



ERRORES CONCEPTUALES Y METODOLÓGICOS EN PSICOLOGÍA Y SALUD: ESTUDIO DE CASO SOBRE EL USO Y ABUSO DEL MODELAMIENTO CON ECUACIONES ESTRUCTURALES

Julio Alfonso Piña López
Universidad de Sonora, México

Se analiza un trabajo de investigación que se justificó en la teoría del desarrollo psicopatológico, los factores protectores, la autorregulación, la resiliencia y la calidad de vida en una muestra de personas que vivían con diabetes tipo 2 e hipertensión; para el análisis de los datos se utilizó el modelamiento con ecuaciones estructurales (MEE). Aun cuando los autores concluyen sobre la pertinencia de los datos a la teoría probada, incurren en errores lógicos, conceptuales, metodológicos y de interpretación que, tomados en conjunto, evidencian una flagrante ruptura teoría-datos.

Palabras clave: Psicología, Salud, Teoría del desarrollo, Ecuaciones estructurales, Teoría, Datos.

It is analyze a research which was justified on the theory of psychopathology development, protector factors, self-regulation, resilience, and quality of life among persons who lived with type 2 diabetes and hypertension; for data analysis the structural equation modeling (SEM) was used. Although the authors conclude on the adequacy of data to the tested theory, they incur in logical, conceptual, methodological and interpretation mistakes that, taken together, show a flagrant breakdown theory-data.

Key words: Psychology, Health, Development theory, Structural Equation, Theory, Data.

Teorema de Christie-Davies: si sus datos son falsos pero su lógica es perfecta, entonces sus conclusiones son, inevitablemente, falsas. Por tanto, al cometer errores con su lógica, tiene, cuando menos, una probabilidad aleatoria de llegar a una conclusión correcta (Bloch, 1992; p. 75).¹

La psicología es una disciplina en proceso de consolidación como empresa científica que no sólo carece de un objeto de estudio único y consensado, sino que también carece de una teoría única y consensada con la que se represente conceptualmente a lo psicológico en el nivel básico; esto es, una que incluya a fenómenos como atender, percibir, recordar, pensar, razonar, etcétera. Se trata de una teoría cuya finalidad es la de procurar el conocimiento sistemático de esos u otros fenómenos más, apoyándose en una metodología observacional y experimental (Ribes, 2009a). De

la sólida construcción de dicha teoría dependerá a su vez la construcción de otros cuerpos teóricos, los que Ribes (2005) da en llamar de intersección; destacan dos sobre los fenómenos del desarrollo y la personalidad. En otro nivel incluimos a los modelos teóricos que se elaboran con fines aplicativos sobre los distintos problemas sociales, i.e., educación (Ibáñez y Ribes, 2001), trabajo u organizaciones (Rodríguez y Díaz-González, 2000) y salud (Piña y Sánchez-Sosa, 2007; Ribes, 1990a), fundamentalmente.

Como punto de partida, podemos afirmar que la importancia de una teoría o un modelo teórico radican en que es más fácil allanar el camino al momento de analizar e interpretar los datos arrojados por una investigación... con *sentido teórico* (Figura 1). Para ello, sin embargo, es requisito *sine qua non* que ambas se encuentren debidamente articuladas en lo conceptual, significando que ni una ni el otro deben considerarse como simples recipientes a los que, en razón de los intereses y/o necesidades coyunturales de los autores, se les van agregando conceptos que no forman parte de su andamiaje original.

Esto último es fundamental porque, con una frecuencia insospechada y de manera más acusada entre quienes conducen una investigación aplicada y hacen uso del modelamiento con ecuaciones estructurales (en lo sucesivo, MEE), la articulación conceptual suele pasar a un segundo plano. Así, basta y sobra con que alguien perspicaz justifique una investigación apoyándose en el MEE, para que ésta adquiera *ipso facto* y por una suerte de decreto el carácter de "científica"; por consiguiente, que los hallazgos adquieran su supuesto valor para "explicar" o "predecir" algo.² Lo interesante es que un análisis minucioso seguramente desvelará que muchas de las investigaciones que se justifican en el MEE comparten un mismo pecado original, que por obvias razones no las hace merecedoras de tal distinción, es decir, la de ser científicas. Este pecado original lo resumimos de la siguiente manera:

Correspondencia: Julio Alfonso Piña López. Universidad de Sonora, México. Guillermo Prieto No. 18. CP 83150 Hermosillo. México. E-mail: pina.lopez.julio@gmail.com

El autor agradece los comentarios y sugerencias realizados a este trabajo por los revisores.

¹ Apercibimos al lector que para el estudio de caso que aquí se analiza no se cuestiona la veracidad de los datos; se cuestiona: a) su apropiado y correcto tratamiento estadístico, y b) la posterior interpretación que se hace de los mismos.

² Por lo demás, los modelos teóricos con fines de aplicación del conocimiento no "explican", algo que sí hacen las teorías generales de proceso (teorías psicológicas). Los modelos teóricos en el ámbito de la salud, debido a los conceptos que utilizan (i.e., personalidad, motivos, competencias, emociones, etcétera) sirven para "predecir" cuán probable es que una persona se comportará de determinada manera en una circunstancia y no en otra (Piña, 2015a)



1. Cuando un autor parte de un error lógico, seguro ⇒
2. Cometerá uno de naturaleza conceptual, dando paso ⇒
3. A uno metodológico, para culminar ⇒
4. Con uno de interpretación.

Una cadena consecutiva de errores que nos permite concluir que muchas de las investigaciones que se apoyan en el MEE constituyen esfuerzos hermenéuticos en los que, técnicamente hablando, se propicia lo que Ruiz, Pardo y San Martín (2010) caracterizaron como *relaciones espurias*: ausencia de una relación causal entre dos variables, incluyendo la que se supone eventualmente existe respecto de una tercera variable.

Partiendo de estas consideraciones, el objetivo que se persiguió en este trabajo fue el de analizar un reporte de investigación que se apoyó en el MEE, el cual según los autores (Gaxiola, Pérez y González, 2013) se justificó en la Teoría del Desarrollo Psicopatológico de Chichetti (1990) y en el añadido *sui generis* de conceptos como factores protectores, autorregulación, resiliencia y calidad de vida en una muestra de personas que vivían con diabetes tipo 2 e hipertensión. Demostraremos que los autores, al incurrir en errores lógicos, conceptuales, metodológicos y de interpretación de los hallazgos, son víctimas de un exceso de *euforia investigativa* que pone en entredicho la tan pregonada relación teoría-datos.

LA TEORÍA DEL DESARROLLO PSICOPATOLÓGICO Y LOS AÑADIDOS CONCEPTUALES

Gaxiola *et al.* (2013) publicaron un reporte de investigación que se justificó en la teoría del desarrollo psicológico y en aquellos cuatro conceptos, teniendo como participantes a un grupo de personas que vivían con diabetes tipo 2 e hiperten-

sión. En principio, y por su posterior importancia, citaremos en extenso lo que los autores plantearon respecto de algunas características epidemiológicas de ambas enfermedades:

[...] por la tanto, ambas enfermedades pueden presentarse en una misma persona. La hipertensión arterial es un padecimiento que va en crecimiento y es causante de incapacidades dentro de la población mexicana; entre sus consecuencias se puede mencionar, por ejemplo, el desarrollo de otras enfermedades de tipo vascular como la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad coronaria y la muerte súbita [...] Además de las consecuencias físicas de los padecimientos crónicos-degenerativos como la diabetes mellitus y la hipertensión, se encuentra una disminución en la calidad de vida de aquellos que las padecen³ (Gaxiola *et al.*, 2013; p. 108).

Enseguida, en la página 109, en el apartado intitulado *Marco teórico: teoría del desarrollo psicopatológico*, exponen lo siguiente:

La teoría del desarrollo psicopatológico hace énfasis en el desarrollo humano y sus procesos de adaptación e inadaptación [...]. De acuerdo con esta teoría, la interacción entre los aspectos contextuales, biológicos, psicológicos y sociales afecta el desarrollo normal y patológico a lo largo de la vida, generando en algunos procesos de adaptación y en otros desadaptación [...] De esta manera, la teoría del desarrollo psicopatológico constituye una *teoría ecológica* que puede ser utilizada como marco de referencia al estudiar las consecuencias de diversos padecimientos en la calidad de vida de las personas [...] Tanto la vitalidad como el dolor y la discapacidad son influidas por las experiencias personales y por las expectativas de cada persona [...] Además, si se considera que el soporte social puede afectar la calidad de vida, es posible que dos personas con el mismo estado de salud tengan una percepción diferente de éste (Gaxiola *et al.*, 2013; p. 109).

De manera abrupta y, como veremos más adelante, sin conexión alguna con el contenido de ambas citas textuales, en el apartado intitulado *factores protectores y de riesgo asociados a la calidad de vida* (pp. 109-110), los autores hicieron una descripción de:

1. Los *factores protectores*, a los que definieron como las condiciones o entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos y reducir los efectos de circunstancias desfavorables.
2. La *autorregulación*, definida como el conjunto de procesos que sirven para controlar continuamente el progreso hacia una meta, comprobando los resultados y redirigiendo los esfuerzos eficaces, así como la regulación de las emociones.
3. La *resiliencia*, definida como una característica del ser humano que lo hace capaz de reponerse ante situaciones amenazantes.
4. Esos tres factores, aseguran los autores, contribuyen con la promoción de la *calidad de vida*; ésta comprende a las dimensiones de percepción de la salud y las circunstancias sociales, individuales y ambientales que rodean a las personas, poniendo el énfasis en el *grado de satisfacción* de las personas.



³ No se observan los resultados en negritas

⁴ No se observan los resultados en negritas



Concluida esa sucinta descripción tanto de la *teoría del desarrollo psicopatológico* como de los tres primeros factores, en la sección de método hicieron una breve descripción de los participantes (n = 170) y la batería de instrumentos utilizados, que incluyeron a:

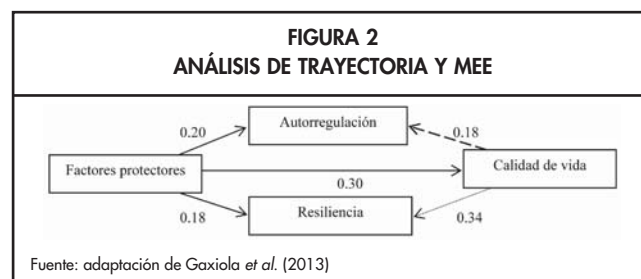
1. *Escala breve sobre Calidad de Vida* de la World Health Organization (WHO, 1998), que consta de 26 preguntas con cinco opciones de respuesta en una escala tipo Likert, que van de 1 (insatisfecho) a 5 (muy satisfecho). Se consideraron cuatro áreas, a saber, salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente.
2. *Resiliencia* (Gaxiola, Frías, Hurtado, Salcido y Figueroa, 2011), que cuenta con 24 preguntas con cinco opciones de respuesta en una escala tipo Likert, que van de 1 (nada) a 5 (totalmente). Se consideraron siete dimensiones, que incluyeron: actitud positiva, sentido del humor, perseverancia, religiosidad, autoeficacia, optimismo y orientación al logro.
3. *Factores Protectores*,⁵ que incluye 23 preguntas con cinco opciones de respuesta en una escala tipo Likert, que van de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Se consideraron dos factores, apoyo social y cohesión del vecindario.
4. *Autorregulación* (Gioia, Iquith, Retzlaff y Espy, 2002), conformado por 30 preguntas con siete opciones de respuesta en un formato tipo Likert, que van de 1 (nunca) a 7 (ocasionalmente). Las áreas que se midieron fueron: inhibición y control emocional (autorregulación emocional), por un lado, y flexibilidad y auto-monitoreo (autorregulación conductual), por el otro.

Hacemos mención de los diferentes factores, dimensiones o áreas que conforman a cada instrumento, pues cuando se esperaba un análisis pormenorizado de cada uno sobre su influencia en la calidad de vida y la condición de los pacientes según la enfermedad diagnosticada, lo que los autores hicieron fue extraer las medias y desviaciones estándar totales de los instrumentos —es decir, sumaron las puntuaciones de las diferentes subescalas. Por consiguiente, al omitir la puntuación de cada subescala de manera independiente, demostraremos más adelante por qué se incurrió en un error metodológico con profundas implicaciones al momento de analizar e interpretar los datos (véase Underwood, 1966). Las puntuaciones totales en cuestión fueron las siguientes:

1. *Calidad de vida* (puntuaciones mínima y máxima posibles que oscilaban por pregunta de 1 a 5): M = 3.35; DE = 0.45. Por tanto, se podría afirmar que los participantes “gozaban” de una buena percepción de su calidad de vida en lo físico, lo psicológico y en la manera de relacionarse social y ambientalmente.

2. *Resiliencia* (puntuaciones mínima y máxima posibles que oscilaban por pregunta de 1 a 5): M = 3.99; DE = 0.63. Por tanto, se podría afirmar que los participantes eran resilientes, o sea, tenían una inmejorable actitud positiva, un elevado sentido del humor, eran perseverantes, religiosos, auto-eficaces, optimistas y con una adecuada orientación hacia la meta — todos estos fenómenos, psicológicos o no, forman parte del instrumento que presumiblemente mide resiliencia.
3. *Autorregulación* (puntuaciones mínima y máxima posibles que oscilaban por pregunta de 1 a 7): M = 1.71; DE = 1.23. Por tanto, se podría afirmar que los participantes no presentaban problemas de autorregulación emocional (eran, pues, desinhibidos y con un buen control emocional) y conductual (eran, pues, flexibles y se auto-monitoreaban permanentemente).
4. Factores protectores (puntuaciones mínima y máxima posibles que oscilaban por pregunta de 1 a 5): M = 4.08; DE = 0.56. Por tanto, se podría afirmar que los participantes se encontraban “protegidos” al contar con redes de apoyo social y con la cohesión del vecindario.

Considerando esas puntuaciones totales procedieron a realizar un análisis de trayectoria dentro del MEE, cuyos resultados fueron los siguientes: $\chi^2 = 72.8$; gl. = 9; $p = 0.50$; BBNFI = 0.99; BBNNFI = 1.0; CFI = 0.98; RMSEA = 0.00.⁶ Para el lector no enterado, con excepción del valor de la χ^2 (que debe ser $p > 0.05$), los restantes son indicadores de bondad del ajuste muy cercanos a la “perfección” estadística,⁷ aun cuando también muy cercanos... pero a las “imperfecciones” teórico-conceptuales y metodológica. Con base en estos datos daremos paso a un examen de por qué los autores al partir de una relación espuria teoría-datos, confunden covariación con relación causal (Figura 2), y por qué sus conclusiones son incorrectas y carentes de todo sustento al momento de interpretar las relaciones: a) entre variables; b) cómo eventualmente es que afectan a la calidad de vida, según se trate de participantes con diagnóstico de diabetes o de hipertensión, y c) las consecuencias de ambas enfermedades sobre la calidad de vida, tal y como lo plantearon en el objetivo.



⁵ Sobre el cual no se proporciona la referencia

⁶ BBNFI (Índice Bentler-Bonett de Ajuste Normado; también conocido como NFI o Índice del Ajuste Normado); BBNFI (Índice Bentler-Bonett de Ajuste No-Normado; también conocido como NNFI o Índice del Ajuste No-Normado); CFI (Índice del Ajuste Corregido); RMSEA (Raíz Media Cuadrática del Error de Aproximación).

⁷ Los parámetros sugeridos para un buen ajuste de los datos a la teoría “probada” incluyen: un valor del χ^2 de $p > 0.05$ (de ajuste absoluto); BBNFI, BBNNFI y CFI ≥ 0.95 (de ajuste comparativo) y RMSEA ≤ 0.08 (se recomienda la lectura de Rodríguez, González y Ruiz, 2009; Ruiz et al., 2010). Como nota adicional, existen además otros indicadores de bondad del ajuste que los autores no consideraron en su trabajo de investigación, como por ejemplo la razón entre el χ^2 y los grados de libertad (que tiene que ser < 3), el índice de bondad del ajuste (IBA) y el índice de bondad del ajuste corregido (IBAC).





EL PRIMER MOMENTO: LOS ERRORES LÓGICOS Y LOS CONCEPTUALES

Señala Ryle (1947/1967) que un error lógico consiste en asegurar que determinado fenómeno existe y que se le puede representar mediante un concepto, el cual se supone se podrá relacionar con otros conceptos. Citaremos al autor en extenso:

Para lograr ciertos fines, es necesario determinar las conexiones lógicas de ciertos conceptos cuyo uso conocemos bien [...] Determinar la geografía lógica de los conceptos es poner de manifiesto la lógica de las proposiciones que los contienen, o sea, mostrar qué proposiciones son congruentes o incongruentes con ellas, cuáles se siguen de ellas y de cuáles se infieren. El tipo lógico o categoría al que pertenece un concepto es el conjunto de modos o maneras en que se lo puede usar con legitimidad teórica (Ryle, 1949/1967; pp. 13-14).

La geografía lógica de los conceptos presupone que éstos tienen límites, razón por la cual no se les pueden sobrepasar, so riesgo de hacer un uso confuso de ellos y terminar sobrelapándolos con otros conceptos (Moore, 2001). En psicología y salud, por ejemplo, motivos, emociones, sentimientos y personalidad significan cosas distintas, por lo que uno esperaría que nadie definiera el primero con base en los restantes; algo así como decir que los estados motivacionales de una persona son altamente “emocionales” o que existe una personalidad motivadora. El asunto sobre el que ponemos énfasis, es que al partir de un error lógico es moneda corriente que los autores mal definan los conceptos centrales en sus investigaciones, con todo lo que ello implica.

En el caso que nos ocupa, lo que se termina haciendo es sustituir la pertinencia y el uso correcto de los conceptos por una máxima que ha adquirido tintes de verdad absoluta en el MEE, la cual se suele resumir en los artículos de la siguiente manera: *¡Los indicadores de bondad de ajuste señalan que el modelo teórico se ajusta a los datos!*⁸ En pocas palabras, al margen de los problemas lógicos y conceptuales, si los indicadores de bondad del ajuste están bien, luego entonces la “teoría” o el “modelo teórico” están bien, ya que se asegura que una u otro encuentran correspondencia con los datos.

EL SEGUNDO MOMENTO: LA TEORÍA DEL DESARROLLO PSICOPATOLÓGICO Y SUS CONCEPTOS CENTRALES

Se recordará que antes, al hacer referencia a la “teoría” de la que presumiblemente partieron los autores, mencionaron a la del *desarrollo psicopatológico* de Cicchetti (2006), la cual aseguraron constituye una *teoría ecológica*. Algo que los autores debieron haber tenido claro desde un principio, es que teoría no es cualquier cosa, ni el “decir” teórico tampoco puede serlo. Una teoría no constituye un agregado arbitrario de con-

ceptos, como si aquella fuese una especie de recipiente al que se le van incorporando uno o varios de manera indiscriminada. Adicionalmente, consideramos oportuno apereibir a los autores que siempre es necesario distinguir entre los distintos tipos de teorías y los modelos teóricos, así como las finalidades que persiguen.

Una teoría psicológica, por ejemplo, la de Skinner (1953/1970), se inscribe en el marco de las teorías general de procesos; su finalidad es la de *describir* y *explicar* cómo y por qué las personas se comportan en la cotidianidad, describiendo el sistema de relaciones entre distintos tipos de eventos (Ribes y López, 1985; Roca, 2013). Sobre este tipo de teoría, Ribes señala que:

El proceso teórico consiste en cómo inferir de situaciones de hecho particulares a otras situaciones de hecho particulares, cómo explicar situaciones de hecho particulares refiriéndolas a otras situaciones de hecho, y cómo producir o prevenir estados de cosas que garanticen dichas situaciones de hecho (Ribes, 2009b; p. 6).

En este contexto, el conocimiento científico obtenido en y mediante la práctica de investigación permitiría darle *cuerpo*, *sustento* y *validez empírica* a una teoría, para estar en condiciones de especificar cómo es que habrá de interpretarse la relación entre un conjunto de eventos (por ejemplo, del ambiente) y otro conjunto de eventos (por ejemplo, los conductuales). Pero, decíamos que también existen otros cuerpos teóricos, como los del desarrollo o la personalidad, que a diferencia de la teoría científica *no tratan con procesos*, sino con los *resultados* de los procesos. Los resultados en ambas teorías son diferentes: en la del desarrollo se pone énfasis en la emergencia o surgimiento de las transiciones de conducta en contextos ecológicos y culturales, o sea, nuevas formas de organización conductual —i.e., competencias (Ribes, 1996); en la de personalidad se le pone en la naturaleza idiosincrática, única y singular con la que cada persona, comportándose en lo individual, entra en contacto con situaciones en las que no se prescribe criterio alguno sobre qué o cómo responder —i.e., la tendencia al riesgo (Ribes, 1990b).

Hacemos mención de ambas teorías, porque tanto la del desarrollo o la de personalidad no sólo tienen finalidades diferentes, sino porque pueden ser clasificadas como teorías con orientación tecnológica. Por definición, una teoría tipo-tecnología se justifica con el propósito deliberado de *predecir* qué tan probable es que una persona se desarrolle competencialmente en el continuo de la vida, o bien que dadas ciertas características de personalidad se mantenga o no saludable. En esta lógica, la *teoría del desarrollo psicopatológico*, que es producto de muchos y variados temas y problemas, que se representan mediante muchos y variados conceptos, difícilmente privilegiará la articulación conceptual. Por ende, sin ésta difícilmente habrá consistencia discursiva y, como

⁸No se observan los resaltados en negritas

⁹La *teoría del desarrollo psicopatológico* de Cicchetti, es una teoría sobre el desarrollo —adaptativo o no, patológico o no—, con lo que, y por una petición elemental de principio, tiene límites más o menos precisos. Es decir, esa teoría surgió con el propósito de entender por qué los niños se encontraban en riesgo de padecer esquizofrenia, para lo cual se requería de un enfoque centrado en el desarrollo (Cicchetti, 1990). Además, como bien nos hacen saber Causadias y Carlson (2014), dicha teoría retomó en sus orígenes elementos del psicoanálisis, de la embriología genética, de la epidemiología, de las neurociencias, de la psicología experimental, de las teorías del desarrollo de Werner y Piaget, así como de la teoría del apego de Bowlby y Ainsworth. Es, es en suma, la que llamaremos una teoría *híbrido*.





consecuencia natural, uno o varios autores adoptarán como suya la práctica de incorporarle, arbitrariamente, conceptos con diferente origen y contenido.⁹

Por ello, apelar a una teoría como la del *desarrollo psicopatológico* sin explicitar cuáles son y cómo se definen los factores contextuales, biológicos, psicológicos y sociales que afectan el desarrollo normal y patológico a lo largo de la vida, ayuda a entender por qué en el caso de los autores la mejor opción que se tuvo a la mano fue la de incorporar conceptos como los factores protectores, autorregulación, resiliencia y calidad de vida. Como bien nos hace saber Lemos-Giráldez (2003), la perspectiva evolutiva que subyace a la mencionada teoría presupone que, en el continuo del desarrollo, se van integrando múltiples sistemas en el niño y el adolescente, que incluyen a los de tipo cognoscitivo, afectivo, social y biológico, que justo permitirían en su interacción constante identificar qué mecanismos de vulnerabilidad o de protección están implicados tanto en el desarrollo en sí mismo como en la aparición de algún trastorno “psicológico” específico.

Luego entonces, y con relación a la investigación que se analiza aquí, una serie de inquietudes primeras que saltan a la vista sobre la *teoría del desarrollo psicopatológico*, es cómo al saber y entender de Gaxiola *et al.* (2013):

1. Puede ser utilizada con el objetivo declarado de *evaluar la relación entre factores protectores sociales, la autorregulación y la resiliencia con la calidad de vida de los pacientes que padecen diabetes mellitus e hipertensión arterial* (Gaxiola *et al.*, 2013; p. 110). Primero, porque la teoría se elaboró con la finalidad de estudiar los orígenes y el desarrollo de patrones de inadaptación, cualquiera sea la edad de inicio y las causas (Stroufe y Rutter, 1984), no para estudiar la relación entre una diversidad de factores, sean o no psicológicos, respecto del cuidado, mantenimiento, pérdida o recuperación de la salud. Por consiguiente, no se puede extrapolar una teoría con una finalidad definida para estudiar ciertos tipos de relaciones entre determinadas variables y sus efectos potenciales sobre la salud-enfermedad.
2. Asimismo, se omitió deliberadamente una explicación a propósito del papel que juegan dentro de la teoría diferentes factores, como los llamados protectores, la autorregulación y la resiliencia. Éstos, por lo demás, nos permitimos aclararles a los autores del trabajo, ni siquiera forman parte de su andamiaje conceptual, lo que significa que fueron agregados por aquéllos al margen de cualquier consideración lógica y teórica.
3. Pero, quizá hubiese sido interesante que clarificaran cómo es que esos factores se relacionan con dos enfermedades crónicas no-transmisibles, la diabetes y la hipertensión, y a su vez éstas con la calidad de vida.

No son inquietudes ni preguntas ociosas puesto que, recordamos, si el objetivo que se plantearon los autores fue el de evaluar la relación entre los factores protectores sociales, la autorregulación y la resiliencia con la calidad de vida de los pacientes que padecían esas dos enfermedades, lo menos que el lector esperaría es encontrar algún vínculo entre factores, conceptos, calidad de vida y diabetes-hipertensión.

EL TERCER MOMENTO: LOS ERRORES METODOLÓGICOS Y DE INTERPRETACIÓN

El problema es que ese vínculo referido en la parte final del párrafo previo no existe, al menos teóricamente, lo que se demostrará contundentemente a partir de aquí cuando se resuman los resultados y la interpretación *sui generis* que de éstos hicieron los autores, quienes en el apartado de discusión plantean lo siguiente; citaremos por su importancia en extenso:

En el modelo resultante, los *factores protectores*¹⁰ de apoyo social y cohesión del vecindario *predicen* la *autorregulación* de los pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes mellitus y la hipertensión, lo cual implica que esta variable de tipo psicobiológico puede verse modulada por factores ambientales; a su vez, la *autorregulación predice la calidad de vida*, lo cual se debe posiblemente a que las personas de la muestra son capaces de evaluar y controlar su comportamiento, eligen las acciones más pertinentes para mejorar y mantener un estado de salud favorable y desarrollan hábitos que posteriormente inciden en la forma de percibirse [...] La *calidad de vida* medida como la percepción que tienen los pacientes con enfermedades como la diabetes mellitus tipo II y la hipertensión arterial sobre diversos aspectos de su vida, entre ellos su estado de salud, *se ve predicha por el nivel de su capacidad autorregulatoria* [...] (Gaxiola *et al.*, 2013; p. 116)

Asimismo, en la página 109, cuando los autores describen los factores protectores asociados con la calidad de vida, nos remiten a una amplia variedad de condiciones que pueden favorecer o no el desarrollo de las personas, a la vez que reducir los efectos de circunstancias desfavorables; destacan la cohesión del vecindario y el apoyo social. Paradójicamente, si bien la *teoría híbrida del desarrollo psicopatológico* presta especial atención al desarrollo de niños y adolescentes, preguntamos: ¿cómo se puede justificar una investigación en una *teoría del desarrollo psicopatológico* sin incluir en el análisis a características propias de los niños y adolescentes comportándose en lo individual? Pero, además de la manifiesta ausencia de los factores “protectores” propios de las personas comportándose en lo individual, nótese en que en el modelo estructural de trayectorias que se muestra en la Figura 2, la única variable que influyó directamente sobre la calidad de vida fue justo la de los factores protectores, explicando el 15% de la varianza total ($R^2 = 0.15$), porcentaje que sin duda sería menor si se hubiese considerado el valor de la R^2 ajustada; ¿*pecata minuta*? Empero, nótese ahora en la cita textual previa, que en la lógica de los autores la autorregulación predice la calidad de vida, lo cual por supuesto que es ilógico y contradictorio, en virtud de que la dirección de la flecha inicia con la calidad de vida y termina en la autorregulación (flecha resaltada con negritas y guiones largos). O sea, la calidad de vida predice a la autorregulación, no al revés, como sostienen los autores en la cita textual previa.

Enseguida y de manera por demás sorprendente, los autores añaden lo siguiente:

También se encontró, como en otras investigaciones [...] que los *factores protectores predicen*¹¹ a la *resilien-*

¹⁰ Resaltados con cursivas y negritas nuestros

¹¹ No se observan los resaltados en negritas



cia debido a que, en su desarrollo, algunas personas van interactuando con los factores protectores que les permiten construir y permanecer comportándose en “nichos adaptativos” [...] y fortalecer su disposición a la resiliencia. Esto implica que a pesar de la existencia de una enfermedad, la interacción con los factores protectores permite el desarrollo de una serie de tendencias que fortalecen a las personas contra los riesgos que enfrentan, en este caso, los establecidos por padecer diabetes tipo II e hipertensión arterial (Gaxiola *et al.*, 2013; pp. 116-117).

Si los factores protectores constituyen una diversidad de elementos disponibles en el repertorio de una persona en razón de su contacto con objetos, eventos y otras personas en el ambiente, en la lógica de Gaxiola *et al.* (2013) los factores protectores que contemplaron se incluirían dentro del contexto ecológico-social, en la medida en que se asegura que tanto el apoyo social como la cohesión del vecindario “protegieron” a las personas con diabetes e hipertensión. Pero, como recién comentamos, ante la ausencia de los factores protectores propios de la persona comportándose en lo individual, ¿cómo se puede explicar la influencia del desarrollo —definido como transiciones en las que emergen nuevos procesos conductuales a partir de los previos— sobre los cambios en la tendencia a comportarse de una manera u otra en el continuo de la vida? Es decir, si los autores justificaron un trabajo de investigación en una teoría, la del *desarrollo psicopatológico*, resulta por demás extraño que se haya omitido deliberadamente el uso de categorías conceptuales relativas al desarrollo en los términos previamente expuestos. La teoría en cuestión se extravió en el camino, al igual que la caracterización del fenómeno del desarrollo. Lo más interesante de esto último es que si los *factores protectores* predicen a la *resiliencia*, por el hecho de que las personas en su *desarrollo* interactúan con factores protectores que fortalecen la disposición a la resiliencia (cita textual previa), una lectura a propósito del concepto de resiliencia en la que figura el primer autor (véase Gaxiola *et al.*, 2011), nos muestra que:

La resiliencia o adaptabilidad se define, pues, como la capacidad de exhibir respuestas adaptativas ante condiciones de riesgo [...] la cual combina un conjunto de atributos personales adquiridos a través del desarrollo psicológico y a partir del contacto con factores protectores disponibles en los entornos propios de las personas en riesgo. *La resiliencia es una inferencia basada en las diferencias individuales respecto a la respuesta de estrés o adversidad*¹² [...] por tal motivo, constituye una variable del orden latente [...] que puede ser inferida a partir de indicadores observados relativos a modos disposicionales (Gaxiola *et al.*, 2011; p. 74)

Notará el lector que en esta cita textual y en la anterior prevalece la misma lógica, es decir, la de asegurar que el desarrollo está ahí, como si fuese la “caja de resonancia” de los factores protectores que literalmente impelen a que las personas sean resilientes. Luego entonces, no se requieren categorías relativas al fenómeno del desarrollo de las personas

comportándose en lo individual, sino simple y sencillamente se requieren aquellas que se definen como factores protectores y resiliencia. No obstante, preguntamos ahora, ¿de qué y/o contra qué “protegieron” los factores protectores a las personas con hipertensión y diabetes? ¿Contra los riesgos que enfrentan, los establecidos por el hecho de padecer una de estas enfermedades? ¿Y cuáles son esos riesgos, que nos los mencionan? ¿Se refieren acaso a las conductas que correlacionan con cada una de esas enfermedades, las conocidas como conductas asociadas a la enfermedad? Es decir, siguiendo a Ribes (1990a):

1. ¿Se refieren a las conductas que son el efecto de una enfermedad biológica?
2. ¿Las que derivan de la terapéutica?
3. ¿O quizá a las que se vinculan indirectamente las primeras?

Se desconoce a cuáles de estas conductas, porque en ningún lugar de su trabajo se dieron a la tarea de describirlas mínimamente; eso sí, ¡protegen contra riesgos que están ahí, sólo por el hecho de padecer una de esas enfermedades! El panorama se complica todavía más cuando los autores aseguran que también la calidad de vida predice a la resiliencia, tal y como se puede observar con la flecha resaltada con negritas y puntos continuos. Sólo que permítasenos citar de nuevo en extenso a los autores, a propósito de este inusitado hallazgo:

[...] pero en el presente estudio se probó y encontró una relación inversa, que la calidad de vida influye en el desarrollo de la resiliencia. *Lo anterior puede justificarse debido a que la calidad de vida constituye un constructo global que mide la satisfacción con diferentes aspectos en los diversos ámbitos de la vida cotidiana, es decir, se puede estar satisfecho con aspectos específicos relacionados con la calidad de vida y esta satisfacción constituye un factor protector que permite el desarrollo de la resiliencia.*¹³ En otras palabras, el incremento en la calidad de vida permite que las personas superen más fácilmente los padecimientos que enfrentan, como lo avalan los resultados encontrados. *Ésta es una relación novedosa que requiere de mayor investigación* (Gaxiola *et al.*, 2013; p. 117).

Justificar que el de calidad de vida es un constructo global, es algo así como asegurar que la psicología estudia lo psicológico; una verdad de *Perogrullo*, ni más, ni menos. Es absurdo hablar de la existencia de constructos globales, como si fuese posible diferenciarlos de otros que no lo son y que, por tanto, diríamos serían no-globales, particulares o específicos. Que el de calidad de vida sea un concepto multidimensional, no equivale a decir que es global por el hecho de implicar en su contenido a diferentes dimensiones, ergo, la biológica, la psicológica y la social. Además, calidad de vida es la *resultante funcional del estado conjunto de las condiciones biológicas, socioeconómicas y psicológicas que las personas experimentan en un momento particular del continuo de interacción* (Carpio, Pacheco, Flores y Canales, 2000; p. 4), por lo que, en tanto que *resultante* de diferentes condiciones, la calidad de vida al comprender a la percepción de la salud y las circunstancias sociales, individuales y ambientales que rodean a

¹²No se observan los resaltados en negritas

¹³No se observan los resaltados en negritas



las personas, no puede ser predictora de la resiliencia. Si éste es un concepto que en sentido estricto no pertenece a la fenomenología de lo psicológico y, además, es incorrectamente definido (Piña, 2015b), entonces planteamos una serie de preguntas elementales a los autores: ¿cuál o cuáles de las siete dimensiones contenidas en el instrumento utilizado se relacionó causalmente con la calidad de vida y con la condición de salud de los participantes? Es decir, ¿religiosidad?, ¿perseverancia?, ¿auto-eficacia?, ¿sentido del humor?, ¿optimismo?, ¿actitud positiva? u ¿orientación a la meta? ¿O quizá interactuaron dos o más?

Permítasenos citar textualmente a los autores:

[...] no se investigaron cuántos participantes tenían padecimientos concomitantes relacionados con la diabetes y la hipertensión que padecían. Tampoco se evaluó la diversidad de tratamientos farmacológicos o de otro tipo que estaban recibiendo [...] Por otra parte, las relaciones encontradas entre las variables, aunque significativas fueron modestas, por lo que se debe ser cauteloso con sus implicaciones (Gaxiola *et al.*, 2013; pp. 117-118).

El sentido común y la evidencia empírica nos dicen que en el momento en que se evaluó a los participantes:

1. Dado el tipo de enfermedad.
2. El tiempo transcurrido desde el diagnóstico.
3. El transcurrido desde el inicio y sobre todo, el tipo de tratamiento al que cada participante había sido expuesto o en el que se encontraba.
4. Pasando por su condición de salud —o sea, si la enfermedad estaba bajo control o ha habido muestra de cierta progresión clínica—, entre muchas otras cosas...

... hace insostenible el supuesto de que se trabajó con una muestra de 170 participantes con características de salud-enfermedad, psicológicas y socio-ambientales homogéneas. En efecto, cualquier investigador que haya realizado un estudio con pacientes diabéticos, hipertensos, con algún tipo de cáncer, con enfermedades gastrointestinales, con infección por el VIH, etcétera, conocerá que la evidencia respalda que entre los pacientes existen importantes variaciones en los contenidos de los puntos 1, 2 y 3, de forma tal que es menos que imposible aceptar el supuesto de una "normalidad" en el conjunto de las características mencionadas en la parte final del párrafo previo (véanse Ballester, Gil, Gil-Juliá y Gómez, 2012; Caballero, Pérez, Herrera, Manrique y Sánchez-Sosa, 2012; García y Sánchez-Sosa, 2013; Garduño, Riveros y Sánchez-Sosa, 2010; Méndez, Mejía, Laborín y Piña, 2014).

COMENTARIOS FINALES

En varios países alrededor del orbe se han publicado trabajos de corte analítico sobre el MEE, sus ventajas y desventajas; en particular, sobre los problemas más frecuentes que suelen hacerse visibles en los reportes de investigación (Kelloway, 1995; Ruiz *et al.*, 2010; Tanaka, 1993): la ausencia o la pobre justificación teórica, las deficiencias conceptuales, los errores de interpretación sobre las relaciones causales —cuándo lo son y cuándo no—, el valor y el peso que debe asignársele a los indicadores de bondad del ajuste, etcétera. Ciertamente, no nos queda sino la impresión que esos trabajos analíticos no han permeado, en general, a los psicólogos de la salud en países como el nuestro, no obstante que todo reporte de investiga-

ción que se base en el MEE debería tenerlos presentes; digamos, que como regla, y no como excepción.

Infortunadamente la psicología en México se ha distinguido, en al menos las dos últimas décadas, por una suerte de parafernalia científicista en la que los análisis estadísticos de última generación (*i.e.*, el MEE) han adquirido primacía por sobre los asuntos de naturaleza teórica y conceptual. Sólo que, lo preocupante, es que esa parafernalia científicista ha adquirido proporciones insospechadas, sobre todo entre quienes usan y abusan de los procedimientos estadísticos (Piña, 2003), y en particular, como en el caso que nos ocupa, del MEE (Piña, 2015c). En el marco del trabajo de investigación analizado, partir de una teoría que cumple con una finalidad y trasladarla sin ninguna consideración de índole lógica y conceptual para predecir una supuesta relación entre factores diversos con la calidad de vida —al margen de cualquier evaluación de la condición de salud-enfermedad—, es simple y sencillamente injustificable. La *teoría del desarrollo psicopatológico* al tener límites lógicos y conceptuales, así como finalidades concretas, no puede sustituir, independientemente de que se le sumen conceptos diversos, a fenómenos de naturaleza psicológica que son fundamentales en el ámbito que relaciona la psicología con la salud: personalidad, motivos, competencias, estados de ánimo y conductas asociadas a la enfermedad, por mencionar unos cuantos. Por ello, mientras que los psicólogos sigan empeñados, al menos en nuestro país, en:

- a) Confundir la sustancia —lo psicológico— con cualquier cosa que se tenga a la mano;
- b) Justificar su estudio porque se dispone de una herramienta metodológica de apoyo, el MEE, y
- c) Hacer análisis y plantear diversas conclusiones sin fundamento...

... lo único que ello provocará, como ha ocurrido con el autor de este trabajo, es un sentimiento profundo de *indefensión psicológica* al observar que tan fácil y sencillo es vulgarizar a la psicología y a lo psicológico; por supuesto, ¡todo en el nombre de la ciencia y del MEE!

Finalmente, es necesario subrayar que *no* estamos negando aquí ni la pertinencia ni el valor potencial del MEE en la psicología y salud, cuyos ejemplos de su uso correcto, en nuestro país —ciertamente, los menos—, se pueden encontrar en la literatura especializada (*i.e.*, González y Landero, 2008; González, Landero y Ruiz, 2008; Moral de la Rubia y Miaja, 2015). Lo que cuestionados es que es fundamental respetar los criterios básicos para que el uso del MEE sea el correcto:

- 1) En el caso de los problemas sociales —salud—, contar con un modelo teórico aplicable que disponga de un cuerpo articulado de conceptos que identifiquen con claridad procesos, estados y resultados psicológicos.
- 2) Que las extrapolaciones de los datos encuentren su razón de ser en la teoría-conceptos, lo que comporta que los datos y su interpretación *no* pueden ir más allá de lo que el modelo teórico y sus categorías conceptuales "dicen".
- 3) Que la medición de los indicadores de bondad del ajuste sea susceptible de contrastarse con el modelo saturado y, siguiendo la recomendación de uno de los revisores, que se comprenda bien en qué consiste un buen ajuste a los datos.

De otra manera lo que se terminará haciendo, como en el trabajo analizado, es confundir los fines de una teoría y mal usar los conceptos centrales, propiciando que el lenguaje de



los datos se constituya en el nodo y no en una herramienta metodológica de apoyo en y para la investigación en el campo de actuación.

REFERENCIAS

- Ballester, R., Gil, M.D., Gil-Juliá, B. y Gómez, S. (2012). Adherence to treatment in Spanish HIV patients: Psychological profile associated with adherence behavior. En C.H. García-Cadena, R. Ballester y J.A. Piña (Eds.), *Chronic diseases and medication adherence behaviors: Psychological research in Ibero-American countries* (pp. 175-201). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Bloch, A. (1992). *El libro completo de las Leyes de Murphy*. México: Diana.
- Caballero, N.P., Pérez, I.N., Herrera, M.A., Manrique, M.O. y Sánchez-Sosa, J.J. (2012). Efectos de una intervención cognitivo-conductual sobre la adhesión terapéutica y regulación emocional en pacientes con enfermedades gastrointestinales. *Psicología y Salud*, 22, 257-273.
- Causadias, J. y Carlson, E. (2014). La psicopatología del desarrollo y la teoría del apego. En B. Torres, J. Causadias y G. Posada (Eds.), *La teoría del apego: Investigación y aplicaciones clínicas* (pp. 113-127). Madrid: Psimática Editorial.
- Carpio, C., Pacheco, V., Flores, C. y Canales, C. (2000). Calidad de vida: un análisis de su dimensión psicológica. *Revista Sonorense de Psicología*, 14, 3-15.
- Cicchetti, D. (1990). A historical perspective on the discipline of developmental psychopathology. En J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein y S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 2-28). New York, NY: Cambridge University Press.
- Cicchetti, D. (2006). *Developmental psychopathology. Theory and method theory*. Vol. 1 (2nd Edition). New York, NY: John Wiley & Sons.
- García, R. y Sánchez-Sosa, J.J. (2013). Efectos de la entrevista motivacional en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Psicología y Salud*, 23, 183-193.
- Garduño, C., Riveros, A. y Sánchez-Sosa, J.J. (2010). Calidad de vida y cáncer de mama: efectos de una intervención cognitivo-conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1, 69-80.
- Gaxiola, J.C., Frías, M., Hurtado, M.F., Salcido, L.C. y Figueroa, M. (2011). Validación del inventario de resiliencia (IRES) en una población del noroeste de México. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16, 78-83.
- Gaxiola, J.C., Pérez, R.F. y González, S. (2013). Resiliencia, autorregulación, factores protectores y calidad de vida en personas con diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial. En J.C. Gaxiola y J. Palomar (Coords.), *Estudios de resiliencia en América Latina, volumen 2* (pp. 107-120). México: Universidad de Sonora/Universidad Iberoamericana/Pearson.
- Gioia, A., Iquith, K., Retzlaff, D. y Espy, A. (2002). Confirmatory factor analysis of the behavior rating inventory of executive functions (BRIEF) in a clinical sample. *Child Neuropsychology*, 8, 249-257.
- González, M.T. y Landero, R. (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23, 7-18.
- González, M.T., Landero, R. y Ruiz, M.A. (2008). Modelo estructural predictor de la salud mental y física en mujeres. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23, 101-108.
- Ibáñez, C. y Ribes, E. (2001). Un análisis interconductual de los procesos educativos. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 359-371.
- Kelloway, E.K. (1995). Structural equation modeling in perspective. *Journal of Organizational Behavior*, 16, 215-224.
- Lemos-Giráldez, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo*, 24, 19-28.
- Méndez, J., Mejía, R., Laborín, J.F. y Piña, J.A. (2014). Adhesión en mujeres con cáncer del Perú. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 13, 117-123.
- Moore, J. (2001). On psychological terms that appeal to the mental. *Behavior and Philosophy*, 29, 167-186.
- Moral de la Rubia, J. y Miaja, M. (2015). Contraste empírico de las cinco fases de duelo de Kübler-Ross en mujeres con cáncer de mama. *Pensamiento Psicológico*, 13, 7-25.
- Piña, J.A. (2003). Uso y abuso de los análisis cuantitativos en la investigación psicológica. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 8, 349-361.
- Piña, J.A. (2015a). Teorías generales y modelos psicológicos: su relación con la aplicación del conocimiento en el ámbito de la salud. En E. Camacho, L. Reynoso y J.A. Piña (Coords.), *Análisis teórico y experimental en psicología y salud: algunas contribuciones mexicanas* (pp. 17-43). Guadalajara, México: Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente/ Universidad de Sonora.
- Piña, J.A. (2015b). Un análisis crítico del concepto de resiliencia en la psicología. *Anales de Psicología*, 31, 751-758.
- Piña, J.A. (2015c). *Psicología y salud: obstáculos y posibilidades para su desarrollo en el siglo XXI*. Hermosillo, México: Editorial de la Universidad de Sonora.
- Piña, J.A. y Sánchez-Sosa, J.J. (2007). Un modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH. *Universitas Psychologica*, 6, 399-407.
- Ribes, E. (1990a). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ribes, E. (1990b). La individualidad como problema psicológico: el estudio de la personalidad. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 16, 7-24.
- Ribes, E. (1996). Reflexiones sobre la naturaleza de una teoría del desarrollo del comportamiento y sus aplicaciones. En S.W. Bijou y E. Ribes (Coords.), *El desarrollo del comportamiento* (pp. 267-282). Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara.
- Ribes, E. (2005). Reflexiones sobre la eficacia profesional del psicólogo. *Revista Mexicana de Psicología*, 22, 5-14.
- Ribes, E. (2009a). La psicología como ciencia básica. ¿Cuál es su universo de investigación? *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 1, 7-19.
- Ribes, E. (2009b). Reflexiones sobre la aplicación del conocimiento psicológico: ¿Qué aplicar o cómo aplicar? *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 35, 3-17.
- Ribes, E. y López, F. (1985). *Teoría de la conducta: un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.
- Roca, J. (2013). Ciencias de la conducta: objeto material y objeto formal. *Conductual: Revista Internacional de Interconductismo y Análisis de la Conducta*, 1, 4-15.



Rodríguez, M.L. y Díaz-González, E. (2000). La incidencia del psicólogo en el campo del trabajo. *Investigación y Desarrollo*, 14, 74-89.

Rodríguez, M.N., González, M.T. y Ruiz, M.A. (2009). Path analysis models versus latent variable models: Examples from educational and health approaches. *International Journal of Hispanic Psychology*, 2, 91-110.

Ruiz, M.A., Pardo, A. y San Martín, R. (2010). Modelos de ecuaciones estructurales. *Papeles del Psicólogo*, 31, 34-45.

Ryle, G. (1949/1967). *El concepto de lo mental*. Buenos Aires: Paidós.

Skinner, B.F. (1953/1975). *Ciencia y conducta humana*. Barcelona: Fontanella.

Stroufe, L.A. y Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17-29.

Tanaka, J.S. (1993). Multifaceted conception of fit in structural equation models. En K.A. Bollen y J.S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 10-39). Newbury Park, CA.: Sage.

Underwood, B.J. (1957). *Psychological research*. New York, NY: Appleton-Century-Crofts.

Underwood, B.J. (1966). *Problems in experimental design and inference*. New York, NY: Appleton-Century-Crofts.

WHO (1998). The WHOQol-Brief: Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46, 1569-1585.

Carta al Director



Estimado Director, Directores asociados, y miembros del Consejo Editorial de *Papeles del Psicólogo*:

En el último número de la revista de *Papeles del Psicólogo* (junio 2016) aparece otro nuevo artículo de opinión sobre la Psicología Positiva con un título que ya desde el inicio nos parece ofensivo e impropio de una revista profesional o académica ("*Mitos de la Psicología Positiva: Maniobras engañosas y pseudociencia*"). Como miembros colegiados y miembros también de la comunidad científica y académica queremos expresar nuestra repulsa por el uso reiterado de esta tribuna profesional para atacar el buen nombre de un movimiento psicológico, auspiciado y promovido por colegas vuestros y nuestros, tanto nacionales como internacionales.

Dejando de lado el peso intelectual de las críticas, nos parece del todo inadecuado que la revista profesional del Consejo General de la Psicología de España reiteradamente permita artículos que revelan unas cargas profundamente sesgadas de juicios denigratorios de principio a fin. En este último caso, este sesgo se evidencia desde el propio título, y continúa vertiendo opiniones que no son sustentadas por datos o argumentos científicos sino por una hiriente animadversión que produce a veces sorpresa y a veces, por qué no confesarlo, hilaridad involuntaria. Así, se repiten argumentos ya leídos anteriormente como el de que la Psicología Positiva habla de "auténticas trivialidades" y es "calderilla científica", en la que se observa "demasiada especulación infundada, alquimia interpretativa y hermetismo lingüístico" (sic)-p. 136. Además supone ni más ni menos que una "traición a la epistemología de la virtud [sic], y una falta de honestidad profesional" (p.138), convirtiéndola en una "frustración psicológica y una desilusión social" (p. 138) y, en suma convirtiéndola su "narratología afectiva" (sic) en "un conocimiento repetitivo, plagado de sentido común, y de filosofía no escrita del refranero popular" (p.140). Este es el tono intelectual del artículo, epígono de otros similares previos, de los que resulta difícil encontrar parangón en revistas profesionales o científicas que nosotros conozcamos. Nos resistimos a dar nuevas réplicas por escrito pues daría pie a seguir alimentando magros currículos ajenos.

Firmamos esta carta como presidentes (actual y pasado) de la Sociedad Española de Psicología Positiva, a la que se suma unánimemente la Junta Directiva de la Asociación, y atendiendo a sus estatutos que, en su Art. 3, Apartado 5, señalan que uno de los fines de la asociación es "Promover la buena imagen de la Psicología Positiva y velar por una aplicación ética y adecuada de los conocimientos y aplicaciones derivadas de la misma".

Creemos, y os queremos hacer partícipes de ello, por el aprecio que nos merecéis personalmente y por el prestigio de nuestra revista, que se hace un flaco favor a la profesión, y al juicio crítico, constructivo, que debería estar basado en un lenguaje científico y respetuoso, seguir promoviendo críticas denigratorias contra colegas de la profesión que intentan usar los mejores estándares científicos y profesionales, como incuestionablemente lo hacéis todos vosotros, para hacer y promover su labor.

Atentamente,

Carmelo Vázquez
Catedrático de Psicopatología
Universidad Complutense de Madrid
Expresidente de la Sociedad Española de Psicología Positiva (SEPP)
Expresidente de la International Association of Positive Psychology (IPPA)

Marisa Salanova
Catedrática de Psicología Organizacional Positiva
Universitat Jaume I
Presidenta de la Sociedad Española de Psicología Positiva (SEPP)

Junta Directiva de la Sociedad Española de Psicología Positiva (SEPP)

