-124.
- Schwartz G. E., Weiss S. M. Behavioral medicine revisited: An Amended definition. *Journal of behavioral medicine*, 1 (3).
- Skinner, B. F. (1977). *Ciencia y conducta humana*. Ed. Fontanella, S. A., Barcelona, España.
- Stone, G. C., Cohen, F., Adler, N. E., (1979) *Health Psychology - A Handbook*, Ed. Jossey-Bass, San Francisco.
- Turón, G. (2005). *Trastornos de la conducta alimentaria*. En portal de Psiquiatria.com:http://www.psiquiatria.com/imgdb/archivo_doc5846.pdf.

- Unikel, C., Caballero, A. (2010). *Guía Clínica para Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Watson, J. B. (1913). Psychology as the Behaviorist sees it. *Psychological Review*, 20, 158-177.
- Whitney , E. N., Nunnolley, E. y Rolfes S. R. (1990) *Understanding Nutrition, 5a ed.* Saint Paul: West Publihing Company.
- Vargas, J. (2006) Psicología clínica: consideraciones generales. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, UNAM-FESI, 9, (2).
www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin.
- Vargas, J. (2006b) Brevísima historia de la psicología: la psicología interconductual. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, UNAM-FESI, 9 (3).
www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin.
- Vargas, J. (2008) Tecnología psicológica: intervención interconductual (II). *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, UNAM-FESI, 11 (1)
www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin.
- Vargas, J. (2008b) Psicología clínica: intervención interconductual en el contexto clínico (IICC). *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, UNAM-FESI 11(4).
www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin

ANEXOS

Esquema 1 Procedimiento de Intervención Interconductual (II)

1 Análisis de la conducta.

1.1 Identificación y denominación de la interacción de interés y la especificación de la función contextual, suplementaria, selectora, sustitutiva referencial o sustitutiva no referencial crítica de la interacción de interés.

1.1.1 Límites del campo de interacción (eventos y objetos funcionales).

1.1.1.1 Del estímulo: Tipo de objetos o eventos, propiedades fisicoquímicas, orgánicas y convencionales, y función (dependiente de la respuesta).

1.1.1.2 De la respuesta: Tipo de reactividad biológica (organismo), propiedades fisicoquímicas, orgánicas y convencionales, y función (dependiente del estímulo).

1.1.2 Factores disposicionales (eventos no configurados directamente en el contacto funcional (pero que lo afectan) de forma sincrónica, probabilizando un tipo de interacción)

1.1.2.1 Factores situacionales: Variaciones presentes del ambiente y biológicas del propio organismo (contexto).

1.1.2.2 Historia interactiva: Segmentos previos de interacción identificados como variaciones en los elementos de estímulo (evolución de estímulo) y respuesta (biografía reactiva).

1.1.3 Medio de contacto (condiciones necesarias para la interacción).

1.1.3.1 Físicoquímicas: Abstracción límite del campo de estudio de la física y la química.

1.1.3.2 Ecológicas: Abstracción límite del campo de estudio de la biología.

1.1.3.3 Normativas: Abstracción límite del campo de estudio de la ciencia social.

2 Evaluación de la conducta.

2.1 Comparación del análisis de la interacción de interés y en específico de la función contextual, suplementaria, selectora, sustitutiva referencial o sustitutiva no referencial, crítica de la interacción de interés, con la valoración.

3 Regulación de la valoración y/o de los elementos de la conducta.

3.1 Alteración o preservación (cuando sea posible) de la valoración y/o de los elementos, en específico de la función contextual, suplementaria, selectora, sustitutiva referencial o sustitutiva no referencial crítica de la interacción de interés.

3.1.1 Límites del campo de interacción (eventos y objetos funcionales).

3.1.1.1 Del estímulo: Tipo de objetos o eventos, propiedades fisicoquímicas, orgánicas y convencionales, y función (dependiente de la respuesta).

3.1.1.2 De la respuesta: Tipo de reactividad biológica (organismo), propiedades fisicoquímicas, orgánicas y convencionales, y función (dependiente del estímulo).

3.1.2 Factores disposicionales (eventos no configurados directamente en el contacto funcional (pero que lo afectan) de forma sincrónica, probabilizando un tipo de interacción)

3.1.2.1 Factores situacionales: Variaciones presentes del ambiente y biológicas del propio organismo (contexto).

3.1.2.2 Historia interactiva: Segmentos previos de interacción identificados como variaciones en los elementos de estímulo (evolución de estímulo) y respuesta (biografía reactiva).

3.1.3 Medio de contacto (condiciones necesarias para la interacción).

3.1.3.1 Físicoquímicas: Abstracción límite del campo de estudio de la física y la química.

3.1.3.2 Ecológicas: Abstracción límite del campo de estudio de la biología.

3.1.3.3 Normativas: Abstracción límite del campo de estudio de la ciencia social.

4 Probabilización de la conducta.

4.1 Estimación del desarrollo posterior de la interacción de interés y en específico de la función contextual, suplementaria, selectora, sustitutiva referencial o sustitutiva no referencial crítica de la interacción de interés.

Esquema 2**Procedimiento de apoyo técnico
Entrevista y guía clínica general ICC****1 Inicio**

1.1 Primer contacto

2 Recepción

2.1 Presentación

2.2 Habitación

2.3 Motivo general de asistencia

2.4 Expectativas del UPGr

2.5 Intentos anteriores de solución

2.6 Programación de sesiones

3 Introducción

3.1 Características del servicio

3.2 Participación del UPGr

3.3 Costo del servicio

3.4 Confidencialidad de la información

3.5 Alcances de la intervención

4 Precisiones

4.1 Evaluación inicial

4.2 Definición del usuario

4.3 Definición de la conducta de interés

4.4 Expectativas del RI

5 Datos demográficos de usuario

5.1 Personales

5.2 Familiares

5.3 Generales

6 II

6.1 Implementación

7 Final

7.1 Evaluación final de la conducta de interés

7.2 Resumen

7.3 Último contacto

Esquema 3**Procedimiento de apoyo técnico
Reporte por sesión IICC****A) Portada**

- 1 Institución
- 2 Nombre completo del RI
- 3 Título y número de sesión
- 4 Nombre completo del usuario
- 5 Hora, lugar y fecha

B) Actividades del RI

- 1 Descripción
- 2 Justificación

C) Presentación de la información

- 1 Transcripción textual de la sesión

D) Datos relevantes para la intervención

- 1 Información seleccionada
- 2 Desarrollo de la conducta de interés
- 3 Variaciones no derivadas directamente de la intervención

E) Actividades del UPGr

- 1 Descripción
- 2 Justificación

F) Resumen

- 1 Conclusiones

G) Bibliografía

Tomado de Vargas, J. (2008b)

Esquema 4**Procedimiento de apoyo técnico
Reporte final IICC****A) Portada**

- 1 Institución
- 2 Nombre completo del RI
- 3 Título y número de sesiones
- 4 Nombre completo del usuario y resumen de datos demográficos
- 5 Lugar y fecha

B) Presentación del caso

- 1 Demanda originalmente planteada y resultados esperados por el UPGr
- 2 Evaluación inicial
- 3 Definición del usuario
- 4 Definición de la conducta de interés

C) Integración de información

- 1 Técnicas empleadas
- 2 Transcripción textual de la intervención

D) II

- 1 Presentación

E) Análisis de datos

- 1 Desarrollo de la conducta de interés
- 2 Variaciones no derivadas directamente de la intervención

F) Resultados

- 1 Evaluación final de la conducta de interés
- 2 Conclusión de la intervención
- 3 Opinión final del UPGr respecto a la intervención
- 4 Conclusiones

G) Bibliografía

Tomado de Vargas, J. (2008b)

Figura 1

Modelo interconductual de la salud

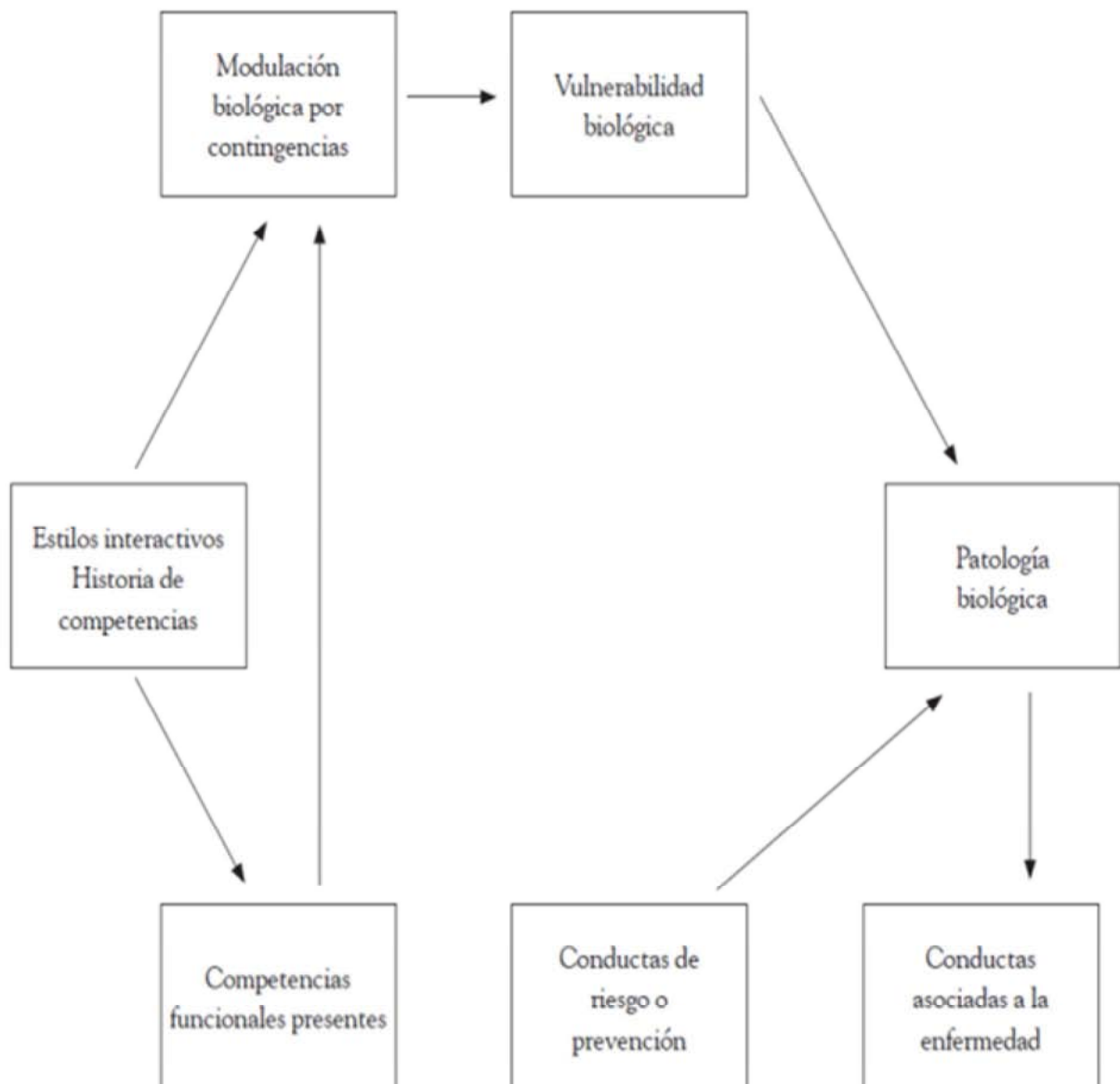


Tabla 1

| Edad (años) | Niños | Niñas |
|----------------|----------|-------|
| | kcal/día | |
| 1 - 2 | 1.200 | 1.140 |
| 2 - 3 | 1.410 | 1.310 |
| 3 - 4 | 1.560 | 1.440 |
| 4 - 5 | 1.690 | 1.540 |
| 5 - 6 | 1.810 | 1.630 |
| 6 - 7 | 1.900 | 1.700 |
| 7 - 8 | 1.990 | 1.770 |
| 8 - 9 | 2.070 | 1.830 |
| 9 - 10 | 2.150 | 1.880 |

Necesidades promedio diarias de energía de niños y niñas de 1 a 10 años en kcal/día. Tomado de: FAO/OMS/ONU Necesidades Energéticas y de Proteínas. Serie Informes Técnicos 724. OMS, Ginebra, 1985.

Tabla 2

| Varones | | Mujeres | |
|-------------|----------|-------------|----------|
| Edad (años) | kcal/día | Edad (años) | kcal/día |
| 10-11 | 2.140 | 10-11 | 1.910 |
| 11-12 | 2.240 | 11-12 | 1.980 |
| 12-13 | 2.310 | 12-13 | 2.050 |
| 13-14 | 2.440 | 13-14 | 2.120 |
| 14-15 | 2.590 | 14-15 | 2.160 |
| 15-16 | 2.700 | 15-16 | 2.140 |
| 16-17 | 2.800 | 16-17 | 2.130 |
| 17-18 | 2.870 | 17-18 | 2.140 |

Necesidades promedio de energía de adolescentes de 10 a 18 años para ambos sexos en kcal/día. Tomado de FAO/OMS/ONU Necesidades Energéticas y de Proteínas. Serie Informes Técnicos 724. OMS, Ginebra, 1985.

Tabla 3

| Peso | Necesidades promedio de energía según actividad física (factor de TMB) | | | |
|------|--|-------------------|--------------------|-------------------|
| | Sedentario | Actividad ligera | Actividad moderada | Actividad intensa |
| (kg) | kcal (1,4 x TMB) | kcal (1,55 x TMB) | kcal (1,8 x TMB) | kcal (2,0 x TMB) |
| 60 | 2250 | 2500 | 2850 | 3150 |
| 65 | 2350 | 2600 | 3000 | 3300 |
| 70 | 2450 | 2700 | 3150 | 3500 |
| 75 | 2550 | 2800 | 3300 | 3650 |
| 80 | 2650 | 2950 | 3400 | 3800 |

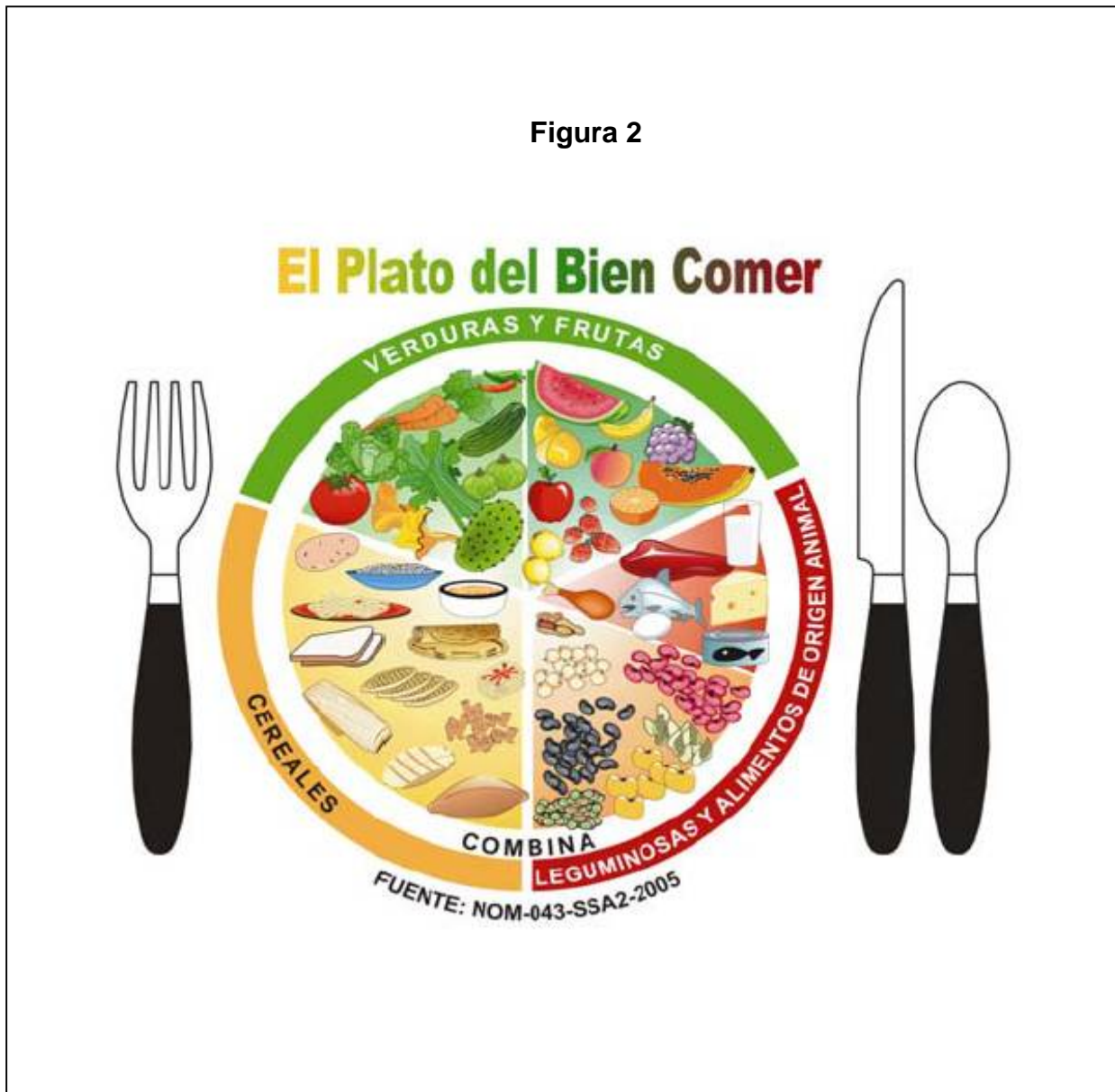
Necesidades promedio diarias de energía en hombres de 18 a 30 años en Kcal/día
 Tomado de FAO/OMS/ONU Necesidades Energéticas y de Proteínas. Serie
 Informes Técnicos 724. OMS, Ginebra, 1985.

Tabla 4

| Peso | Necesidades promedio de energía según actividad física (factor de TMB) | | | |
|------|--|-------------------|--------------------|-------------------|
| | Sedentaria | Actividad ligera | Actividad moderada | Actividad intensa |
| (kg) | kcal (1,4 x TMB) | kcal (1,55 x TMB) | kcal (1,8 x TMB) | kcal (2,0 x TMB) |
| 50 | 1700 | 1850 | 1950 | 2200 |
| 55 | 1800 | 1950 | 2100 | 2350 |
| 60 | 1900 | 2050 | 2200 | 2500 |
| 65 | 2000 | 2150 | 2300 | 2600 |
| 70 | 2100 | 2250 | 2450 | 2750 |

Necesidades promedio diarias de energía en mujeres de 18 a 30 años en Kcal/día
 Tomado de FAO/OMS/ONU Necesidades Energéticas y de Proteínas. Serie
 Informes Técnicos 724. OMS, Ginebra, 1985.

Figura 2



Tomado de <http://promocion.salud.gob.mx/dgps/index.html>

Tabla 5

Frecuencia de consumo recomendada de diferentes grupos alimenticios

| Grupo de Alimento | Frecuencia de consumo recomendada |
|-----------------------|-----------------------------------|
| Agua natural | Cinco o más vasos al día |
| Verduras o frutas | Diario |
| Cereales | Diario |
| Leguminosas | Tres o más veces por semana |
| Lácteos | Tres o más veces por semana |
| Queso | Tres o más veces por semana |
| Carnes | Tres o más veces por semana |
| Huevo | Una o más veces por semana |
| Pescado y mariscos | Una o más veces por semana |
| Embutidos | Menos de tres veces por semana |
| Dulces y chocolates | Menos de tres veces por semana |
| Pan dulce y pasteles | Menos de tres veces por semana |
| Papas fritas | Menos de tres veces por semana |
| Hamburguesas y pizzas | Nunca |
| Bebidas alcohólicas | Nunca |
| Café | Nunca |

Tomado de Macedo O. G., Bernal O. M. F., López U. F., y cols. (2008)