

Construcción de un instrumento para evaluar competencias en situaciones no vinculadas con estrés

Construction of an instrument designed to evaluate competences in non related stress situations

María de Lourdes Rodríguez Campuzano¹

RESUMEN

El propósito de este trabajo es presentar las bases para la construcción de un instrumento para evaluar competencias en situaciones objetivamente no vinculadas con estrés, así como la relación entre éstas y la presencia o ausencia de enfermedad. La propuesta se basa en el modelo psicológico de la salud de Ribes y responde a la necesidad de comprender la influencia de diversos factores psicológicos en el estado de salud-enfermedad. Se considera que el modelo predice una relación entre el grado de competencia y la salud de los individuos, entre otros factores; por ello, en primera instancia, se propone evaluar dicha relación mediante un instrumento de dos partes, de las cuales la primera evalúa el estado de salud y la segunda competencias, junto con sus dimensiones afectiva y valorativa.

Palabras clave: Modelo psicológico de la salud; Competencias; Dimensión afectiva del comportamiento; Dimensión valorativa del comportamiento; Estrés.

ABSTRACT

The purpose of this work is to establish the basis to design an instrument to evaluate competences for non related-stress situations and their relationship with the presence or the absence of diseases. The proposal is based on the Ribes' psychological model of biological health, which responds to the need of understanding the influence of diverse psychological factors on health-disease state. This model predicts a relationship between degree of competence and disease, among other important psychological factors. A two-parts instrument is proposed with this objective. The first one is designed to evaluate the health-disease state of individuals, and the second one their degree of competence and the affective and evaluative dimensions.

Key words: Psychological model of biological health; Competences; Affective dimension of behavior; Evaluative dimension of behavior; Stress.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo es presentar las bases para la construcción de un instrumento para evaluar competencias en situaciones objetivamente no vinculadas con estrés, así como la relación entre éstas y la presencia o ausencia de enfermedad. Tal propuesta responde a la necesidad de comprender la

¹ Proyecto de Aprendizaje Humano, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México. Correspondencia: Pekín 6, Jardines de Bellavista, 54050 Tlalnepantla, Edo. de México, correo electrónico: carmayu5@yahoo.com. Artículo recibido el 11 de enero y aceptado el 7 de octubre de 2003.

influencia del comportamiento en el estado de salud-enfermedad de las personas, y resulta especialmente relevante dado que cada vez se tienen mayores evidencias de la participación de factores psicológicos en las enfermedades (Caballo, Buela-Casal y Carrobles, 1996).

Los padecimientos somáticos han sido objeto de estudio de diversas disciplinas. Ya desde las civilizaciones más antiguas se consideró que existía una relación entre *soma* y *psique*, e incluso entre los años 30 y 90 d. C. Areteo señalaba que los trastornos mentales y emocionales eran causa de parálisis (De la Fuente, 1978). La psicología se ha interesado en su estudio desde hace más de cincuenta años, cuando se aceptó la influencia de factores psicológicos en la aparición y mantenimiento de algunas enfermedades. Freud fue uno de los primeros autores en estudiar los procesos psicopatológicos en personas que mostraban trastornos físicos sin causas fisiológicas aparentes (Garma, 1978), y con ello surgió la llamada "medicina psicosomática" (De la Fuente, 1978).

Durante los pasados veinte años, los conceptos psicoanalíticos perdieron influencia dentro del estudio de los padecimientos somáticos, en gran medida por la poca objetividad de su aproximación (Lazarus y Folkman, 1991), lo que permitió el surgimiento de un nuevo enfoque para estudiar el fenómeno: la modificación de conducta (Davison y Neale, 1983), que a su vez dio pie al surgimiento de la medicina conductual (Blanchard, 1982; Schwartz y Weiss, 1977), la psicología de la salud y las aproximaciones cognitivas en el campo de la salud, entre otras (Lazarus y Folkman, 1991; Zumaya, 1993).

Se ha sugerido que el estado de salud-enfermedad se encuentra relacionado con diversos factores psicológicos: conflictos emocionales, trastornos de ansiedad, estrés, autoverbalizaciones disfuncionales, estrategias de afrontamiento al estrés, entre otros (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; De la Fuente, 1978; Caballo, 1995; Cameron, 1982; Kaplan, 1988; Lazarus y Folkman, 1991). También se ha planteado que hay una relación entre tipo de personalidad y padecimientos somáticos (Dollard y Miller, 1973).

Desafortunadamente, estos factores se han abordado, las más de las veces, sobre bases dualistas que consideran, por un lado, que el comporta-

miento responde a causas "internas", que se suponen mucho más interesantes y profundas que el propio comportamiento, al que se juzga como una manifestación de estos procesos o estructuras "internas"; por otro lado, los estudios y propuestas que abordan el campo de la salud-enfermedad conciben el fenómeno con una lógica causalista, por la cual se intenta explicar el resultado final (salud o enfermedad) a partir de variables específicas a las que se otorga el peso explicativo; por último, se margina en muchas ocasiones el papel del ambiente como componente inseparable del comportamiento. De hecho, en la actualidad se enfatiza el papel de factores cognitivos tales como el *coping* (afrontamiento) o la autoeficacia, y estos conceptos, a su vez, se vinculan con el estrés, que las más de las veces se refiere a estímulos específicos; aunque también se concibe la existencia de un distrés emocional, entendido como una reacción fisiológica y prolongada de todo el organismo que, al ocurrir en ausencia de amenazas reales, es dañina para la salud (Bairey, Dwyer, Nordstrom y cols., 2002; Blanchard, Rodgers, Courneya, Daub y Black, 2002; Cohen, 2002; Hockemeyer y Smyth, 2002; Rybarczyk, DeMarco, De la Cruz, Lapidus y Fortner, 2001). En 1990, Ribes propuso un modelo psicológico de la salud biológica. Dicho modelo se presenta como alternativa a otros enfoques en tanto que se desprende de un modelo teórico claramente definido: el modelo interconductual, por un lado; por otro, es el único modelo que teóricamente identifica el conjunto de factores psicológicos pertinentes a la salud y enfermedad, y en esa medida delimita con claridad su dimensión psicológica, y, por último, establece las funciones pertinentes del psicólogo en dicho campo. Los factores que este modelo identifica como pertinentes se clasifican en factores de proceso y factores resultantes. Todos ellos se relacionan entre sí y asimismo con la dimensión biológica del individuo. El resultado último es el estado de salud o enfermedad de una persona.

Ahora bien, aun cuando todos los factores identificados en la fase de proceso son importantes, el modelo citado permite predecir, en particular, una relación entre lo que se denomina *competencias* presentes y enfermedad; esto es, si una persona es competente (capaz) para ajustarse o cumplir con las demandas o requisitos que sus situacio-

nes de vida le imponen, tendrá pocas probabilidades de exhibir patologías biológicas.

Hay que señalar que si bien este modelo se ha empleado como guía para intervención y tratamiento (DíazGonzález y Rodríguez, 1998; Landa y Rodríguez, 1993; Rodríguez y DíazGonzález, 1999; Rodríguez y Landa, 1993; Rodríguez, Robles, Moreno y DíazGonzález, 2000), hasta el momento no hay investigaciones que respalden sus predicciones; de ahí que se cree importante sentar las bases para iniciar líneas de investigación basadas en dicha perspectiva teórica.

Por ello, se considera que una primera investigación del fenómeno desde esta perspectiva puede consistir en evaluar la influencia del grado de competencia de los individuos para enfrentar diversas situaciones específicas en su estado de salud-enfermedad. Aun cuando el modelo establece a los estilos interactivos, la historia de competencias y las competencias presentes como factores fundamentales en el proceso, se optó por enfocar la atención en el papel de las competencias en una primera fase, dada la complejidad que implica la investigación del papel de cada una de ellas. Igualmente, se juzgó importante empezar con este factor porque es el que se vincula de manera más directa, según el modelo, con el estado de salud-enfermedad. Por lo anterior, se presentan las bases para la elaboración de un instrumento que permita estudiar la relación que existe entre las competencias de un individuo para enfrentar situaciones específicas y su estado de salud-enfermedad.

Para entrar en materia, cabe señalar que lo que Ribes (1990) define como *competencias funcionales presentes* tiene que ver con la capacidad de un individuo. El término "competencia" se ha empleado en muchos contextos, y, por ende, de diversas maneras; aquí se le emplea desde un punto de vista interconductual. Desde tal perspectiva, el término se refiere a una *colección de ocurrencias* que se caracterizan por lograr un criterio de efectividad. Se habla de un término disposicional, no de una forma concreta de responder, y tampoco de variables, sino de una disponibilidad interactiva (Ribes y López, 1985). Como la define Ryle (1949), "competencia" es un factor disposicional que tiene que ver con logro. No equivale al concepto de habilidad ni se identifica con una forma concreta de comportamiento; antes bien, designa un conjunto

de habilidades en potencia, y es por ello que la expresión se emplea en función de la historia de un individuo (Ribes, 1990). Como todo término disposicional, no alude a variables, actos u ocurrencias, sino que se emplea a partir de ellos (Ryle, 1949). Así pues, designa la capacidad de un modo genérico y por lo tanto no refiere a un episodio concreto. Por ejemplo, si se dice de alguien que es un ejecutivo competente, se está hablando en primer lugar de su historia, del cómo se ha comportado exitosamente en distintas situaciones laborales; en segundo lugar, no se alude a ninguna respuesta en concreto sino a una serie de formas de comportamiento; en tercer lugar, no se refiere a un acto que se está ejecutando en ese momento. De este modo, se habla de su capacidad aludiendo a un conjunto de acciones, pero no a una en particular. Por último, lo que sí señala el enunciado es que, dada una situación de trabajo, es muy probable que ese ejecutivo lleve a cabo ciertas acciones, como asignar tareas a personas supeditadas, coordinar trabajos en equipo, supervisar la participación de su grupo de trabajo o tomar decisiones, todo ello con éxito.

El término "competencia", dado que indica logro, es un término interactivo porque para hablar de logro se deben considerar los requerimientos que una situación impone, la conducta del individuo y sus consecuencias, de modo tal que si ésta se ajusta a los requerimientos y cumple así con criterios de efectividad, será considerada un episodio que indica capacidad o competencia (Ribes, 1990). Así, para analizar las competencias deben tenerse en cuenta los aspectos citados. Lo anterior lleva a suponer que existen distintos niveles de complejidad en las competencias, de acuerdo a los criterios de logro: a) *adecuación*, en que el criterio demanda ajustarse a una situación sin producir cambios en ella; b) *efectividad*, en que lo esperado es que el individuo produzca un cambio en el ambiente; c) *pertinencia*, en donde se espera lo descrito en el inciso anterior, pero en el momento, lugar o situación oportuna, es decir, respuestas efectivas que se adaptan a la variabilidad de las condiciones del ambiente; d) *congruencia*, que se refiere a la correspondencia entre el hacer y el decir (tanto en un mismo individuo como entre individuos), como prácticas efectivas con respecto a la situación en que se dice y hace, y e) *coherencia*, que indica,

según Carpio (1994), una “correspondencia entre ‘decires’ como una forma de ‘hacer’ [...] la coherencia se da sólo como convención lingüística y en ella misma se definen los criterios a los que se ajusta su práctica como ejercicio compartido”. Estas cinco categorías corresponden a los cuatro niveles de aptitud competencial propuestos por el propio Ribes (1990).

En el contexto del proceso de salud, y partiendo de la taxonomía funcional del comportamiento desarrollada por Ribes y López en 1985, Ribes (1990) delimitó cuatro niveles funcionales en que pueden tener lugar las competencias efectivas en una situación. Citando a este autor casi literalmente, dichos niveles son: a) *situacional no instrumental*, b) *situacional instrumental*, c) *extrasisituacional* y d) *transituacional*. Cada uno de ellos implica un proceso psicológico diferente y por ende aluden al cómo un individuo enfrenta los requerimientos que una situación establece. El nivel situacional no instrumental implica un proceso más simple y el nivel transituacional implica el más complejo. Así, en el primer caso, el individuo responde solamente reaccionando diferencialmente ante los objetos, personas y acontecimientos de la situación, pero sin alterar sus propiedades funcionales. Las reacciones emocionales y los comportamientos de ajuste o seguimiento de instrucciones son ejemplos de este tipo de interacciones, lo cual se corresponde con la categoría de *adecuación* propuesta por Carpio (1994).

En el segundo caso (nivel situacional instrumental), el individuo introduce cambios en la situación como efecto de su conducta, lo cual, a su vez, afecta favorable o desfavorablemente el comportamiento del individuo. Este nivel podría ejemplificarse con el caso de un individuo que logra abrir una puerta que está atorada o que cumple con la tarea de lavar su ropa, y corresponde a la categoría de *efectividad* propuesta por Carpio (1994), en donde la competencia se evalúa de acuerdo a la producción de algún cambio en el ambiente, esto es, a la efectividad del comportamiento. En ese mismo nivel de complejidad se ubicaría el criterio de pertinencia, en el cual la producción de cambios, resultados o efectos dependerá de la variabilidad que puede tener el comportamiento de un individuo para adaptarse a la variabilidad de las condiciones del ambiente.

El nivel extrasituacional es aquel en donde:

el individuo actúa frente a los elementos y contingencias presentes *como si* tuvieran las propiedades de otros elementos o contingencias. Responde trascendiendo las condiciones presentes aquí y ahora en una situación. Una persona puede responder planeando, imaginando, en términos de su información, etc. La interacción extrasituacional puede asumir diversas formas: a) el individuo puede reaccionar en ausencia de la situación como si estuviera en ella; b) el individuo puede reaccionar en una situación como si no estuviera en ella; c) el individuo puede reaccionar en una situación como si fuera distinta; d) el individuo puede reaccionar en una situación *x* con las interacciones no instrumentales de la situación *y*; e) el individuo puede reaccionar en una situación *x* con las interacciones instrumentales características de una situación *y*; o f) cualesquiera de estas posibilidades en forma combinada, entre otras (Ribes, 1990, pp. 48-49).

Un ejemplo de dicho nivel es el de un individuo que se sigue las recomendaciones dietéticas de un nutriólogo. Otro ejemplo sería el de un sujeto al que le solicitan que use condón al tener una relación sexual, pero lo rechaza porque considera que es invulnerable a ciertas enfermedades. En este nivel se puede ubicar el criterio de *congruencia* (Carpio, 1994) e implica evaluar si el individuo actúa respondiendo a sus propias creencias o a las de otras personas, no a las condiciones del aquí y ahora de la situación.

Por último, el nivel transituacional se caracteriza porque el individuo responde ante una situación determinada al margen de las condiciones presentes efectivas; en otras palabras, no enfrenta la situación con base en lo que le ocurre en ella o a lo que percibe, sino a su concepción sobre ella (que pueden ser teorías o filosofías de vida). Ello queda ilustrado con la categoría de *coherencia*, en la cual lo importante es la correspondencia entre —por así decirlo— las propias creencias y, en general, los propios procesos lingüísticos. Un ejemplo lo constituye la labor de un matemático al resolver problemas que su propio sistema formal le presenta (Ribes, 1990).

Las competencias pueden cumplir con el mismo criterio de logro dependiendo del nivel de aptitud funcional en el que se ejercitan, es decir,

no hay un nivel “mejor” que otro. El enfrentar de manera competente una situación dependerá de lo que requiere la propia situación: debe existir una correspondencia funcional entre la situación y el nivel competencial. Así, por ejemplo, si una situación determinada requiere la solución de un problema matemático mediante la lógica matemática, así como de procedimientos específicos no explícitos en la situación, el nivel de aptitud demandado es transituacional. El individuo tiene que trascender las condiciones presentes en forma efectiva y responder a teorías y conocimientos especializados que no tienen que ver con situaciones concretas o referentes empíricos. Responder a una situación como ésta de manera emocional (enojándose, por ejemplo) o pidiendo a alguien más que la resuelva, sería enfrentarla de manera incompetente. Pero no todo tipo de situación demanda un nivel de respuesta transituacional; si, dígase, un médico pide a su paciente que lleve un registro diario de su presión arterial y lo cita para el siguiente mes, la situación demanda un nivel competencial extrasituacional. La persona debe tomarse la presión respondiendo *como si* estuviera con el médico. Podrían ejemplificarse así cada uno de los niveles. Es importante resaltar que esa correspondencia es fundamental, así como la satisfacción de la demanda o el criterio particular de logro; si se carece de ellos, se podría hablar de incompetencia (considerando la respuesta como indicador), y si tal ocurre en diversas ocasiones —o sea, si hay una colección de ocurrencias—, es posible evaluar la posible competencia o incompetencia de un individuo.

Para su análisis, como ya se comentó, se consideran: *a)* los requerimientos de una situación como campo de contingencias; *b)* los factores que definen el contexto de la interacción y que se identifican como características de la situación (tipo de escenario, condiciones físicas y sociales que lo configuran), o bien como condiciones biológicas momentáneas del individuo (alimentación, sueño, fatiga, enfermedad); *c)* las respuestas del individuo (qué hace, cómo lo hace, cómo valora la situación y su propio hacer o si presenta reacciones emocionales que afectan su comportamiento); *d)* la historia de competencias pertinente (su capacidad para interactuar con dicha situación dada su experiencia particular (Ribes, 1990), y *e)* los efectos

del comportamiento, esto es, si éste es efectivo, inefectivo o afectivo. Hay que mencionar que en este modelo se considera que un comportamiento puede producir resultados, cambios en el ambiente o en el comportamiento de otras personas (comportamiento efectivo), no producirlos (comportamiento inefectivo) o producir cambios en el comportamiento del propio sujeto o en su condición biológica o emocional (comportamiento afectivo).

Al considerar los distintos niveles en que pueden ejercerse las competencias, se tiene un criterio funcional para analizar desde acciones simples —como las que se ejemplifican en los niveles de competencia situacional no instrumental— hasta dimensiones valorativas del comportamiento; esto es importante, dado que todo comportamiento humano es valorado, y no se puede soslayar el análisis de dichos aspectos valorativos que el propio sujeto y otros significativos emplean para calificar el comportamiento de alguien en particular. Como las competencias ocurren en ámbitos y circunstancias sociales específicas, la calificación que obtengan (bueno, malo, reprobable, aceptable, positivo, negativo, normal, amenazante) dependerá, por un lado, de los criterios de logro establecidos y, por otro, de los valores morales que regulan el comportamiento de los individuos en distintos ámbitos de desempeño. Los ámbitos pueden definirse genérica o específicamente. Así, el ámbito de desempeño social puede a su vez definirse como moral, político o jurídico; si se define un ámbito familiar, éste puede especificarse en términos de relaciones entre familiares, hábitos de higiene o vestimenta; si se define un ámbito laboral, se puede pensar en contextos específicos, como el de relaciones entre compañeros, compromiso o hábitos.

En dichos ámbitos, como se señalaba, para evaluar las competencias es necesario identificar los requerimientos que la situación impone, las respuestas del individuo en términos de su hacer y su creer —esto es, en cuanto a ajuste, efectividad, pertinencia, congruencia y coherencia— y de su dimensión valorativa. Igualmente, hay que considerar la dimensión de los efectos, incluyendo la afectividad (aquellas reacciones que solamente afectan al individuo).

El papel de las competencias es básico en cuanto que ejerce influencias sobre el estado biológico del individuo y sobre las acciones vinculadas

directamente con la prevención o desarrollo de la enfermedad.

CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO

Para diseñar el instrumento, se pretendió elaborar las situaciones pertinentes partiendo de la taxonomía desarrollada por Ribes (1990) para estudiar estilos interactivos. Los arreglos contingenciales propuestos en tal taxonomía pueden emplearse para evaluar las competencias o incompetencias de un individuo *si se les agrega un criterio de logro*, lo cual corresponde al propio concepto de competencia; esto es, la taxonomía original implica el manejo de situaciones contingenciales abiertas, en donde no existen tales criterios de logro. Ello permite evaluar estilos interactivos, mientras que la evaluación de competencias requiere el diseño de situaciones contingenciales cerradas, donde exista un criterio de logro. Se habla, pues, de situaciones que impliquen un requerimiento o demanda y que permitan evaluar si el individuo satisface el criterio de logro, así como la correspondencia funcional, es decir, que el nivel que la situación requiere sea el que el individuo despliega. En consecuencia, se tomaron dos arreglos contingenciales de esta taxonomía. Considerando que el interés central es la relación entre competencias y el estado de salud-enfermedad, se supuso que dichos comportamientos ocurren en situaciones que constituyen el ámbito de interacción del individuo y que están vinculados al ejercicio de competencias. Aquellas situaciones que tienen una mayor relación con los estilos de los individuos —en donde éstos pueden constituir predictores importantes de enfermedad— no serían útiles para el presente propósito, en gran medida porque existe evidencia de que los estilos que se despliegan ante arreglos contingenciales vinculados con producción de estrés se correlacionan con enfermedad.

Se incluyó un criterio de logro en los arreglos contingenciales elegidos, en términos de ajuste, efectividad, pertinencia o congruencia, a fin de poder diseñar situaciones concretas para evaluar las competencias o incompetencias de los individuos. Igualmente, se decidió incluir cuatro incisos de respuesta, tres de ellos abiertos y uno con opciones, con el propósito de identificar no solamente si el individuo es competente o incompetente para

enfrentar este tipo de situaciones, sino los motivos que sustentan sus competencias, la valoración de las situaciones presentadas y su reactividad frente a ellas. Los arreglos contingenciales que se tomaron como base para el diseño del instrumento son, a saber:

a) Persistencia o logro. El individuo se encuentra en una situación en la que se demanda un esfuerzo cada vez mayor para obtener consecuencias en las que sabe que se le exige más para obtener lo mismo; sabe que se le exige más y obtendrá más; está advertido de que va a obtener más sin esfuerzo adicional, y son importantes en la situación la presencia de instrucciones respecto a los requerimientos y consecuencias (Ribes, 1990).

b) Flexibilidad al cambio. El sujeto se enfrenta a situaciones en la que las demandas cambian de manera no predecible; los cambios son frecuentes o variados en las características de las demandas y en las de las consecuencias, y estas últimas son múltiples e independientes entre sí (Ribes, 1990). A continuación se describe el instrumento.

Éste consta de dos partes. En la primera se evalúan algunos datos demográficos, como edad, estado civil, género, ocupación y escolaridad. Posteriormente, se incluyen siete reactivos relacionados con el estado de salud-enfermedad, como el tipo de enfermedades padecidas, la frecuencia con la que enferma, la gravedad y cronicidad de la enfermedad y las respuestas ante ella.

La segunda parte consta de 36 reactivos diseñados para evaluar competencias, cada uno de los cuales ilustra una situación particular, correspondiente a los dos arreglos contingenciales genéricos elegidos; por ende, se diseñaron 18 reactivos para cada arreglo. Los primeros describen diversas situaciones correspondientes a arreglos contingenciales de logro o persistencia en tres áreas o contextos de desempeño: laboral, familiar y social; los 18 restantes corresponden al arreglo de flexibilidad al cambio.

El diseño de los distintos reactivos considera un conjunto de criterios. En primer lugar, se tomaron en cuenta las dimensiones características de cada uno de los arreglos contingenciales; en segundo término, el nivel de aptitud competencial que cada situación requiere para responder de forma competente (no instrumental, instrumental y extra o transituacional), y, por último, tres contextos de

competencia: laboral, familiar y propiamente social. Se incluyen los tres contextos, como ya se había mencionado, dado que no puede evaluarse la capacidad de un individuo al margen de un contexto de desempeño, y se consideró que los tres

propuestos cubren de forma general el espectro de circunstancias en el que se relacionan las personas con otros y con su entorno cotidianamente.

La Tabla 1 esquematiza la lógica de la construcción del instrumento.

Tabla 1. Bases para la construcción del instrumento.

| | Contexto | Competencia requerida | Tipo de contingencia | Nivel |
|----|----------|-------------------------------|------------------------|------------------|
| 1 | Laboral | Resumir | Logro o persistencia | Instrumental |
| 2 | | Acordar | | |
| 3 | | Trabajar con esfuerzo | | |
| 4 | | Diseñar planes | | Extrasituacional |
| 5 | | Diseñar presentaciones | | |
| 6 | | Organizar | | |
| 7 | Familiar | Arreglar una puerta | | Instrumental |
| 8 | | Coser | | |
| 9 | | Realizar labores domésticas | | |
| 10 | | Instruir a otro | | Extrasituacional |
| 11 | | Reportar gastos | | |
| 12 | | Encontrar algo | | |
| 13 | Social | Usar aparatos | | Instrumental |
| 14 | | Hacer deporte | | |
| 15 | | Hacer trámites | | |
| 16 | | Conseguir información | | Extrasituacional |
| 17 | | Bajar de peso | | |
| 18 | | Dejar de fumar | | |
| 19 | Laboral | Localizar lugares | Flexibilidad al cambio | Extrasituacional |
| 20 | | Usar equipo de oficina | | |
| 21 | | Presentar escritos diferentes | | Instrumental |
| 22 | | Manejar tarjetas bancarias | | |
| 23 | | Organizar empleados | | |
| 24 | | Enseñar | | |
| 25 | Familiar | Guardar reposo | | No Instrumental |
| 26 | | Hacer un pago por computadora | | |
| 27 | | Cuidar el hogar | | Instrumental |
| 28 | | Cabalgar | | |
| 29 | | Inyectar | | |
| 30 | | Cuidar enfermos | | |
| 31 | Social | Llegar a lugares desconocidos | | Instrumental |
| 32 | | Cambiar una llanta | | |
| 33 | | Manejar en carretera | | |
| 34 | | Cuidar un bebé | | |
| 35 | | Atender visitas | | |
| 36 | | Llegar puntualmente | | |

Esta tabla se diseñó para servir como guía para la elaboración de los reactivos de la segunda parte. La primera columna señala el número de reactivos, la segunda indica el contexto social de la situación, la tercera el tipo de competencia requerida, la cuarta el arreglo contingencial de cada situación

y la quinta el nivel de aptitud competencial que la situación demanda.

Para el arreglo de *Logro o persistencia*, se pensó que las situaciones planteadas en los reactivos debían contener una demanda o señal contingente a las consecuencias, es decir, que el sujeto

supiera lo que se le exige para obtener algo; también, que se le podría demandar un mayor esfuerzo para obtener las mismas consecuencias o mayores. Igualmente, se consideró qué nivel de aptitud competencial se requería para cada situación: si bastaba con que el sujeto respondiera a las demandas siguiendo indicaciones (no instrumental), si debía introducir algún cambio en la misma (instrumental) o trascender las condiciones del aquí y ahora de la situación y responder *como si* estuviera en otra distinta (siguiendo alguna regla diferente o alguna teoría o conocimiento, algún recuerdo o planeando algo). Las contingencias de logro o persistencia se caracterizan por ser situaciones que demandan el cumplimiento de un criterio, o un mayor esfuerzo por parte del individuo para satisfacer dicho criterio y, por tanto, obtener una consecuencia. Puede cumplirse el criterio a través de distintos niveles de aptitud competencial, pero hay que cuidar que exista una correspondencia funcional entre lo que la situación demanda y dicho nivel de aptitud.

El arreglo de *Flexibilidad al cambio* considera cambios en las demandas que son impredecibles; los niveles competenciales requeridos se consideraron también en el diseño de situaciones específicas.

Ahora, para evaluar las competencias o incompetencias de los individuos en estas situaciones, cada reactivo demanda tres respuestas abiertas y una con cinco opciones de respuesta. La primera es que ante la situación planteada *qué hace* o *qué haría* el sujeto. Esta primera pregunta es la que permite evaluar si es o no competente en la situa-

ción, considerando que debe haber una correspondencia funcional entre lo que hace y la demanda o criterio de logro de la situación. La segunda pregunta es *por qué* decidiría hacer eso, lo cual permite evaluar el criterio que se emplea para responder, esto es, una conducta sustitutiva referida al comportamiento, la cual es un indicador adicional para evaluar el grado de competencia. La tercera pregunta es *cómo se siente* o *cómo se sentiría* al comportarse de la manera en que lo hace, lo que posibilita identificar la reactividad ante las distintas situaciones. Por último, se le pregunta *cómo valora la situación*, y se le pide que califique en una escala de 1 a 5 el grado de amenaza que la situación le representa, de modo tal que las opciones para este reactivo son: 1, muy amenazante; 2, más o menos amenazante; 3, poco amenazante; 4, casi nada amenazante y 5, nada amenazante. Tal pregunta se incluyó para evaluar la dimensión valorativa del comportamiento.

El conjunto de situaciones y las distintas preguntas que configuran este instrumento se diseñaron considerando que debían arrojar datos con respecto a los siguientes aspectos: si el individuo es o no competente para enfrentar una situación determinada; si reacciona emocionalmente a las diversas situaciones; si valora las distintas situaciones como problemáticas o amenazantes, aunque objetivamente no lo sean, y si en distintos contextos sociales de desempeño existe una diferencia en las respuestas.

A continuación se transcriben algunos reactivos de la segunda parte del instrumento para ilustrar su lógica de construcción.

Reactivo 2. En su trabajo, como parte de su responsabilidad tiene que lograr un acuerdo importante con una persona; esta persona siempre está muy ocupada y cuesta mucho trabajo concertar una cita. Usted:

a) *¿Qué hace o haría?*

b) *¿Por qué decidiría hacer eso?*

c) *¿Cómo se siente o se sentiría al hacerlo?*

¿Cómo ve la situación?

a) *muy amenazante*

c) *poco amenazante*

e) *nada amenazante*

b) *más o menos amenazante*

d) *casi nada amenazante*

El reactivo anterior forma parte del conjunto de reactivos diseñados para evaluar competencias en el contexto laboral; aquí se evalúa particularmente la capacidad para concertar una cita. Como se había señalado, esta habilidad por sí misma no

refiere competencia, pero si se evalúa un conjunto de habilidades laborales diversas se podría entonces hablar de ella. La situación diseñada tiene que ver con contingencias de logro o persistencia, y el criterio a satisfacer es instrumental en tanto que

se requiere de acciones que dependen de las condiciones presentes de la situación y que logren un cambio en el ambiente, en este caso concertar la cita. Se presentan, según se dijo antes, cuatro incisos para evaluar las respuestas: el primero evalúa la habilidad o inhabilidad y el segundo la referencia que el individuo hace de su propia respuesta; ambos incisos permiten evaluar el grado de competencia. El tercer inciso incide en la evaluación de la reactividad o dimensión afectiva del propio comportamiento, pues permite identificar si se presentan reacciones emocionales en esta interacción y si éstas son positivas o negativas. Por último, se evalúa la dimensión valorativa del comportamiento, considerando la “percepción” del sujeto sobre la situación.

En el reactivo 12 se lee: “Su pareja le da a guardar un documento importante. Tiempo después usted debe darle el documento, pero no recuerda donde lo guardó”, y a continuación se formulan las mismas preguntas del caso anterior y que son semejantes a las de los reactivos que se ilustran más abajo. Este reactivo pertenece al conjunto de aquellos que evalúan competencias en el contexto familiar. Nuevamente, se consideraron contingencias de logro o persistencia en donde el criterio a satisfacer demanda un nivel de aptitud extrasituacional. La demanda es encontrar un documento, y en esa medida hay que “recordar” en dónde se le guardó, lo cual implica un nivel diferente de respuesta que el buscar sin ninguna guía. Del mismo modo, se manejan los mismos incisos para evaluar las respuestas y con los mismos propósitos.

El 25: “Ud. es una persona muy activa, y muy sana; sin embargo se cae y se lesiona una pierna; ahora tiene que guardar reposo absoluto durante quince días porque es la única manera de sanar y no tener problemas posteriores”. El reactivo anterior ilustra el conjunto de reactivos que evalúan competencias en el contexto familiar. En este caso, la situación implica contingencias de flexibilidad al cambio, en donde se presenta un cambio de manera no predecible, y lo único que tiene que hacer el individuo es ajustarse a la demanda, por lo que el nivel de aptitud funcional demandado es situacional no instrumental: se trata de seguir las instrucciones y guardar el reposo indicado.

En el reactivo 33 se informa: “Ud. tiene que conseguir algo muy importante en otra ciudad y debe manejar en carretera. Eso es algo que no ha hecho antes, pues solamente maneja en la ciudad”. Este reactivo corresponde al conjunto de los que evalúan competencias en el contexto social. Aquí, las contingencias implicadas en la situación también corresponden a la flexibilidad al cambio: se introduce un cambio no predecible en la situación y la demanda a satisfacer es manejar en carretera. El nivel de aptitud funcional demandado es instrumental en tanto que el individuo tiene que conducir en la carretera, generando con ello efectos o cambios en la situación.

Cabe reiterar que las competencias designan un conjunto de habilidades o destrezas que funcionan como disposicionales para una interacción determinada; no se refieren a ocurrencias particulares ni a morfologías específicas. Por ello, se podrá hablar de competencias o capacidad solamente si se consideran las respuestas a todos los reactivos. Si, por ejemplo, se califican como aciertos las respuestas que satisfacen el criterio de logro y guardan por supuesto una correspondencia funcional con el nivel de aptitud funcional demandado, entonces el número de aciertos indicará una mayor o menor competencia. Dado que se propone una primera aproximación a este problema desde la perspectiva interconductual, se creyó importante incluir los dos primeros incisos de respuesta en forma abierta para cubrir, en una primera instancia, la posible gama de respuestas de alguna muestra poblacional, considerando que los sujetos pueden responder, por ejemplo, que hacen lo solicitado, piden ayuda, posponen la acción, hacen su mejor esfuerzo y vigilan que las cosas salgan bien, cumplen por cumplir haciendo las cosas como pueden, etcétera; estas posibilidades de respuesta responden a un motivo o creencia que podría explicar aquélla; por ejemplo, podrían responder que no participan en una competencia deportiva porque su médico se los prohibió, en cuyo caso hay que valorar la respuesta y, de cualquier manera, no perder de vista que solamente el conjunto de aciertos podrá ser el indicador de competencias. Así, dependiendo del número de aciertos y de la correspondencia funcional entre la demanda y la respuesta, se podría proponer evaluar el grado de

competencia en una escala ordinal que incluya categorías como alta, media, baja y ninguna.

Por otro lado, y con diversos propósitos potenciales, se evalúa la dimensión afectiva del comportamiento con un inciso de respuesta abierto que puede resumir la posible diversidad de respuestas en, por ejemplo, reacción emocional positiva, sin reacción emocional, reacción emocional negativa y reacción emocional negativa alta.

Por último, con base en la literatura, se propusieron los cinco incisos que evalúan la dimensión valorativa del comportamiento, eligiendo una escala para identificar el grado de amenaza que "percibe" el sujeto en la situación.

CONCLUSIONES

El modelo psicológico de la salud del cual se ha partido en este trabajo constituye actualmente una propuesta que demuestra su capacidad para generar hipótesis de investigación y permite orientar los esfuerzos hacia el desarrollo de programas de prevención en materia de salud. Dicho modelo requiere de investigaciones que hagan posible evaluarlo y de evidencia empírica que lo sustente. Los resultados de las investigaciones realizadas bajo esta perspectiva deben generar información efectiva acerca de la influencia de los diversos factores de proceso y resultante que, en lo individual, influyen para que un sujeto padezca diversas enfermedades o exhiba conductas asociadas a ellas. Así, en este trabajo es importante establecer líneas de investigación que permitan esclarecer el rol funcional de

los diversos factores de proceso que influyen en el estado de salud-enfermedad de un individuo. Como una primera aproximación, resulta relevante conocer el papel que desempeñan las competencias o capacidades de un sujeto para enfrentar las demandas de su vida cotidiana en su estado de salud-enfermedad. Igualmente, resulta de interés identificar el comportamiento en sus diversas dimensiones (hacer, valorar y reaccionar emocionalmente), lo cual puede hacerse a través de un modelo que dé cuenta de la dimensión psicológica del problema. Ello representa una ventaja adicional desde el momento en que no se pretende seguir acumulando datos sin vinculación alguna con una teoría o con preguntas más generales.

Entender el comportamiento pertinente a la salud desde esta perspectiva hace posible abordar el fenómeno con una aproximación funcional que considera una serie de factores que se plantean de manera aislada o limitada desde otras perspectivas.

El conocimiento del rol funcional de los factores propios de la salud permitirá no sólo una mayor comprensión del papel del comportamiento en la salud, sino la creación de una tecnología psicológica eficaz en este campo, en donde lo prioritario es el diseño de programas psicológicos de prevención primaria, secundaria y terciaria que impliquen necesariamente las diferencias individuales y, así, vinculen el conocimiento de las ciencias biomédicas con el de las ciencias sociales a través del análisis de todos los elementos que conforman el comportamiento individual.

REFERENCIAS

- Amigo, V.I., Fernández, R.C. y Pérez, A.M. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Bairey Merz, C.N., Dwyer, J., Nordstrom, C.K., Walton, K.G., Salerno, J.W. y Schneider R.H. (2002). Psychosocial stress and cardiovascular disease: Pathophysiological links. *Behavioral Medicine*, Winter, 27(4): 141-147.
- Blanchard, E.B. (1982). Behavioral Medicine: Past, present and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(6): 785-790.
- Blanchard, C.M., Rodgers, W.M., Courneya, K.S., Daub, B. y Black, B. (2002). Self-efficacy and mood in cardiac rehabilitation: should gender be considered? *Behavioral Medicine*, Winter, 27(4):149-160.
- Caballo, V., Buela-Casal, G. y Carroble, J. (1996). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (vol. 1). Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. (1995). *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid: Siglo XXI.
- Cameron, N. (1982). *Desarrollo y psicopatología de la personalidad*. México: Trillas.
- Carpio, C. (1994). Comportamiento animal y teoría de la conducta. En L. Hayes, E. Ribes, y F. López (Eds.): *Psicología interconductual. Contribuciones en honor a J.R. Kantor*. Guadalajara (México): Universidad de Guadalajara.
- Cohen, M. (2002). First-degree relatives of breast-cancer patients: cognitive perceptions, coping, and adherence to breast self-examination. *Behavioral Medicine*, Spring, 28(1): 15-22.

- Davison, G. y Neal, J. (1983). *Psicología de la conducta anormal*. México: Limusa.
- De la Fuente, R. (1978). *Psicología médica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- DíazGonzález, E. y Rodríguez, M.L. (1998). Papel de las competencias en personas valoradas como alcohólicas. *Psicología Contemporánea*, 5(1): 16-27.
- Dollard, J. y Miller, N. (1973) *¿Cómo se aprenden los síntomas?* En T. Millon (Ed.): *Psicopatología y personalidad*. México: Interamericana.
- Garma, A. (1978). *El psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Hockemeyer, J. y Smyth, J. (2002). Evaluating the feasibility and efficacy of a self-administered manual-based stress management intervention for individuals with asthma: results from a controlled study. *Behavioral Medicine*, Winter, 27(4): 161-172.
- Kaplan, H. (1988). *Compendio de psiquiatría*. Madrid: Salvat.
- Landa, P. y Rodríguez, M.L. (1993). Tabaco y salud: nuevas soluciones a viejos problemas. *Salud y Sociedad*, 2(2): 27-46.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ribes, E. y López, F. (1985). *Teoría de la conducta: un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.
- Rodríguez, M.L. y Landa, P. (1993). Validación del análisis contingencial. *Salud y Sociedad*, 2(2): 27-36.
- Rodríguez, M.L. y DíazGonzález, E. (1999). El análisis contingencial y su aplicación en un problema psicológico *Revista Electrónica de Psicología Clínica*, 2(2).
- Rodríguez, M.L., Robles, S., Moreno, D. y DíazGonzález, E. (2000). El SIDA desde el modelo psicológico de la salud biológica. *Psicología y Salud*, 10(2): 149-161.
- Rybarczyk, B., DeMarco, G., De la Cruz, M., Lapidus, S. y Fortner, B. (2001). A classroom mind/body wellness intervention for older adults with chronic illness: Comparing immediate and 1-year benefits. *Behavioral Medicine*, Spring, 27(1):15-27.
- Ryle, G. (1949). *The concept of mind*. New York: Barnes and Noble.
- Schwartz, G.E. y Weiss, S.M. (1977). What is behavioral medicine? *Psychosomatic Medicine*, 6: 377-381
- Zumaya, L. (1993). Bases teóricas de las psicoterapias cognoscitivo-conductuales. *Salud Mental*, 16(1): 39-43.