

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS MODELOS DE CONDUCTA ANORMAL

Enrique Echeburúa Odriozola
Fac. de Filosofía y C.E.
U.P.V./E.H.U.

Introducción

La utilización de cualquier conjunto de procedimientos terapéuticos para alterar la personalidad o la conducta, como la psicoterapia o las técnicas de modificación de conducta, implica un determinado modelo o conceptualización de la naturaleza de las conductas humanas. El modelo, explícito o implícito, incluye supuestos sobre las fuerzas motivacionales, los procesos que contribuyen a configurar actitudes y conductas, el grado en que diferentes sucesos influyen en una vida individual y el grado en que puede modificarse la influencia de tales sucesos. Además, el modelo determina la manera en que se considera la conducta, las causas a las cuales se atribuyen las conductas, y los procedimientos adecuados para modificarlas (Craighead y cols. 1981).

Se han elaborado numerosos modelos para explicar la conducta (cfr. Hall y Lindzey, 1970). Excede el propósito de esta comunicación hacer una revisión íntegra de la línea de enfoques. Me voy a centrar, en concreto, en indicar desde una perspectiva histórica los modelos que han tenido mayor impacto en la conceptualización de la conducta anómala y en la elaboración de procedimientos de tratamiento psicológico.

El modelo demonológico

Durante la mayor parte de la Antigüedad y de la Edad Media, la conducta

desviada, al no ser comprendida, se atribuía a un demonio o espíritu interior que poseía a los sujetos. Se concretaba así la creencia en poderes mágicos o espirituales de signo diabólico que gobernaban los acontecimientos y las conductas, especialmente aquellas que resultaban nocivas.

El tratamiento para estos sujetos poseídos se relacionaba con el exorcismo para expulsar a los demonios. Los medios utilizados variaban desde la plegaria o el conjuro hasta el castigo y la tortura pasando por la utilización de los malos olores o de lociones amargas e incluso por las intervenciones quirúrgicas más diversas, entre las que destacaba la trepanación.

Tales prácticas eran llevadas a cabo por sacerdotes y brujos, dado su frecuente contacto con el misterio y los poderes ocultos, tanto del bien como del mal. Los pacientes eran segregados de la sociedad y su conducta desviada se consideraba como un signo de haber sido elegidos por los espíritus malignos. En 1484, los padres Henry Cramer y James Sprenger publican Malleus Maleficarum, que incluye referencias importantes respecto a la influencia diabólica en los trastornos mentales. Durante mucho tiempo, este tratado fue considerado como una guía segura para perseguir la brujería, ya que identificaba brujería y enfermedad mental, es decir, posesión diabólica (Zilboorg, 1935).

El modelo biológico-médico

El modelo demonológico coexistió desde muy temprano con un modelo biológico. Adelantándose al enfoque moderno de la conducta desadaptada, hubo estudiosos griegos, romanos y árabes que creyeron que los trastornos y las desviaciones mentales extremas deberían verse como fenómenos naturales y encontrarse, por tanto, tratamientos racionales. Hipócrates (450-377 a.C.), al igual que Platón (429-348 a.C.), adoptaron esta posición.

Pero estos indicios de racionalidad desaparecieron, en general, durante la Edad Media y comenzaron a preponderar la superstición y las actitudes irracionales. Se propagaron las creencias en el misticismo y en la brujería, e incluso la religión se vio contaminada por la magia y la alquimia (Bromberg,

Evolución de los modelos de conducta anormal

1954).

Con las conmociones sociales vinculadas con el Renacimiento, decayeron algunas creencias como la de la "posesión diabólica". Surgió entonces la investigación humanista y la científica y se puso de relieve el desarrollo del estudio objetivo de la conducta. Los nombres más importantes, según Zilboorg (1935), en la revolución psiquiátrica contra la demonología fueron Juan Luis Vives (1492-1540) y Johann Weyer (1515-1588). La conducta anormal se debía, según este nuevo modelo, a causas biológicas tales como los humores corporales (Hipócrates) o el funcionamiento del cerebro, pasando de manera progresiva a considerarse al sujeto que presentaba este tipo de conducta, como un enfermo. El tratamiento sustituyó el conjuro o el castigo por una serie de técnicas más naturales y humanitarias: hidroterapias, dietas especiales, curas de sueño, masajes, ejercicios adecuados.

A partir del siglo XVIII, con el avance de la medicina, se llegó a considerar la enfermedad mental de un modo análogo a la enfermedad física. Una figura importante en este proceso de cambio de mentalidad fue Philippe Pinel, que publicó en 1791 el Traité Medico-Philosophique de l'Alienation Mentale y en 1792 quitó las cadenas a los pacientes del hospital Bicetre, en las afueras de Paris, y liberó también a los pacientes del hospital parisino para enfermedades mentales de la Salpêtrière. La conducta anormal se producía porque existía una enfermedad mental cuyo origen se encontraba en el mal funcionamiento del cerebro.

Un apoyo a este modelo fue el descubrimiento de los trastornos neurológicos responsables de la parálisis general, que en sus últimas etapas presentaba síntomas característicos de enfermedades mentales, como retraso intelectual, ideas de grandeza y percepción distorsionada. Desde la descripción inicial de la demencia paralítica que hizo Haslam en 1798, hasta la prueba conclusiva que llevaron a cabo en 1913 Noguchi y Moore de que el "Treponema pallidum" responsable de la sífilis, se introducía en el tejido nervioso y producía parálisis general, una serie de investigaciones convergentes

fueron consolidando el modelo de enfermedad mental de etiología orgánica. Griesinger publica en 1845 un texto clásico, Patología mental y Terapéutica, cuya idea central es que las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro.

Este modelo se entronca con un enfoque médico centrado, fundamentalmente, en el diagnóstico y en el tratamiento. Se inicia así la era de la clasificación de los pacientes mentales en las numerosas categorías nosológicas que lentamente se van elaborando. Apoyándose en Griesinger (1845) y Kahlbaum (1824), Kraepelin, desde 1883 a 1927 elabora un sistema completo de clasificación de las enfermedades mentales que ha tenido una profunda influencia en la psiquiatría moderna.

El modelo médico de la conducta anómala supone, por tanto, que la conducta anómala es resultado de una enfermedad. Como en toda enfermedad, hay un grupo específico de síntomas (conductas desviadas) reunidos, que constituye un síndrome, y cada grupo de síntomas es resultado de una enfermedad específica que, a su vez, tiene una etiología específica, es decir, un curso de desarrollo. Para explicar las inferencias de esta posición y la forma corriente del modelo médico es preciso exponer brevemente los tres tipos de enfermedad que habitualmente se distinguen en medicina (Buss, 1966):

- a) Las enfermedades infecciosas, que se atribuyen a algo patógeno tal como una bacteria o un virus (como en el resfriado corriente).
- b) Las enfermedades sistémicas, que resultan de un fallo o mal funcionamiento de un órgano o sistema fisiológico: un órgano determinado puede fallar en su función y causar un serio problema médico (por ejemplo, la apendicitis).
- c) Las enfermedades traumáticas, que resultan de un suceso externo como puede ser un golpe físico o la ingestión de una sustancia tóxica: un ejemplo puede ser cualquier tipo de envenenamiento.

La conceptualización de los tres tipos de enfermedades se ha extendido al estudio de la conducta anómala. Es en particular el modelo de enferme-

Evolución de los modelos de conducta anormal

dad sistémica el que se usa en la investigación de la conducta anómala. Por ejemplo, algunos investigadores están examinando si varias formas de la conducta anómala, como la esquizofrenia, representan una ruptura en las funciones corporales, como por ejemplo un fallo en metabolizar ciertas sustancias, una carencia de enzimas específicas o una disfunción de procesos bioquímicos. De la misma manera se ha considerado a menudo que la conducta neurótica se origina en un fallo del Sistema Nervioso Autónomo que hace que una persona se excite demasiado fácilmente (Eysenck y Rachman, 1965).

Sin embargo, el diagnóstico de las conductas anómalas basado en este tipo de clasificaciones representa serias deficiencias:

a) En este modelo, a ciertas conductas o síntomas se les clasifica como enfermedades y se les dan nombres, pero entonces el nombre de la enfermedad misma suele aducirse como explicación o causa de estos mismos síntomas: las etiquetas son descriptivas pero se tiende a conferirles un valor explicativo. Por ejemplo, se diagnostica como esquizofrénico a un paciente retraído que tiene alucinaciones; sin embargo, cuando preguntamos por qué es retraído y tiene alucinaciones, se nos responde que es un esquizofrénico. En definitiva, se clasifica cierta conducta como esquizofrénica, añadiendo que la esquizofrenia es la causa de esta misma conducta, lo que constituye una clara muestra del error lógico de la circularidad (Davison y Neale, 1980).

b) Las consecuencias sociales de incluir a los pacientes en una categoría nosológica son siempre graves, por la discriminación de que pueden ser objeto y la pérdida de oportunidades que acarrearán, y a veces, son irreversibles por el efecto que pueden provocar al responder los sujetos a las expectativas que corresponden a la etiqueta (Goffman, 1973).

c) Los defectos de clasificación son abundantes, pues el diagnóstico se basa con frecuencia en el ojo clínico y los síndromes se distribuyen entre categorías muy frecuentemente ambiguas o imprecisas. Ocurre, además, que hay homogeneidad de síntomas en diferentes categorías diagnósticas y heterogeneidad de síntomas dentro de una misma categoría. El grado de acuerdo glo-

bal entre diferentes observadores respecto a diagnósticos individuales específicos es demasiado bajo (Zubin, 1967).

d) La validez del diagnóstico psiquiátrico se puede poner seriamente en duda, ya que frecuentemente no hay correspondencia entre la evaluación psicométrica y la evaluación clínica.

Todos esos argumentos plantean la evidencia de la escasa utilidad del diagnóstico psiquiátrico a la hora de descubrir la etiología de la enfermedad y de determinar el tratamiento, así como de formular un pronóstico (Kazdin, 1978; Fernández Ballesteros, 1979).

Independientemente de los problemas que pueda suscitar el diagnóstico basado en un sistema nosológico específico, es cuestionable el modelo general de enfermedad mental que defiende este acercamiento médico. Aunque no hay una relación inequívoca entre la creencia en una causa orgánica de la conducta anormal y el uso de métodos biológicos de tratamiento, la mayor parte de los terapeutas orientados biológicamente aceptan este modelo de enfermedad y utilizan técnicas terapéuticas coherentes con el mismo: quimioterapia, terapia electroconvulsiva, procedimientos psicoquirúrgicos... Pero este modelo de enfermedad mental no ha facilitado la definición operacional de la conducta anormal ni un tratamiento efectivo de ésta. Dicho modelo puede ser aplicable a algún tipo de trastornos, quizá algunos de los incluidos dentro de la ambigua categoría de "psicosis", en la que es posible que se pueda establecer la importancia de factores bioquímicos genéticamente determinados (Claridge, 1981), pero no parece útil en el resto de las conductas anómalas, que son, en definitiva, la inmensa mayoría (Mayor y Labrador, 1983): no se entiende cómo un determinado fármaco pueda hacer que el sujeto olvide o deje de emitir unas conductas precisas y concretas (las conductas desadaptadas) y sólo esas, permitiendo que se mantengan el resto de sus comportamientos adaptados o, lo que es todavía más inconcebible, que por efecto de estas técnicas, el sujeto aprenda a llevar a cabo una o varias conductas que no existían en su repertorio comportamental momentos antes de su aplicación.

Evolución de los modelos de conducta anormal

El modelo intrapsíquico o cuasi-médico

El modelo médico sugiere que debe existir alguna enfermedad subyacente a la cual pueden atribuirse los síntomas. Del mismo modo el modelo que establece que los síntomas físicos se deben a desórdenes físicos subyacentes, se ha extendido a ciertas corrientes psicológicas: los "síntomas psicológicos" son considerados como resultantes de "desórdenes psicológicos". En estos casos, el supuesto agente causal subyacente a las conductas "anormales" o desviadas es un conjunto de atributos de la personalidad "enferma" (Buss, 1964). Esta extrapolación del modelo médico, que utiliza el modelo pero no su contenido, se ha calificado de modelo intrapsíquico o modelo cuasi-médico (Bandura, 1969).

Este modelo tiene lejanos antecedentes. Ya Soranus, en el siglo II de nuestra era, recomendaba la discusión con los filósofos para disipar temores y aflicciones (Millon y Millon, 1974). A finales del siglo XVIII y durante el siglo XIX se empezó a pensar en una solución que combinara el tratamiento moral con la institucionalización de los cuidados que se prestaban en ambientes hospitalarios. Más tarde, las aportaciones de Mesmer y los trabajos de Charcot sobre las posibilidades de tratar la histeria a través de la hipnosis (Bernheim llamó a la histeria psiconeurosis por considerarla como un trastorno exclusivamente psicológico), influyeron decisivamente en la concepción freudiana de que cada enfermedad mental estaba ligada a procesos psicológicos específicos.

El modelo cuasi-médico de la conducta anómala, desarrollado de forma sistemática entre la 1ª y la 2ª Guerra Mundial, se basa en la personalidad y en procesos intrapsíquicos e incluye supuestos que han sido útiles en la medicina orgánica:

- a) Se supone que hay "síntomas" (conductas anómalas) que resultan de algún proceso de "enfermedad" subyacente.
- b) Para llegar a la raíz del problema, el tratamiento debe centrarse en el estado psíquico subyacente, ya que estas fuerzas psicológicas

subyacentes (tendencias, necesidades, impulsos, motivos, rasgos de personalidad, etc. según las distintas teorías) son las que impulsan la conducta.

La teoría psicoanalítica es un modelo paradigmático y el más influyente (aunque no el único), del modelo intrapsíquico. Respecto a los conflictos psicológicos, Freud aceptó la estructura del propio modelo médico, pero no su contenido: los desórdenes psicológicos son como los desórdenes físicos; los fallos de la personalidad para funcionar adecuadamente son análogos a las enfermedades sistémicas, en tanto que los traumas psicológicos de la primera infancia (la escena primigenia, por ejemplo) corresponden a las enfermedades traumáticas. Toda conducta puede referirse a algún problema psicológico subyacente, relacionado con procesos inconscientes que ocurren dentro del individuo. La conducta anómala se debe a un conflicto inconsciente interno que resulta de la interrupción del desarrollo normal y de la expresión de tendencias y necesidades y su satisfacción. Las tendencias psicológicas pueden fracasar en el logro de una expresión mediante caminos socialmente adecuados: las tendencias y conflictos no resueltos pueden hallar expresión simbólica en conductas aberrantes, que se consideran síntomas del problema real subyacente.

El modelo intrapsíquico y sobre todo el enfoque psicoanalítico, ha producido un enorme impacto en la psicología clínica, y en realidad ha dominado el campo de la salud mental, como se pone de relieve en el lenguaje relacionado con la conducta desviada: términos tales como "etiología", "tratamiento", "hospital mental", "paciente", "psicopatología" y "enfermedad mental", reflejan todos ellos la trasposición del modelo médico.

La adopción del modelo intrapsíquico sirve no sólo para conceptualizar la personalidad, sino también para el diagnóstico y el tratamiento de los problemas psicológicos. La evaluación se centra en los procesos subyacentes que explican la conducta y, por tanto, la conducta externa (observable) de un sujeto, no obrece un interés directo. Las pruebas proyectivas son ejemplo

de los instrumentos diagnósticos de la personalidad en el modelo intrapsíquico: estas pruebas intentan evaluar indirectamente la personalidad a través de las reacciones a manchas de tinta, historias creadas en respuesta a estímulos ambiguos, asociaciones libres u otras tareas no estructuradas. Se han planteado serias críticas a la fiabilidad y validez de estas interpretaciones en cuanto a la predicción de la conducta (Mischel, 1971) y, de hecho, se debe dudar razonablemente de la utilidad de las pruebas proyectivas (Fernandez Ballesteros y Carrobbles, 1981).

Desde un punto de vista epistemológico y metodológico el modelo psicoanalítico resulta muy endeble, como se pone de relieve en el análisis de la obra de Freud (Davison, 1980):

a) En todos los estudios de casos de las obras de Freud se pueden descubrir muchas de sus dificultades metodológicas. La doctrina se basa únicamente en el estudio de casos particulares. El hecho, además, que cuando un terapeuta presta una atención selectiva a ciertas afirmaciones verbales enunciadas por sus pacientes, haciendo caso omiso de otras, incrementa por ello la frecuencia de dichas afirmaciones: los pacientes de Freud han podido ser condicionados para hablar acerca de los sucesos de su infancia o de su vida sexual, a los que aquél prestaba la mayor atención.

b) La validez científica de la teoría es de dudoso valor al formularse en términos vagos e inverificables. Las conclusiones obtenidas por Freud y el psicoanálisis son difíciles de aceptar, a no ser que uno haya aceptado de antemano sus puntos de vista: la distinción entre observación e interpretación no es clara. La doctrina de Freud no puede considerarse científica debido a que no se puede refutar. Prácticamente ninguno de sus conceptos se puede medir en forma satisfactoria y pocas de sus afirmaciones son muy explícitas. Además, sus teorías tienen poco valor predictivo.

c) A pesar de que Freud haya insistido en el hecho de que conceptos como el "Ello" el "Yo", el "Superyo" o el "Inconsciente" son metáforas para describir funciones psíquicas, éstos parecen estar reificados: es decir, con-

vertidos en agentes independientes, determinantes de la conducta, cuyas acciones propias todavía quedan por explicarse.

d) Los descubrimientos de Freud no pueden generalizarse, debido a que su muestra de pacientes era muy selectiva y reducida (casi todos sus pacientes pertenecían a la clase media-alta de la Viena de principios del siglo XX). Freud pareció estar muy dispuesto a aplicar sus descubrimientos a toda la humanidad: por ejemplo, al cabo de algunas observaciones limitadas, Freud sostuvo que la base de todos los desórdenes paranoicos era una inclinación homosexual reprimida, sin someter a prueba esta hipótesis.

El resto de los modelos intrapsíquicos - fenomenológicos, existencialistas o humanistas - se ajusta en parte al modelo psicoanalítico, ya que atribuyen el origen de los trastornos psicológicos más a factores psíquicos que a factores orgánicos, pero se diferencian en la importancia que conceden a los procesos conscientes e inconscientes. Todos ellos consideran que la conducta externa es una nueva manifestación superficial de procesos internos subyacentes. La terapia consecuente a estos postulados no se dirige a la conducta observable, en lo que coincide con el modelo psicoanalítico, sino a la reestructuración de los procesos subyacentes a partir de los procesos conscientes.

Las críticas son semejantes a las que ha producido el modelo psicoanalítico. Sus postulados y técnicas son inconcretos e imprecisos y la verificabilidad de sus hipótesis y predicciones es prácticamente nula. Dada la naturaleza de la teoría y la terapia, ésta se puede aplicar a sujetos y en situaciones próximas a la normalidad, pero es impracticable en casos graves o a sujetos incapaces de un serio análisis introspectivo.

A pesar de sus diferencias evidentes, el modelo médico y el modelo intrapsíquico comparten el supuesto básico de que existe una enfermedad mental (como realidad opuesta a la normalidad mental). En ambos casos, el diagnóstico intenta describir el problema que se presenta, aislar las condiciones asociadas con su aparición, proponer un plan terapéutico y predecir el

resultado del tratamiento. Pero así como estos objetivos se han cumplido con muchos trastornos físicos, en medicina, este enfoque por diagnóstico psiquiátrico o intrapsíquico de los problemas de conducta no ha llegado demasiado lejos, ya que este tipo de diagnóstico ofrece poca información sobre la conducta de más allá de lo que se conocía ya cuando se hizo el diagnóstico en concreto de poca información sobre la etiología, tratamiento a seguir y pronóstico (Kanfer y Saslow, 1969).

Tampoco en el ámbito terapéutico los tratamientos psicológicos basados en el modelo intrapsíquico han avanzado tanto como los tratamientos médicos para los desórdenes físicos, probablemente por el error de base del que parten. Del modelo médico e intrapsíquico de la conducta anómala surge, en última instancia, una visión pesimista (Stuart, 1970), ya que los problemas de conducta se atribuyen a defectos de la personalidad o del desarrollo, profundamente arraigados y que hacen del tratamiento un esfuerzo extremadamente laborioso.

El modelo conductual

Este modelo se desarrolla durante los años cincuenta y principios de los sesenta de nuestro siglo en relación con las investigaciones de la psicología del aprendizaje. Este enfoque surge ante las insuficiencias de los modelos médicos e intrapsíquicos y adopta unos rasgos metodológicos propios: la importancia dada a la evaluación de la conducta observable, la objetivación de los conceptos utilizados, la evaluación de las intervenciones de tratamiento y la minimación de las variables inferidas (Craighead y cols., 1981).

Las características fundamentales de este modelo en la evaluación de las conductas anómalas son las siguientes (Llavona, 1983):

a) La evaluación de conductas, y no de las causas subyacentes a esas conductas (como pudieran ser determinados conflictos o rasgos), es una de las características fundamentales. Se consideran conductas a las respuestas observables, ya sea directamente, como puede ocurrir en las conductas motóricas, o a través de aparatos, como en el caso de las conductas psicofisio-

lógicas. Dentro de este marco sólo se aceptan como conductas las respuestas externas. No obstante, a raíz del interés despertado en la década de los sesenta por la investigación y la intervención sobre respuestas consideradas cognitivas, como "pensamientos", "verbalizaciones internas", etc. (Cautela, 1973; Bandura, 1977; Mahoney, 1974; Meichenbaum, 1977), se incluyen también las "conductas internas".

b) La identificación de las variables controladoras actuales de las conductas anómalas es una tarea especialmente importante, ya que una cosa es el origen de un problema y otra el mantenimiento del mismo, sujetos en muchos casos a leyes distintas. Aunque desde un punto de vista del paciente concreto es necesario un estudio diacrónico de sus trastornos a efectos de investigación, el análisis retrospectivo no nos es muy interesante por la siguientes razones:

- En la medida en que son hechos pasados, no son observables y, por tanto, son inverificables, sujetos, además, a posibles distorsiones cognitivas.
- La génesis de un determinado cuadro patológico no tiene por qué haberse regido por las mismas causas que en la actualidad mantienen el cuadro.
- Nada puede hacerse sobre los determinantes pasados de una conducta; sólo podemos actuar sobre los determinantes presentes y actuantes en el momento presente.

c) El énfasis en la observación y cuantificación es una exigencia derivada de la toma como unidad de análisis de las conductas y no de los constructos internos. Observar y cuantificar las conductas a través de medidas de frecuencia, intensidad o duración permite establecer comparaciones cuantitativas respecto a otras conductas y detectar cualquier variación producida en la propia conducta que esté siendo analizada.

d) La evaluación individualizada - y no sujeta a diagnósticos estándar - es una característica inherente a la necesidad de conocer las variables que

Evolución de los modelos de conducta anormal

controlan en la actualidad una conducta dada.

El enfoque conductual se diferencia de los modelos médicos e intrapsíquicos en los siguientes aspectos:

a) El marco referencial teórico.

El modelo conductual deriva de los paradigmas de la psicología del aprendizaje: no hay "rasgos", "factores", "dimensiones", sino que la conducta es función del organismo en interacción con la situación. Este enfoque se centra directamente en las conductas que deben ser alteradas más que en la personalidad subyacente. Aunque un problema pueda ser descrito en términos vagos (por ejemplo, la hiperactividad), el terapeuta conductual evalúa los sucesos que promueven ese diagnóstico, la frecuencia de las conductas-problema y los acontecimientos antecedentes y consecuentes vinculados a ellas.

b) El enfoque metodológico.

Así como en el diagnóstico médico e intrapsíquico se trata de evaluar variables subyacentes al organismo a través de las cuales pueda describirse explicarse y predecirse el comportamiento (para lo cual se han creado sofisticados instrumentos psicométricos y proyectivos), en la evaluación conductual se intentan establecer las relaciones funcionales existentes entre los estímulos y las respuestas o entre estas entre sí: para eso se avalúan las respuestas motoras, cognitivas y psicofisiológicas, así como las variables situacionales que provocan tales respuestas.

Así pues, mientras que desde la perspectiva médica e intrapsíquica se pretende evaluar lo que el sujeto "es" o "tiene" ("es"extravertido, "tiene" una neurosis obsesiva...), desde la perspectiva conductual lo importante es conocer lo que "hace" el sujeto (Mischel, 1968).

c) Los objetivos prácticos de cada perspectiva.

En el diagnóstico médico e intrapsíquico se trata de clasificar al sujeto en un momento concreto (normalmente antes del comienzo del tratamiento) y la relación con el tratamiento es indirecta, ya que el rol del evaluador

y, en su caso, del terapeuta están claramente diferenciados. La evaluación conductual, en cambio, se efectúa en constante relación con el tratamiento (antes-durante-y-después del tratamiento), de modo que no hay diferencias entre el rol del evaluador y el del terapeuta. A través de la evaluación conductual se pretenden identificar las variables dependientes e independientes implicadas en la conducta-problema.

Una de las críticas que se han formulado al modelo conductual (White, 1964) es que la intervención directa para tratar con los síntomas puede paliar sus efectos, pero es probable que reaparezcan de forma más perniciosa, produciéndose una sustitución de síntomas. Esta noción, apoyada en el supuesto de que una conducta problemática es un reflejo de supuestos impulsos psíquicos que buscan expresión, tiene poca base. Los efectos beneficiosos del tratamiento de una conducta pueden, de hecho, generalizarse a otras conductas: si se hace que un tartamudo hable más fluidamente, puede esperarse que de ello resulten cambios positivos adicionales, por ejemplo en la esfera de la sociabilidad. Incluso varios estudios con diversas técnicas conductuales confirman la generalización de efectos beneficiosos para la conducta que no estaban incluidos originariamente en el tratamiento (Kazdin, 1973; Mahoney y cols., 1974).

Todo ello no es incompatible con el hecho de que una persona, después de aprenderse una conducta, pueda tener problemas secundarios. El tratamiento de un problema no garantiza contra el desarrollo de problemas ulteriores: es posible, por ejemplo, que una vez reducida una conducta anómala, la persona no tenga en su repertorio una respuesta apropiada para reemplazarla (Cahoon, 1968). El déficit puede manifestarse en conductas socialmente inapropiadas, déficit que puede corregirse mediante un programa de tratamiento que desarrolle conductas apropiadas y elimine las inadecuadas.

El enfoque conductual trata de evitar los estados internos inobservables o inverificables y acentúa el valor de los sucesos externos del entorno que pueden utilizarse para modificar la conducta, pero esto no quiere decir que los sucesos internos del sujeto no influyan en la conducta. A raíz

del interés despertado en la década de los setenta por la investigación de las conductas cognitivas (pensamiento, sentimientos, atribuciones...), el modelo conductual acepta la existencia de variables inferidas o mediadoras para explicar algunas conductas observables. El ámbito de las conductas cognitivas incluye las conductas verbales externas (el contenido de lo que se dice) e internas (atribuciones, creencias, autoinstrucciones, estrategias de pensamiento, expectativas...) y la representación de imágenes que, aunque son susceptibles de describirse o de inducirse mediante conductas verbales, son de hecho conductas distintas: que uno se sirva de palabras para transmitir imágenes no implica que las imágenes en sí sean palabras.

Las conductas cognitivas, en la medida en que no son directamente observables, son inferencias, aunque se diferencian del tipo de inferencias utilizado por los modelos psicodinámicos (Mahoney, 1974):

a) Poseen unas referencias más directas y cercanas a las conductas observables que los conceptos psicodinámicos tradicionales: los teóricos psicodinámicos hacen conclusiones sobre estados subyacentes que representan complejas abstracciones muy alejadas de la conducta. En el caso, en cambio, del enfoque conductual se trata de relacionar estrechamente las conductas cognitivas con los fenómenos observables: normalmente se trata de una inferencia de un sólo paso entre el mediador supuesto y la acción observable (por ejemplo, del informe verbal a la respuesta encubierta).

También se ha visto la posibilidad de usar la observación del paciente para hacer de los sucesos privados un área susceptible de indagación científica (Horne, 1965).

b) En el modelo psicoanalítico el sujeto a menudo no es consciente de los mediadores propuestos (catexias libidinales e impulsos reprimidos, por ejemplo). La mayoría de los mediadores inferidos en la investigación conductual son observables al menos por un público de "uno" (el sujeto).

c) En el modelo conductual no se trata de una reificación "explicativa" de la conducta, sino de la consideración de los procesos cognitivos como

pautas comportamentales complejas que, aunque de modo indirecto, pueden ser evaluadas: de hecho, se hacen predicciones sobre la relación entre sucesos ocultos y conductas manifiestas. Por ejemplo, algunos terapeutas conductuales creen que lo que las personas se dicen a sí mismas en privado ("No puedo hacer esto" o "Soy incompetente", por ejemplo) condicionan su conducta: la influencia de las autoverbalizaciones puede examinarse empíricamente alterando lo que las personas se dicen a sí mismas y viendo si esto afecta a la conducta manifiesta (Meichenbaum, 1977).

d) El modelo conductual presta atención a las conductas cognitivas en sí mismas más que a las supuestas fuentes de esas conductas. Por ejemplo, una concepción psicodinámica de los pensamientos obsesivos sostiene que éstos reflejan procesos dinámicos subyacentes, de modo que los pensamientos se consideran dignos de algo más.

Se ha discutido recientemente (Yates, 1976) sobre los principios básicos y los límites del enfoque conductual. Aunque históricamente ha estado vinculado al desarrollo de las teorías del aprendizaje, hoy no se puede ya reducir sólo a ellas, ya que ha incorporado aportaciones de otras áreas de la psicología experimental, social y cognitiva. Precisamente lo definitorio del enfoque conductual es un objeto definido (las conductas) y una metodología definida (la observación, el control de las variables y el diseño de experiencias controladas) y su ámbito de actuación es extensible hasta los límites a los que se puede llevar la observación controlada. Es, por tanto, la metodología el criterio definitorio del enfoque conductual, y no algún tipo de reduccionismo temático.

BIBLIOGRAFIA

- Bandura, A.: Principles of behavior modification, New York, Holt, Rinehart & Winston, 1969.
- Bromberg, W.: The mind of man: The history of psychotherapy and psychoanalysis, Filadelfia, Lippincott, 1954.
- Buss, A.H.: Psychopatology, New York, Wiley, 1966.
- Cahoon, D.D.: "Issues and implications of operant conditioning: Balancing procedures against outcomes", Hospital and Community Psychiatry, 1968, 19, 228-229.
- Cautela, J.N.: "Covert processes and behavior modification", Journal of Nervous and Mental Disease, 1973, 5, 33-50.
- Claridge, G.: "Psychoticism", in: R.Lynn, Dimensions of Personality, Oxford, Pergamon, 1981.

- Craighead, W.E. y cols.: Modificación de conducta, Barcelona, Omega, 1981.
- Davison, G. & Neale, J.: Psicología de la conducta anormal, México, Limusa, 1980.
- Eysenck, H.J. & Rachman, S.: The Causes and Cures of Neuroses, London, Routledge and Kegan Paul, 1965.
- Fernandez Ballesteros, R. & Carrobles, J.A.: Evaluación conductual, Madrid, Pirámide, 1981.
- Fernández Ballesteros, R.: Los métodos en evaluación conductual, Madrid, Pablo del Río, 1979.
- Goffman, E.: "The innate world" in: I.Millon, Theories of Psychopatology and Personality, Filadelfia, Saunders, 1973.
- Griesinger, W.: Die Pathologie und Therapie der Psychischen Krankheiten, Braunschweig, 1976 (1ª ed. 1845).
- Hall, C.S. & Lindzey, G.: Theories of personality, New York, Wiley, 1970.
- Homme, L.E.: "Perspectives in psychology, XXIV: Control of coverants, the operants of the mind", Psychological Record, 1965, 15, 501-11.
- Kahlbaum, K.L.: Die Katonie oder das Spannungsirresein, Berlin, 1874.
- Kanfer, F. & Saslow, G.: "Behavioral Diagnosis", in: C.M. Franks, Behavior Therapy: Appraisal and status, N.Y. McGraw-Hill, 1969.
- White, R.W.: The abnormal personality, New York, Ronald, 1964.
- Kazdin, A.: "Methodological and assessment considerations in evaluating reinforcement programs in applied settings", Journal of Applied Behavior Analysis, 1973, 6, 517-531.
- Kazdin, A.: History of Behavior Modification, Baltimore, University Park, 1978.
- Ilavona, L.: "El proceso de evaluación conductual" en J. Mayor & F. Labrador: Manual de modificación de conducta, Madrid, Alhambra, 1983.
- Mahoney, M.: Cognition and behavior modification, Cambridge, Mass. Ballinger, 1974.
- Mayor, J. & Labrador, F.: Manual de modificación de conducta, Madrid, Alhambra, 1983.
- Meichenbaum, D.: Cognitive Behavior Modification, New York, Academic, 1973.
- Millon, T. & Millon, R.: Abnormal Behavior and Personality, Filadelfia, Saunders, 1974.
- Mischel, W.: Personality and Assessment, New York, Wiley, 1968.
- Mischel, W.: Introduction to Personality, New York, Holt, 1971.
- Yates, A.: Terapia del comportamiento, Mexico, Trillas, 1976.
- Zilborg, G.: The Medical Man and the Witch during the Renaissance, vol. 2, Baltimore, John Hopkins P., 1935.
- Zubin, J.: "Classification of the behavior disorders", Ann. Rev. Psychol., 1967, 18, 373-406.
-