

95  
20j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CAMPUS IZTACALA

ANÁLISIS HISTÓRICO-CONCEPTUAL DE  
LA DICOTOMÍA NORMAL-ANORMAL:  
UNA PROPUESTA ALTERNATIVA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

**CYNTHIA ZAIRA VEGA VALERO**

ASESORES: MTR. CLAUDIO CARPIO RAMÍREZ  
MTRA. MARÍA DE LOURDES RODRÍGUEZ CAMPUZANO  
MTRA. PATRICIA LANDA DURAN

LOS REYES IZTACALA, EDO. DE MÉXICO

1994

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# I N D I C E

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO 1 HISTORIA DEL CONCEPTO NORMAL-ANORMAL.....	6
1.1 Orígenes del concepto de enfermedad mental.....	9
1.2 Tratamiento actual.....	23
1.3 Clasificación, Detección y Tratamiento.....	28
1.4 Resumen.....	40
CAPITULO 2 MODELOS TEÓRICOS Y USOS DEL CONCEPTO.....	43
2.1 Antecedentes.....	44
2.2 Modelo Intrapsíquico.....	49
2.3 Modelo Conductual.....	52
2.4 La modificación de conducta.....	64
CAPITULO 3 ANÁLISIS DE LOS CONCEPTOS DE NORMAL-ANORMAL.....	80
CAPITULO 4 PROPUESTA ALTERNATIVA.....	95
4.1 Análisis Contingencial.....	112
CONCLUSIONES.....	124
REFERENCIAS.....	133

Agradezco la colaboración de Claudio Carpio para la realización del presente trabajo, así como a Patricia Landa y a María de Lourdes Rodríguez Campuzano.

Les dedicó esta tesis a mis padres, por el profundo respeto y cariño que les tengo, y por el apoyo, cariño y respeto que me otorgaron todos estos años.

A mis hermanos Sergio y Naheli.

Especialmente a mi abuelita Julia, por el cariño que te tengo.

A Roque porque siempre estas presente como un gran amigo, y a Verónica mi mejor amiga.

A ti Carlos muchas gracias por todo.

## INTRODUCCIÓN

La psicología en tanto ciencia joven en proceso de construcción, ha pasado por un sin número de estadios que han estado permeados por las condiciones socio-históricas existentes en el momento de su emergencia (véase Ribes, 1982, 1990; y Kantor, 1990).

Este es un factor importante para establecer que la disciplina a la que hacemos alusión continuamente ha estado respondiendo a diferentes necesidades que se presentan a nivel social y pudiera ser un factor explicativo de la construcción de unidades de análisis y estudio, que vistas de manera descontextualizada parecieran ser antagónica.

Haciendo un breve análisis retrospectivo del proceso de formación de la psicología encontraríamos que en su momento fue idealista, racionalista, dualista, mecánica, etcétera, y así podemos observar que se ha encontrado que su objeto de estudio ha de ser, el inconsciente, los reflejos, los condicionamientos la personalidad o las ideas, cada uno de ellos, dentro de la construcción lógico-metodológica que los subyace. De la misma manera, estas han estado asociadas a prácticas estrechamente vinculadas a estas maneras de pensar, ejemplos de estos son: el psicoanálisis y el tratamiento analítico, el condicionamiento y la terapia conductual aplicada, etc. Estas

posturas (psicoanalítica y conductual) y muchas otras tienen elementos en común, como lo es intentar vincular sus supuestos teóricos y práctica clínica, y la concepción dualista, que en algunos casos es explícita (e.g. el psicoanálisis), y en otros implícita (e.g. la terapia conductual en su modalidad de conductual cognitiva), además de suponer la dicotomía normal-anormal, salud-enfermedad, etc. entre otras.

Es de particular interés como la psicología de la conducta no ha podido desprenderse de las concepciones que en un momento dado toma, como crítica y fundamento, para el rechazo de las aproximaciones dualistas clásicas. Es en este sentido que la "dicotomía", como forma conceptual, es rechazada por el conductismo por hacer referencia a dos mundos de características incompatibles, esta práctica conceptual se refleja en el campo de aplicación, en la forma de los eventos que se estudian y de su por qué, siendo el ejemplo más claro de esto los tópicos de estudio que aborda la psicología, que se han considerado problemas en sí mismos, tales como la depresión, la homosexualidad, etc. En este sentido cabe realizar una reflexión, ¿por qué la psicología solo estudia problemas?, y ¿por qué no estudia conductas de orden común? Este tipo de planteamientos nos lleva a preguntar ¿por qué la psicología se ve mezclada con los conceptos de normal-anormal?, que no son otra cosa que extensiones metafóricas de los conceptos, categorías y prácticas de otras disciplinas como las biológicas donde los conceptos de salud-enfermedad tienen sentido a la luz de sus principios tanto teóricos como prácticos, sin dejar de reconocer

las peculiaridades y problemas que enfrentan estas ciencias biológicas (Szasz, 1985; Carpio y Díaz-González, 1992).

Del mismo modo un análisis sociológico muestra la evolución conceptual de la dicotomía tratada, es decir, destacados autores como Szasz (1981) han demostrado como la dicotomía conceptual de normal-anormal tienen una historia llena de explicaciones metafísicas que con cierta frecuencia son substituidas por otras no más afortunadas, tal es el caso de posesión por el demonio y posteriormente es reemplazado por el concepto de locura.

Es innegable la estrecha vinculación y dependencia que existe entre las prácticas "aplicadas" o tecnológicas de cualquier ciencia y los modelos teóricos en los que se fundamentan. De ello se deriva que las transformaciones efectivas de tales prácticas tecnológicas o aplicadas pasa necesariamente por la revisión y, en su caso, sustitución de los ejemplares paradigmáticos correspondientes (Kuhn, 1969). Revisar, entonces, el hacer del psicólogo en el llamado campo clínico, consiste inevitablemente en revisar la naturaleza de los conceptos que utilizar para guiar dicho hacer (Ribes, 1990). En el presente caso, nos ocuparemos de un par de conceptos dicotómicos que son parte fundamental de la base que históricamente ha justificado la práctica clínica del psicólogo: la normalidad-anormalidad del comportamiento humano. Baste decir que si se eliminara esta dicotomía del espacio conceptual de la

psicología, desaparecería inmediatamente un buen porcentaje de sus llamadas aplicaciones clínicas.

Por lo anterior es que el propósito de este trabajo es hacer un análisis histórico-conceptual de la dicotomía normal-anormal, enfatizando que el origen no-psicológico de tales conceptos ha propiciado la transportación no solo de tales términos sino también una lógica conceptual y metodológica (la del denominado modelo clínico) para convertir a la práctica psicológica en un mero hacer metafórico (se ha convertido en un médico metafórico que en lugar de cuerpos cura almas como-si-fueran-cuerpos).

Finalmente, en este trabajo se propone una metodología alternativa basada en una taxonomía funcional de la conducta, formulado por Ribes, Díaz-Gonzalez, Landa y Rodríguez, (en Ribes, 1990).

Para lograr este propósito la secuencia será la siguiente: en el primer capítulo se presentará el origen y aplicaciones de los conceptos normal-anormal en áreas no psicológicas. En el segundo capítulo se rastreará la introducción de estos conceptos en el campo de la psicología. En el tercer capítulo, se valorará la pertinencia de usos de este concepto y sus implicaciones, así como el estatuto lógico que tendría en una visión no clínica de la alteración del comportamiento individual. En el último capítulo,

se presentarán conceptos y un modelo alternativo que modifica esta tradición histórica-conceptual, destacando las ventajas que representa para la práctica del psicólogo en el campo hasta ahora dominado por modelos no-psicológicos.

## HISTORIA DEL CONCEPTO NORMAL-ANORMAL

A través de los tiempos, el hombre ha tenido la necesidad de conocer las causas de diferentes fenómenos, entre los que se puede contar el comportamiento humano, que ha sido el promotor de infinitos debates filosóficos, científicos y morales, entre los de mayor envergadura. De este modo, han surgido distintas teorías psicológicas acerca del desarrollo humano, como son; de la personalidad, constitución psíquica, del aprendizaje, desarrollo afectivo y cognitivo. Parte de lo anterior es el abordaje de la "enfermedad mental" o "locura", conceptos que han sido tomados por la psicología, y que pertenecen a otros modelos, como el médico y el psiquiátrico, los cuales introducen, a su modelo conceptual, las categorías de "salud-enfermedad" y "normalidad-anormalidad" para explicar las características del funcionamiento del organismo humano; estos conceptos han evolucionado, desde la interpretación del equilibrio fisiológico, hasta el momento actual en que poseemos un sinnúmero de concepciones acerca de lo que es el organismo sano.

Históricamente, los primeros que se encargaron de vigilar el equilibrio del organismo fueron los curanderos, los brujos y los "chamanes", quienes poseían el conocimiento necesario para devolver al organismo la homeóstasis y la armonía perdida a causa de una posesión demoníaca, así, su principal función era alejar a los "malos espíritus" a través de las limpias, las pociones mágicas y los

desencantamientos. Posteriormente, hicieron su aparición en la historia los clérigos, quienes heredaron la sabiduría de aquellos para mantener el equilibrio del organismo, ofreciendo alternativas terapéuticas que sustituían las de sus antecesores, como son, la oración, la comunión y el exorcismo.

Es importante señalar que en este período, que duró aproximadamente desde el siglo I hasta el siglo XV, las enfermedades mentales y somáticas eran explicadas como expresiones del pecado. Sin embargo, a partir del siglo XVI, en Europa, se inició una etapa de incubación de la concepción médica actual, gracias a los estudios sobre la circulación sanguínea de Harvey; de las descripciones anatómicas de Vesaleus y de la práctica quirúrgica de un sinnúmero de médicos cirujanos, quienes trataban de dar explicación científica de las enfermedades somáticas. No obstante, es hasta el siglo XIX cuando la medicina adquiere su estatus de ciencia, fundamentando sus conocimientos teóricos y metodológicos, lo cual le permite una práctica ordenada y sistemática. (Reynoso, 1991).

Así, la medicina, a lo largo de su desarrollo histórico, ha mantenido la lógica conceptual del equilibrio físico, conductual y ambiental, provenientes del modelo de explicación mágico, y por ende ha mantenido también la idea de que existe la "enfermedad mental", aunque las causas no son identificadas, prueba de ello es el desarrollo de la psiquiatría que abordaremos detalladamente más adelante.

Ahora bien, debido a que la medicina ha tomado la batuta en el cuidado de la salud humana, la psicología se ha visto enormemente influenciada por su estructura lógica y conceptual para explicar el comportamiento humano, con respecto a lo que se conoce como enfermedad mental. Es por esto que el objetivo de este primer capítulo es rastrear, históricamente, los orígenes de dichos conceptos, para comprender la confusión conceptual y la práctica en la actualidad. Ubicándonos en tres momentos importantes dentro de la historia que son, la postura Agustiniiana por la distinción del bien y el mal; después la Inquisición que es donde se conjugan las ideas religiosas, políticas, económicas y sociales, que dan fundamento a la persecución de los herejes, que están contra Dios y por lo tanto contra la Iglesia; tercero, la aparición de la psiquiatría como rama de la medicina que usa la misma lógica utilizada en la Inquisición, aunque con nuevos nombres (ya no es hereje, sino enfermo mental).

Por último, se argumenta acerca de como nuevamente los cambios religiosos, económicos y políticos, y el desarrollo de la ciencia ofrecen una nueva postura acerca de los herejes que ahora son enfermos mentales, sin que la lógica de la Inquisición se haya abandonado por completo, por el contrario se discute acerca de las prácticas psiquiátricas, que de alguna manera van a influenciar a la psicología en relación con los conceptos de normal-anormal.

## ORÍGENES DEL CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL

Para rastrear los orígenes de los conceptos de normal-anormal, es necesario ubicar la época y condiciones que dieron lugar a la aparición de estos. Particularmente, la Edad Media se plantea como el momento en que aparecen los antecedentes de los anteriores conceptos personificado en los términos de hereje-cristiano. Es reconocida la influencia que la filosofía agustiniana tuvo en esto, al plantear lo que para San Agustín eran dos problemas vitales: el destino del alma y el de la naturaleza del alma, donde en resumidas cuentas plantea que el destino del alma, "por naturaleza", es inmortal y que debe de aceptarse por motivos sobrenaturales, es decir, por razones de fe.

El alma es además principio de vida, si se considera que el alma es el principio del cuerpo y aquello que da movimiento al cuerpo, no puede ser ella misma sino una substancia viva inmutable por relación a un cuerpo que se mueve. La mayor preocupación fue para San Agustín el problema del alma, es decir, en cuanto a lo que los hombres hacían y su vinculación con la moral, pero sobre todo le preocupó la comprensión de la presencia del mal y su relación con la existencia de Dios, en todo caso este autor representa al mal como carencia de un bien y, por otra, como una negación de nuestro propio ser. Dicho en otros términos lo que existe con todas sus características y su forma propia, es un bien; el mal es la renuncia de ese ser (Xirau,

1983). Es así que se plantea como el pecado debe interpretarse no como el deseo de una naturaleza mala, sino como el abandono de una mejor.

Entonces, para San Agustín el bien es la aceptación de un alma inmortal, que se acepta por razones de fe, y no puede existir esta sin el cuerpo, y el ir en contra de los preceptos morales o el negar la existencia de Dios como ser inmortal, es estar en contra del bien; el mal. Por lo que para San Agustín el mal no es una entidad como lo es Dios, sino la negación del ser. Esta doctrina predomina en la época en la que nos ubicamos, porque son las ideas teológicas las que imperan.

Por otra parte, existen argumentos adicionales que son de orden político, económico y social, importantes todos ellos para el tema que nos ocupa. En primer lugar, la expansión árabe se fundamentaba en el principio de su religión que recomendaba la conquista espiritual y material de los pueblos, como contra parte surgen las cruzadas cristianas las cuales además de tener propósitos clericales conllevan fines económicos. Esta lucha por hacer prevalecer el orden religioso y económico lleva finalmente a la creación de lo que se ha dado llamar el tercer Estado; la Iglesia, que es importante desde el siglo XIII y se postula como organizadora del desarrollo cultural y material de la época, y se convierte en el poder predominante, luchando en España contra los árabes hasta finales del siglo XV.

Segundo, mientras esto ocurre, las universidades de la época se dedican a la enseñanza superior encontrándose en ellas la mayoría de los filósofos del siglo XIII impartiendo cátedra con un carácter en muchas ocasiones teológico como es el caso de la Universidad de París o en España, "... pero en la base misma de este desarrollo cultural, social, económico, literario y científico, un concepto esencialmente religioso sigue subrayando el pensamiento y la vida de la Edad Media. El mundo se concibe como un todo ordenado por la ley de Dios y no hay gesto humano ni organización social que escape a la presencia de este ordo amoris que estaba ya en la raíz del pensamiento agustiniano." (Xirau, 1983, pp. 138).

Así con esta creencia religiosa, la filosofía de los siglos XII y XIII podrá inclinarse por el camino de la ciencia, pero seguirá siendo, como lo fue en la misma época de los cristianos, una filosofía de la salvación. Del mismo modo con que la Iglesia contaba con influencia en las universidades, también lo hacía en el orden legislativo y en la vida moral de las personas.

Por otra parte, el período de la Edad Media es importante porque aparecen pensadores como San Agustín, Santo Tomás de Aquino, San Francisco de Asís, etc. En esta época el problema del conocimiento giraba en torno a las relaciones entre la fe y la razón. Santo Tomás es importante porque, su filosofía esclarece no solo los límites de la fe y la razón, sino los contactos posibles entre lo racional y lo

suprarracional (Xirau, 1983). Asimismo es importante porque realizó una conversión de los conceptos aristotélicos y los hizo aparecer como fundamentos teológicos utilizando la terminología aristotélica, pero con una lógica neoplatónica.

Por otro lado, para Santo Tomás "...el hombre se constituye en compuesto de alma y cuerpo; el cuerpo representa la materia y el alma su forma. Sin embargo el cuerpo como materia es sujeto de corrupción y muerte, mientras que el alma es trascendente e inmortal." (Carpio, inédito). Esta forma de concebir el cuerpo y el alma, difiere de la postura de Aristóteles, en tanto que Santo Tomás considera que el alma es una sustancia distinta y separable del cuerpo, con capacidades que puede realizar sin el cuerpo. Además considera que el alma humana es inmortal, y que esta inmortalidad no es algo puramente impersonal, sino, al contrario, una inmortalidad de cada una de las almas.

Santo Tomás también consideró, que el hábito es un elemento dinámico del alma, el cual nos conduce de estado en estado, dicho de otra forma, desde que nacemos, tenemos un carácter, pero poco a poco nos vamos formando una personalidad, la cual bajo una serie de experiencias nos puede disponer a una buena acción. Cuando nos acercamos a los hábitos del bien, somos virtuosos; cuando nos alejamos somos viciosos. Si nuestro hábito está bien dirigido, habrá de conducirnos a la sabiduría, y la sabiduría no es otra cosa que el conocimiento del bien (Xirau,

1983).

El bien es accesible por los hombres aislados, pero un hombre no está totalmente aislado. Así el bien particular de cada hombre no es un bien plenario, sino se realiza de acuerdo con el bien común de todos los hombres, y no es por que sea un ser social por definición, sino por que Santo Tomás considera que por creación divina tiene que realizar un bien particular dentro del bien común, es decir, la máxima cristiana del amor.

En resumen, la filosofía de San Agustín y la de Santo Tomás, del bien y el mal y los factores políticos, económicos y sociales, son los que ponen las condiciones necesarias para entender al bien como aquello que estaba cerca de Dios y por lo tanto de la Iglesia y al mal como aquellos que estuvieran en contra de esta. Es en este contexto, que el hereje es la personificación maligna sobre la tierra y es como a continuación veremos el antecedente del enfermo mental.

Hay que agregar que no es raro que entre los autores revisados se ponga énfasis en el carácter político, económico y social de sus afirmaciones, si se toma en cuenta lo arriba señalado y que estos argumentos pueden ser muy válidos si se considera que los "enfermos mentales" faltan al orden socialmente establecido.

## EL HEREJE, LA BRUJA Y EL ENFERMO MENTAL

El segundo momento de importancia, para nuestro análisis, se puede ubicar a partir de la creación de la Inquisición, que es el producto de los factores prevalectantes dentro del orden económico, político, las ideas teológicas y la Iglesia. Los sustentantes de este poder político-religioso encontraron una justificación que armonizaba perfectamente con el modelo de explicación teológico que imperaba en esa época, para deshacerse de los individuos que, en alguna medida, estaban en contra de la religión y el Estado.

Foucault (1984) opina que la divulgación del concepto de locura se desarrolla en la época de la Inquisición, para justificar las acciones emprendidas por el Estado y la Iglesia, siendo su finalidad proteger a la sociedad de cualquier daño que amenazara el orden y la estructura de poder económico y social prevalectante. Mientras que Szasz (1981, 1986) afirma que bajo este esquema la llamada Inquisición interviene para que un sujeto que coloca en entredicho la organización social y la autoridad de la Iglesia, sea juzgado como distinto a los otros miembros de la sociedad. Así, en el siglo XII la explicación de la locura se caracteriza por su matiz o connotación religiosa.

De esta manera, aquel sujeto que no se ajustaba a las ideas y no practicaba

las conductas impuestas por esta institución se consideraba algo maligno, por lo tanto se creía que esta persona estaba poseída por el demonio, es entonces que se les nombra brujas, en el caso de las mujeres y herejes en el de los hombres. Cuando los inquisidores decían quien era hereje y quien no, las mujeres fueron las primeras en ser nombradas, terminando en la hoguera, después fueron los judíos terminando igual y por último los protestantes.(Szasz,1981)

Es importante señalar que desde que se inició la labor de la Inquisición, se presentó el problema de la identificación entre la enfermedad somática y la enfermedad diabólica. De esta forma, se creó una inmensa literatura dedicada al tema de la herejía, tratando de hallar los criterios distintivos de la misma. Este problema se suscitaba cuando no se encontraban causas orgánicas de una enfermedad corporal, y al no localizarlas se consideraba que existía una enfermedad extrínseca, o lo que es lo mismo "enfermedad diabólica" (posteriormente, enfermedad mental). Uno de los libros al que se puede aludir es el *Malleus Maleficarum* escrito por Sprenger y Kramer (Szasz,1981; Cashdan, 1973) en donde se hace un listado de cómo identificar un hereje o bruja y el tratamiento a seguir. La importancia que este escrito tiene es el haberse constituido en una metodología de gran éxito en la identificación del bien y el mal.

Concretamente las formas de identificación de herejes, según Szasz (1981)

refiere, son tres: la confesión, la búsqueda de marcas de bruja, con o sin punción; y la ordalía del agua. La confesión consistía en someter al sospechoso a un interrogatorio, si éste se declaraba inocente, entonces se le sometía a un proceso de tortura en el que, indudablemente, el sujeto se declaraba culpable debido a la tortura en sí misma o por el hecho de no soportarla. Una vez aceptada la culpabilidad el Tribunal del Santo Oficio dictaba su inapelable sentencia.

Otro método para obtener un diagnóstico de brujería era el de los hallazgos de "marcas de bruja" sobre el cuerpo de la acusada. Se consideraba marcas de bruja las encontradas en cualquier parte de la piel, de pezones adicionales, variación anatómica, o cualquier lesión dérmica, como una señal de nacimiento, un lunar, una cicatriz o una hemangioma. La marca indicaba el lugar donde el diablo había quemado con fuego para señalar a la persona. Sin embargo, al tratarse de marcas naturales y comunes cualquier persona podía ser identificada como bruja.

Otra manera de identificar a las brujas era, por medio de la ordalía por inmersión en el agua, este método consistía en amarrar al sujeto y arrojarlo al agua, en algún sitio profundo, hasta tres veces si era necesario, si flotaba era culpable, si se hundía era inocente. En este último caso solía ahogarse, siempre y cuando no la rescataran a tiempo. Muchas de las mujeres acusadas de brujería se prestaban como voluntarias a dicha prueba, ya que era de las pocas en las que no eran tan torturadas,

además de demostrar su inocencia por medio de su muerte o quizás como medio de suicidio indirecto.

Uno de los problemas que conllevaron estas tres maneras de identificar a los herejes es que, en algún momento ya no se sabía quien lo era y quien no. En todo caso, si no morían en el proceso de auscultación, terminaban en la hoguera.

Todas las características antes mencionadas se practicaron por varios siglos y es precisamente en esta época cuando se sienta las bases para discernir sobre quienes pueden ser sujetos de un tratamiento especial dentro de la sociedad y los métodos mediante los cuales se seleccionan.

Respectivamente, los sujetos viables son todos aquellos que no encajan dentro del esquema de las ideas teológicas, políticas, económicas; los métodos que se diseñan se encaminan a salvar el alma de los desafortunados poseídos, esto es lo que justifica el uso de la tortura. Detrás de los anteriores aspectos se puede afirmar que existe un trasfondo teológico sumamente arraigado desde San Ausgutin y posteriormente con Santo Tomas, el cual se postula como dominante en todas las actividades del hombre que van desde el trabajo, la moral, la política, la economía, educación, etc. Por lo tanto, el hereje es la representación del mal, el estar contra el Estado y las ideas teológicas; como contra parte está el cristiano que es la

representación del bien, el respetar al Estado y practicar las ideas teológicas.

## LA PSIQUIATRÍA INSTITUCIONAL

Hacia el siglo XVI comienza a decaer el modelo de explicación teológico junto con el poder de la Iglesia, originándose un cambio en la cosmovisión del mundo. El motivo por el cual se da dicha crisis, es debido a las múltiples anomalías que comienzan a ser descubiertas en torno a la explicación que se daba del mundo y de la causa de los fenómenos; es en este momento que desaparece el binomio bruja-inquisidor y se da lugar al binomio loco-alienista (Szasz,1981; Foucault,1984).

Particularmente, las divisiones a lo interno de la Iglesia; la clara delimitación de Estados, el desarrollo económico con la fundación de las primeras instituciones bancarias, por ejemplo, Barcelona, Génova y Venecia, después del año 1400 los cuales organizan "... sistemas de préstamos de los cuales habrán de depender en buena parte Reyes y Papas." (Xirau, 1983, pág.166); así como, el desarrollo de las ciencias donde se plantea una separación entre la fe y la razón, ejemplo de esto son pensadores o científicos como Leonardo Da Vinci, Copernico, Kepler y Galileo, que son los iniciadores del pensamiento científico actual. Todos estos hechos tuvieron influencia sobre la forma de ver el mundo y las ideas teológicas empezaron a declinar en favor de la razón, y por lo tanto de planteamientos científicos.

Debido a los anteriores hechos la visión acerca de los herejes cambió en función de los nuevos planteamientos. El hereje pasa a ser ahora un "enfermo", esto por razón del desarrollo de las ciencias médicas.

Concretamente, dentro del campo médico, los responsables directos de la clasificación de las brujas como pacientes mentales fueron Pinel, Esquirol y Charcot, todos ellos psiquiatras franceses, quienes fundaron la psiquiatría moderna como disciplina médico-positiva, dominando sus puntos de vista en el siglo XIX. (Szasz, 1981; 1984).

Pinel (1745-1826) estaba convencido de que los herejes eran individuos mentalmente enfermos, pero no insistió en ese tema. Afirma que los endemoniados de todo tipo deben ser clasificados entre los maníacos o entre los melancólicos.

Esquirol (1772-1840) alumno de Pinel, fue quien más abogó porque los herejes fueran consideradas mentalmente desequilibrados, ya que creía que lo eran, así como los criminales, de tal forma que refería que no fueran encarcelados en prisiones, sino en hospitales.

Por su parte Charcot (1825-1893) consideró a la herejía como un problema de neuropatología. Freud comenta que Charcot recurrió a las actas ya existentes de los

juicios de brujería y posesión diabólica a fin de mostrar que las manifestaciones de la neurosis (histeria) eran entonces las mismas que hoy, tratando a la histeria al igual que otro tópico en neuropatología. (En Szasz, 1981).

Pinel, Esquirol, Charcot, y más evidentemente Freud aceptan como paciente a quien ha sido identificado como tal y procede a examinar sus síntomas. En el caso de Freud lo que reivindica para sí es la interpretación psicopatológica de la posesión, asimismo considera las crueldades infligidas a las brujas, como indicaciones del carácter humano de sus perseguidores, interpretándolos como síntomas mostrados por los pacientes.

Treinta años después de la intervención de Charcot, Freud retoma elementos de la teoría demológica de la posesión para explicar la histeria en términos de su teoría psicoanalítica. Dice Freud, "...los estados de posesión corresponden a nuestra neurosis..." (Szasz, 1981, pág. 88). Es entonces que se piensa que los demonios son deseos malos y reprobables, derivaciones de impulsos instintivos que han sido repudiados y reprimidos.

Por otra parte, los elementos en que se basaban los médicos para diagnosticar a una persona como loca, era que demostrara falta de comprensión de su propia situación, es decir, que contradijera el diagnóstico sugerido por algún miembro de la

familia, amigo, conocido, o por el mismo médico y determinado por este último; esto bastaba para justificar el encierro y tratamiento contra la voluntad del sujeto en cuestión. Debido a esta forma de identificación y diagnóstico, lo mismo que en la época de la Inquisición, en dicha época, fue difícil diferenciar entre quien estaba enfermo mentalmente y quien no. Quizá lo más importante a señalar sea el hecho de que el médico pasó a ser el encargado de mantener el orden social, función que durante la Inquisición correspondió al inquisidor. (Szasz, 1981).

Así, en el siglo XVII, la definición originaria de locura responde a varias exigencias que pueden ser consideradas análogas a las de la época de la Inquisición, es decir, resguardar el orden social establecido, mediante la reclusión y aislamiento de todos aquellos sujetos que amenazaban dicho orden. Para ser considerado loco bastaba con ser pobre, estar abandonado, estar necesitado, ser considerado como un hijo rebelde o ser prostituta, entre otros; por cualquiera de estas razones, el sujeto debía ser encerrado, no con la finalidad de recibir cuidados, sino para que mediante su reclusión se resguardaran las instituciones sociales recientemente creadas. Por tal motivo, los manicomios públicos del siglo XIX y XX están repletos de gente pobre y carente de educación. (Szasz, 1981; 1982; Foucault, 1984).

Si bien la teoría psiquiátrica de la herejía (cuando Freud retoma la teoría denológica) carece de valor para nuestra correcta comprensión de las cacerías de

herejes, es importante para nuestra comprensión de la misma psiquiatría y de su concepto central: la enfermedad mental. Lo que se llama enfermedad mental (o psicopatología) surge como nombre dado al resultado de un tipo particular de relación entre médico y paciente.(Szasz, 1981; 1986; Foucault,1984). O bien, interpretado desde el punto de vista de la transformación de los demonios en entidades mentales.

Así tenemos que independientemente de la época a la que nos transportemos (Inquisición o psiquiatría Institucional), el hereje, la bruja, el loco, el enfermo mental, y actualmente el homosexual, el negro o judío, se ha seguido una lógica, que consiste en quitar el mal de la sociedad o encerrar al enfermo mental, es decir, eliminar el mal.

De tal modo que, aunque la Inquisición y la Psiquiatría Institucional se hayan desarrollado en distintas circunstancias y épocas, sean económicas, políticas, sociales morales; sus operaciones son similares, pues en la época de la Inquisición, cuando estaba en boga el modelo denológico el inquisidor salvaba el alma del hereje y la integridad de su Iglesia mediante la reprimenda, la penitencia y el perdón, es decir, actos que suponía restablecían la salud espiritual de el hereje, y que estaban relacionadas con conceptos básicos como el arrepentimiento, confesión, conversión, y cambio de pensamiento. De la misma manera, cuando los desórdenes de la mente son cambiados de pecado a enfermedad y el psiquiatra reemplaza al sacerdote como médico del alma; el caso del paciente se diagnostica en términos de psicopatología

y los remedios son ahora el encierro, la electricidad y la química, es decir, la farmacología. (Szasz, 1981; 1984; Foucault, 1984)

Es entonces que seguimos ocupando las mismas categorías legales y morales de la Edad Media, era clasificar a los hombres como ciudadanos que infringen la ley y otros que no lo hacen, culpables o inocentes; además utilizamos una categoría intermedia-el loco o paciente mental- al que se intenta clasificar, ya sea como un simple infringidor de la ley o un inadaptado que requiere de un tratamiento especial. De ahí que se consideren peligrosos (los locos o los pacientes) para sí mismos y para los demás, de tal forma que su internamiento es siempre contra de su voluntad (Szasz, 1981; 1982).

#### TRATAMIENTO ACTUAL

Es un hecho que la lógica seguida por las instituciones religiosas no ha variado con respecto a lo que presumiblemente se hace en el terreno de la práctica profesional psiquiátrica. Baste con mencionar el lugar que se le da a ciertas formas de comportarse que salen de las normas sociales establecidas. Como caso particular la homosexualidad es un buen ejemplo, ya que desde los tiempos bíblicos hasta la fecha guarda el mismo estatus de clasificación, considerándose en ambas épocas como una conducta "especial".

De esta manera las prohibiciones bíblicas de la homosexualidad tuvieron por fuerza una profunda influencia en la equiparación medieval de esta práctica a la herejía; y hasta no hace mucho en nuestra legislación jurídica y actitudes sociales contemporáneas, que consideran a la homosexualidad como un híbrido de crimen y enfermedad; como también en el lenguaje que ocasionalmente utilizamos para describir muchos de los llamados actos sexuales "anormales". (Szasz, 1981).

Si retomamos la actitud de la Iglesia con respecto al sexo durante la caza de brujas, encontramos que los conceptos de desviación religiosa y delito sexual: herejía y homosexualidad, llegaron a ser una sola cosa.

Este punto de vista ha cambiado muy poco en las prácticas actuales, ya que nuevamente se toma como pecaminoso cualquier acto (sexual) que no esté encaminado a la concepción o que la impida, y por consecuencia, los excesos sexuales y cuanto más la homosexualidad, tratándose esta última como una enfermedad o desviación.

Cabría preguntarse si esta es una enfermedad. Si entendemos por enfermedad una desviación de una norma anatómica o fisiológica (como una fractura de pierna), es evidente que la homosexualidad no es una enfermedad. Si se considera que la homosexualidad no tiene un referente fisiológico comprobado, y de alguna

manera existen evidencias de aprendizaje, es entonces que un acto natural contrario a las convenciones predominantes, se tacha de síntoma, de desvarío o anormalidad mental.

Por otra parte, si realmente fuera un problema de índole fisiológico tendría que ser tratado desde la óptica de la medicina y no desde la psicología o la psiquiatría que no tratan con problemas biológicos. Luego entonces, la cuestión de si la homosexualidad es o no una enfermedad, se convierte en un pseudoproblema. Confundiéndose la enfermedad como estado biológico y como función social.

Los psiquiatras contemporáneos no admitirían que la homosexualidad no es una enfermedad, por el contrario, concuerdan en que la homosexualidad es una enfermedad mental. Aceptando lo anterior, lo que hace el psiquiatra es imponer etiquetas pseudo-médicas y en ocasiones se habla de tendencias homosexuales aun cuando no exista comportamiento explícito que lo compruebe. Esta forma de actuar de la psiquiatría es muy parecida al papel que jugaba el inquisidor, es decir este último tenía que comprobar, independientemente de la forma en que lo hiciera, que un individuo era bruja o hereje. (Szasz, 1981).

Existe además el hecho de que no tan solo se ha mantenido la misma lógica con respecto a la actitud que se tiene hacia la homosexualidad, sino que también se

ha conservado en otros terrenos, por ejemplo, cuando se buscan las causas o justificaciones de los conceptos empleados en la identificación de sus referentes empíricos.

El concepto de locura se ajustaba perfectamente al papel de sustituto del concepto de brujería. Sin embargo como la brujería tenía una causa, el diablo; la locura también la necesitaba. Se planteó entonces: ¿qué era lo que producía la locura y cómo podía ser prevenida o curada?. Para el tipo de teoría que se necesitaba era necesario que el agente causal estuviera omnipresente. En este caso, así como con la brujería el diablo era el agente causante, la locura se debe a otro acto, la masturbación. Comenta Szasz (1981) "...así nació el mito de la locura masturbatoria" (pág. 174).

Szasz (1981) resume "...el psiquiatra institucional representa simultáneamente los papeles de acusador, juez y guardián. Como corresponde a un moralista laico, sustituye la amenaza del azufre y el fuego del infierno por la de la demencia y una herencia corrompida; así como el castigo de la condenación eterna del infierno en la vida futura, por el castigo de una cadena perpetua en un infierno terrestre llamado manicomio." (pág. 177). Por lo que Szasz en su libro intitulado "El mito de la psicoterapia" denomina a los psiquiatras y psicoanalistas, como excelentes retóricos.

Hacia finales del siglo XIX los psiquiatras empiezan a expresar que, aunque la masturbación no produce locura, sí es causa de enfermedades mentales, como la neurosis o la homosexualidad, el exhibicionismo, el fetichismo, el masoquismo y el sadismo.

Los primeros psicoanalistas fueron detractores de la masturbación como una actividad nociva. Freud fue uno de los representantes de esta postura, al declarar que la masturbación causa neurosis. Además de considerarla como una adicción básica, no diferenciándola como hábito malo o pecaminoso. Lo primero sirve para condenar la masturbación en el lenguaje de la medicina y lo segundo en lo moral. (Szasz, 1986).

Ya en los inicios del siglo XIX y hasta la segunda guerra mundial, la masturbación dice Fenichel "...es normal en la infancia, bajo las presentes circunstancias culturales sigue siendo normal en la adolescencia incluso en la edad adulta como sustitutivo cuando no se dispone de ningún objeto sexual. La masturbación es ciertamente patológica bajo dos circunstancias: a) cuando es preferida por los adultos a la propia relación sexual, y b) cuando su realización no es ocasional y con objeto de aliviar la tensión sexual, sino a intervalos tan frecuentes que revele una disfunción respecto a la capacidad de satisfacción sexual" (Szasz, op. cit., pág. 195). Con lo antes expresado por Fenichel, es obvio que uno se procure a sí

mismo placer sexual, pero si no lo hace es patológico; por lo tanto, el no masturbarse puede ser también una anomalía.

## CLASIFICACIÓN, DETECCIÓN Y TRATAMIENTO

Una ciencia se define por el tema que estudia. La psiquiatría es una especialidad médica que se ocupa del estudio y tratamiento de la enfermedad mental, por lo tanto dada la definición del estudio de la psiquiatría y que éste no es claro, tenemos que los psiquiatras pueden hacer cualquier cosa como terapeutas o teóricos y se les sigue considerando psiquiatras, así su conducta puede ser la de un médico, un sacerdote, un amigo, un consejero, un maestro, un psicoanalista o cualquier clase de combinación de éstos. Es un psiquiatra en tanto se orienta hacia el "problema de la salud y enfermedad mental". Ahora bien, dicho concepto de enfermedad mental presenta algunas inconsistencias, las cuales se enuncian a continuación.

Existen dos errores que señalan el comienzo del estudio moderno de las llamadas enfermedades mentales. Los conceptos para clasificar a los enfermos mentales son diferentes a los que utilizan para las llamadas personas normales. El nombrar un concepto tiene que ver con sistemas lingüísticos complejos, así desde un punto de vista lógico decimos que algunas cosas deben agruparse en una clase llamada B y otros en la clase no-B. Aunque en ocasiones es difícil determinar

si un ítem pertenece a la clase B o a la no-B, si el observador no cuenta con los instrumentos necesarios para la clasificación podría tener un error de clasificar un ítem en lugar de otro.

Es por ello que hay que tener presente que las categorías se fabrican y se usan. Los nombres y por tanto los valores que les conferimos a los sujetos dependen de las reglas del sistema taxonómico que utilizamos. Las reglas las crea el hombre, sin embargo hay que preguntarse quién las hizo y con qué propósito. Si no tomamos esta precaución e ignoramos las reglas, podemos confundir la clasificación; según Szasz (1982) es lo que ha sucedido en los últimos sesenta o setenta años en la psiquiatría.

Los hechos reclasificados como enfermedades fueron muchos, debido a que no tomaron las debidas precauciones, así el divorcio, el homicidio, la adicción, los homosexuales, los actos delictivos, las fobias, etc., son enfermedades psiquiátricas, lo cual constituye un error enorme y muy costoso. De esta forma se puede deducir que las clasificaciones hechas hasta ahora son justificadas bajo la conveniencia social, más que científica.

¿Para quién, o desde que punto de vista, es un error clasificar a los individuos no enfermos como enfermos? La reclasificación tuvo especial valor para los médicos

y para la psiquiatría como profesión e institución social. El prestigio y el poder para los psiquiatras fue en aumento. Además la reclasificación solo sirvió para complicar más su labor.

Al crear categorías los médicos y psiquiatras, los ítems que en un principio contemplaban se fueron incrementado de tal manera que entre ellos cualquier cosa podía declararse enfermedad. De este modo, la histeria, la neurosis obsesiva-compulsiva y la depresión se sumaron, al principio con lentitud, a la categoría de enfermedad, posteriormente los médicos y los psiquiatras empezaron a llamar "enfermedad mental" a todo aquello que permitiera detectar algún signo de disfunción, sobre cualquier tipo de norma. En consecuencia la agorafobia es una enfermedad porque el individuo no debe temer los espacios abiertos. La homosexualidad es una enfermedad porque la sociedad impone la heterosexualidad como norma. El divorcio también lo es, pues indica el fracaso del matrimonio.

El segundo error es llamar a los fingidores, histéricos. Esto en vez de permitir analizar el problema, determinó que se oscurecieran las similitudes y diferencias entre las enfermedades neurológicas orgánicas y los fenómenos que solo se parecen a ellas.

El punto de vista organicista o fisicoquímico, estuvo dictado y sigue estando

por la dificultad de diferenciar en muchos casos la histeria de la esclerosis múltiple, o del tumor cerebral (especialmente en sus primeros estadios). A la inversa los pacientes que padecan enfermedades neurológicas pueden mostrar también lo que se llama conducta histérica o signos de otros tipos de enfermedades mentales. Este problema del llamado diagnóstico diferencial entre enfermedad orgánica y enfermedad psicológica constituyó uno de los mayores obstáculos para formular una teoría de la conducta personal libre de componentes cerebrales-mitológicos. (Szasz, 1982).

En la época de Charcot solo se consideraba enfermo al que presentaba algún trastorno físico. Se llamaba fingimiento a la falsa enfermedad, y al paciente al que se le adjudicaba ese rótulo.

La tendencia a considerar que casi todas las formas de conducta son enfermedades- en especial si las estudia el psiquiatra- se refleja en el criterio psicoanalítico contemporáneo acerca del fingimiento. De acuerdo con esto, el fingimiento es una enfermedad más grave que la histeria. Esta aseveración negaría la capacidad del hombre de imitar (en este caso, para imitar ciertas formas de incapacidad).

En todo caso, el médico resulta un perfecto árbitro y es quien decide si el

sujeto esta en verdad enfermo o es Fingimiento. El fingimiento puede considerarse un problema médico, social y legal.

Es un problema médico sólo en cuanto la tarea del facultativo consiste en certificar quién es un paciente de buena fe y quien un farsante. Es un problema social en cuanto ya no puede sostenerse el supuesto de que la persona que acude al médico debe estar necesariamente enferma. Es problema legal, porque se ha perpetrado un fraude. El fingimiento puede traer consecuencias ya que no se ha cumplido la tarea del grupo, y porque no se cuenta con la capacidad de curar esta conducta. El primer paso para remplazar el diagnóstico de fingimiento fue cambiar el nombre por el de histeria, y posteriormente por el de enfermedad mental. (Szasz, 1986).

La evasión de los conflictos morales e interpersonales mediante el concepto de enfermedad mental se expresa, entre otras cosas, con el actual criterio "dinámico-psiquiátrico" de la vida norteamericana. Según este criterio, todo hecho humano -desde el infortunio personal y la infidelidad matrimonial hasta la "mala conducta" política, y la convicción moral desviada, es una faceta del problema de la enfermedad mental.

Por otra parte desde el momento que se hace la pregunta ¿qué enfermedad

tiene el paciente? se da por hecho que el paciente tiene alguna enfermedad. Freud resolvió el problema bajo un diagnóstico diferencial. Para Freud era una enfermedad similar a otros trastornos fisicoquímicos del organismo, por ejemplo la sífilis. Aunque creía que la principal diferencia entre ambas es que la base fisicoquímica de la histeria era más ambigua y por lo tanto, más difícil de detectar con los métodos que contaban.

Al estudiar la conducta humana observamos que es tan variada como los síntomas psiquiátricos. De hecho las diferentes teorías psiquiátricas varían de nación a nación, es decir la psiquiatría norteamericana no es la misma que la inglesa o suiza y por lo tanto no puede existir un punto de comparación.

Muchos médicos, psiquiatras y psicólogos, creen que las enfermedades mentales tienen causas orgánicas. Aunque no hay que perder de vista que toda forma de actividad humana se puede describir, en principio, en función de acontecimientos químicos o eléctricos que se producen en los organismos de los participantes. Así por ejemplo si alguien aprende algún otro idioma que no sea el que habla, a medida que aprende se producirán cambios químicos, o de otro tipo, en su cerebro; no obstante, la conducta psicológica no es reducible a explicaciones organicistas. (Ribes y López, 1985).

Sabemos hoy en día que no todas las enfermedades corporales las producen los agentes microbianos, como se creyó erróneamente durante el apogeo de la bacteriología. De modo similar, no hay razones para pensar que la causa de todas las enfermedades mentales son las afecciones cerebrales, esto se refiere porque se ha considerado que las enfermedades mentales son enfermedades cerebrales, como es el caso de la esquizofrenia. De hecho este es otro caso de sustitución terminológica con perseveración de la lógica conceptual.

El problema conceptual en el diagnóstico médico nos obliga a suponer que toda persona podría estar, en el plano físico, sana o enferma. Esta afirmación es falsa desde un punto de vista lógico e imprudente desde un punto de vista práctico; ya que tanto médicos como pacientes creen que se padece una enfermedad física hasta que se demuestre lo contrario. Desde este punto de vista los síntomas histéricos se distinguen porque en el organismo del paciente no se encuentran alteraciones fisicoquímicas, aunque el sujeto se queje. Cabe mencionar que investigaciones posteriores a las de Freud reclasificaron como hipocondría y esquizofrenia a muchos de los primeros casos de histeria tratados por aquel.

Es evidente que el concepto de enfermedad mental es erróneo y engañoso. Según Szasz (1986), al igual que el concepto de enfermedad mental, el de psicoterapia es engañoso, las intervenciones psicoterapéuticas no son intervenciones

medicas, sino morales.

Esto se debe a que la psicoterapia es un tratamiento metafórico por tres razones: primero si lo que los psicoterapeutas pretenden curar no son enfermedades, tampoco los tratamientos que utilizan son verdaderos, baste ejemplificar con el magnetismo que utilizaba Mesmer. Segunda si estos procedimientos se les impone a las personas, entonces son torturas, por ejemplo, la reclusión de una persona en contra de su voluntad. Tercero, si los procedimientos psicoterapéuticos consisten sólo en hablar y escuchar, entonces constituye un tipo de conversación que sólo puede ser terapéutica en sentido metafórico, en todo caso si bastara con hablar sería suficiente que el paciente lo hiciera entre amigos, parientes o incluso el cantinero. (Szasz, 1986).

Ejemplificando, durante el siglo XIX la masturbación era considerada como un síntoma y causa de insanidad. Era un síntoma en cuanto así se detectaba la locura, y causa ya que la provocaba. Actualmente es una técnica psicoterapéutica utilizada por terapeutas sexuales. Este es un ejemplo entre muchos otros, en el que el lenguaje de la psicopatología y la psicoterapia se utiliza para envilecer o glorificar distintos actos humanos. Szasz (1986) opina que "...las técnicas psicoterapéuticas que involucran puras conversaciones con el paciente, generalmente no llegan a ser efectivas para curar estados severos de desorden mental, incluso si pueden incitarse

emociones fuertes".

La cura hablada- o el sólo hablar, se convirtió en lo que se denominó como catharsis. Todos los curadores por medio de la fe tienen en común ciertas características y cualidades, entre las cuales las más importantes son: primero, el habilidoso uso de la retórica para apoyar la pretensión de que realizan hechos curativos maravillosos, y para explicar estos hechos con teorías atractivas para la mente popular (psicoanálisis); segundo, una colección de actos rituales, lugares sagrados y ritos ceremoniales; y tercero, casos de curaciones legendarias, ejemplificadas por personas que se hacen famosas como pacientes "salvados" por su terapeuta. Así tenemos las habilidades retóricas de Mesmer y las de Freud. En el caso de Mesmer el magnetismo, en el de Freud, el "diván analítico".

En los siglos XVIII y XIX cuando se hablaba de "curas de almas", se refería a las enfermedades espirituales, donde los terapeutas eran clérigos y las curaciones eran metafóricas. Actualmente se habla de "cura de la mente" (Szasz, 1981), y se sabe que las enfermedades que tratan los psiquiatras son básicamente similares a las enfermedades médicas ordinarias, que los terapeutas que administran este tipo de tratamiento son médicos, y que las curaciones son el resultado de tratamientos literales.

Con la declinación de la religión y el desarrollo de la ciencia en el siglo XVIII, la curación de las almas (pecaminosas), que habían sido una parte integral de las religiones cristianas, fue convertida en la curación de las mentes (enfermas), y pasó a formar parte integral de la ciencia médica.

El psicoanálisis ha fallado porque la conversación no puede curar enfermedades reales, y porque es imposible curar enfermedades ("mentales") que no existen. Si ubican a la enfermedad en el cerebro, y dicen que el "cerebro debe ser tratado", esto no puede ser, ya que el cerebro o el hígado no pueden ser tratados, solo las personas.

A través de la larga historia de la medicina, se observa que mientras más incierta ha sido la naturaleza de una enfermedad, ha habido tratamientos más numerosos para ella, caso concreto el de la esquizofrenia, en el cual, hasta se ha postulado el ayuno como cura de esta supuesta enfermedad, así como las vitaminas.

Pero aún así la esquizofrenia se sigue considerando enfermedad, debido a que el paciente sufre de una anomalía en el cerebro que la ciencia médica está a "punto de demostrar". Cuestionar este último punto, sería cuestionar el costo cuidadosamente calculado, de la "enfermedad" y el "tratamiento".

En el caso de enfermedad localizable como es el cáncer de pecho, se justifica el tratamiento y el diagnóstico en base a lo que se evalúa es decir, el paciente tiene una enfermedad (cáncer de pecho), lo cual justifica la aplicación de la mastectomía, segundo, está el hecho que la terapia es efectiva, ya que la mastectomía cura el cáncer.

Ambas consideraciones son relevantes para realizar las intervenciones terapéuticas: la primera legitima la terapia con base en la enfermedad del paciente, y la segunda con base en la efectividad de las intervenciones del médico. Sin embargo, falta el consentimiento del paciente para aplicar dicho tratamiento.

Por otro lado observamos que, en "enfermedades como la "inconsciencia", los médicos tratan sin el consentimiento del paciente en cuestión, basta con el permiso de un pariente o de alguna autoridad para someterlo a tratamiento. En la psiquiatría surgió el llamado tratamiento moral, el cual se mantuvo aproximadamente durante toda la primera mitad del siglo XIX, consistió en el cada vez mayor reconocimiento explícito de que, por un lado, los locos estaban categorizados como locos a causa de su mal comportamiento, y no a causa de que estuvieran enfermos; y en el reconocimiento, por otro lado, de que se esperaba que los alienistas enseñaran a los locos a comportarse adecuadamente, en vez de curarlos de alguna enfermedad real.

Posteriormente dentro de lo que es el desarrollo de la psiquiatría se psicopatologizó la mala conducta de los internos de los asilos de locos, y se les medicalizo, es decir, se trato el comportamiento de las personas encargadas de su cuidado. Así se dio lugar a la neurosis y perversiones y por otro lado a las terapias como, la hipnosis y la electroterapia. (Szasz, 1984).

## RESUMEN

Se pueden extraer por lo menos cinco puntos, generales, que son conclusivos para la determinación de los conceptos de normalidad-anormalidad en su génesis.

Primero; las creencias religiosas representadas por San Agustín y las interpretaciones de Santo Tomás y la mala interpretación de los maniqueístas, así como las condiciones políticas y sociales de la Edad Media son campo fértil para la creación de la Santa Inquisición y con ella la fabricación de poseídos por el diablo (brujas, herejes), que representan al mal como contraparte del bien. Aquellos a los que se acusaba de herejes o brujas eran sometidos a pruebas para determinar su culpabilidad, lo fueran o no, e irremisiblemente si no morían en este proceso, al ser confesos eran condenados a muerte.

Segundo; con el cambio de las condiciones políticas y sociales, a finales de la Edad Media, y el avance de las ciencias médicas, se da un cambio en esta visión, postulando ahora a los herejes y brujas como enfermos mentales, siendo los principales promotores Charcot, Freud, Esquirol, Pinel, y otros, quienes proponían que a éstos se les tratara de manera diferente, es decir como enfermos, surgiendo así una especialidad médica dedicada al estudio de las enfermedades mentales, la psiquiatría. Esta se enfoca al estudio de la salud mental y propone taxonomías que

responden, más que a enunciados de carácter científico, a evaluaciones sociales. Es de esta forma que al igual que en la Edad Media, una vez que un sujeto es catalogado como poseedor de un desequilibrio mental, irremisiblemente está condenado a la reclusión en algún hospital psiquiátrico ó a las torturas terapéuticas correspondientes. Aún cuando las formas de etiquetación han cambiado, se sigue la misma lógica, incluso se presentan como sinónimos los conceptos hereje-no hereje, salud-enfermedad, normalidad-anormalidad.

Tercero; la Inquisición al igual que la psiquiatría, se encuentran inmiscuidas en problemas políticos, sociales y económicos, estos se debe a que, desde San Agustín, posteriormente con Santo Tomás, la lógica era que el bien es estar con Dios y el mal contra él, el bien era la Iglesia. En el caso de la psiquiatría el mal es estar contra el orden social, por lo que, tanto la inquisición como la psiquiatría, tienen una función social. Así se puede observar que a la gente catalogada como hereje o bruja y después como enfermo mental o anormal, son los desposeídos o grupos socialmente rechazados en su contexto.

Cuarto; la psiquiatría en el afán de establecerse como una disciplina apegada a la tradición médica intenta clasificar "enfermedades mentales" como la esquizofrenia, la histeria, la demencia precoz, etc., teniendo resultados pocos satisfactorios ya que no se logra establecer acuerdos para catalogar a un sujeto de

la misma forma, incluso entre psiquiatras de la misma comunidad, lo mismo ocurre con sus tratamientos que son confusos y sin una base médica clara.

Quinto; en este proceso de transformación del hereje al enfermo mental, se puede decir que: a) el que en un principio era hereje ahora es un enfermo mental y por lo tanto es anormal, b) como contraparte se encuentra aquellos sujetos que no siendo herejes están mentalmente sanos, por lo tanto son normales. Solo a partir de esto es que la dicotomía normal-anormal se puede entender, es decir, las concepciones es de salud-enfermedad o normalidad-anormalidad, tienen sentido en el campo de la medicina, más no cuando se transportan al terreno de lo mental.

## MODELOS TEÓRICOS Y USOS DEL CONCEPTO

El presente capítulo expone aquellos elementos que son heredados del pensamiento antiguo y los que se incorporan por el desarrollo de la perspectiva médica; partiendo del supuesto que establece que, una vez que los herejes son vistos desde la óptica naturalista, es decir desde la medicina, son pacientes o enfermos. Y como es que las diferentes aproximaciones psicológicas han hecho propio el modelo médico, para la explicación del comportamiento humano, así como sus prácticas terapéuticas.

Si bien es cierto que el modelo médico tiene utilidad en el campo de lo biológico, en tanto que existe una vinculación real entre los fenómenos que estudia (el organismo humano y sus alteraciones) y las alternativas que se proponen para su modificación (tratamientos farmacéuticos, quirúrgicos etc.), en el terreno de la psicología esta aproximación no ha sido tan exitosa, ya que no ha provisto de elementos para crear una lógica conceptual propia de la disciplina que le permita dar cuenta de la explicación del comportamiento, no en términos filogenéticos sino de su ontogenia.

En el terreno de lo filogenético, es coherente hablar de que existe salud enfermedad o normalidad-anormalidad desde la perspectiva de que el ser humano

cuenta con una estructura biológica, determinada y heredada por sus ancestros, de la cual se derivan funciones, así entonces es normal tener un corazón, dos ojos, etc. y el carecer de algún órgano o que su funcionamiento no sea acorde con su naturaleza, es un indicador de anormalidad o falta de salud. Mientras que en el terreno de lo ontogenético se ha hablado de conducta normal-anormal, como resultado de la adopción del modelo médico. Sin embargo es cuestionable este enfoque si se piensa que la conducta se califica como normal o anormal dependiendo de: a) del grupo social o b) de la atribución de una causa física o intrínseca.

La psicología requiere de un marco conceptual propio, que de cuenta de los fenómenos, para posteriormente poder proponer o satisfacer exigencias de cambio.

## ANTECEDENTES

El concepto de enfermedad mental no es exclusivo de nuestra cultura ni de nuestro tiempo. A través de la historia, la gente que se comportaba anormalmente era aislada, torturada y algunas veces asesinada. Su conducta no fue considerada como enfermedad mental, sino como inmoralidad, herejía y brujería. Hoy se habla de "trastornos mentales" y "desórdenes emotivos" (Cashdan, 1973).

Sin embargo, en cualquier momento histórico, los legos y los profesionales han tratado de comprender la conducta extraña o rara. Esto ha resultado, en algunos intentos de etiquetar tal conducta, descubrir su causa y tratarla. Cuando se toma estas ideas juntas, se tiene que, se identifica, se busca la causa y por último se intenta dar tratamiento, esto nos ha llevado a constituir un modelo de conducta anormal.

Las teorías que han intentado explicar la conducta desviada han sido varias a lo largo de la historia, así tenemos que la primera explicación a las conductas extrañas o la enfermedad física o mental, son el resultado de fuerzas desconocidas. A este tipo de explicación se le ha nombrado demonología, ya que se cree en los espíritus malignos, como responsables de incidencias negativas (Kazdin, 1983).

En contraparte a la explicación que daba el modelo demonológico, tenemos la del modelo naturalista, que coloca la fuente de la conducta desviada dentro del cuerpo, y afirma que ocurre procesos físicos naturales. Con la afirmación de Hipócrates, de que cualquier enfermedad tiene una causa natural que la origina, la explicación demonológica decae, surgiendo así el modelo naturalista, por lo tanto, el origen de la conducta desviada se colocó dentro de los procesos naturales del cuerpo en vez de ligarse a fenómenos espirituales.

Sin embargo a la muerte de Hipócrates y posteriormente de Galeno quien trabajó bajo las ideas de Hipócrates, y conjuntamente a que la Iglesia se convertía en un instrumento político y social cada vez mayor, se desplazó el modelo naturalista de la enfermedad mental (Cashdan, 1973; Kazdin, 1983).

De esta forma la doctrina demonológica, nutrida bajo el dogma eclesiástico, empezó una vez más a florecer, ya no eran los médicos, sino los sacerdotes quienes estaba a cargo del cuidado de los mentalmente enfermos y el tratamiento médico fue substituido por la plegaria y la penitencia. La conducta anormal fue explicada como el fruto de lo diabólico.

En la Inquisición los sacerdotes utilizaban castigos indiscriminados para todo aquel que disentía, y los buscaban y perseguía en nombre de Dios y de la Iglesia. Hacia 1500 los conceptos de enfermedad mental, herejía y brujería estaban firmemente fusionados y fue entonces que se escribió el libro *Malleus Maleficarum*, en donde se estipula quien era y como debían castigar a las brujas y herejes, así como las técnicas a emplear en dicho proceso. (Cashan, 1973; Szasz, 1986)

A finales de 1700 Phillipe Pinel cambió las condiciones de vida en dos asilos para enfermos mentales en el Bicetre y el Salpêtrière, los cuales proporcionaban una vida deplorable a sus enfermos. Este cambio se logró ya que

la explicación demonológica de la enfermedad mental estaba decayendo (Cashdan, 1973).

Kazdin (1983) y Cashdan (1973) concuerdan que en el siglo XVI se puso nuevamente énfasis en explicar la enfermedad mental, o conducta desviada, a partir de causas biológicas, alcanzando su auge en el siglo XVIII, en donde no sólo se aceleraron los avances en las ciencias biológicas y en la medicina en general sino que hubo ciertos hallazgos concretos que marcaron una relación entre una patología orgánica con muchos desórdenes físicos.

Este éxito hizo pensar que la patología orgánica podía dar cuenta de la conducta perturbada, así la patología cerebral podía explicar la enfermedad mental, y a partir de este hecho se empezó a construir sistemáticamente un modelo de conducta, basado en el concepto de enfermedad. Sin embargo, aún cuando esto fue exitoso, a finales del siglo XIX había otras líneas de investigación, ya que no todas las enfermedades mentales tenían pruebas de la existencia de patologías orgánicas, por lo que se consideró la posibilidad de que existiesen factores psicológicos, y no biológicos, que pudiesen ser responsables de la conducta anormal.

Por lo tanto, el modelo orgánico de la enfermedad mental, coloca

firmemente el foco de la conducta anormal ya sea en el daño de los tejidos o en alguna disfunción de la bioquímica cerebral. La psicología germánica fue básicamente una psiquiatría orgánica.

Del modelo psicológico se dice que pone énfasis en el aprendizaje patológico. La conducta anormal es contingente a patrones desviados de aprendizaje que se reflejan en una inhabilidad general para enfrentarse a las necesidades de la vida.

Los modelos orgánico y psicológico tuvieron como fruto los enfoques intrapsíquico y conductista de la conducta anormal. Del primer enfoque nos podemos centrar en Freud como principal representante, debido a que durante el siglo XIX se produjeron avances muy importantes en explicar las causas de los trastornos físicos.

Por analogía, el modelo se extendió a la enfermedad mental que en algunos casos reveló efectivamente una patología física a la que podía atribuirse los síntomas psicológicos. La aportación de Freud fue elaborar un marco conceptual para determinar y explicar en que consistían esos factores psicológicos de la conducta anormal.

## MODELO INTRAPSIQUICO

Los principios de los enfoques antes mencionados se pueden señalar en la primera década del siglo XX, el modelo intrapsíquico "... coloca el foco psicopatológico, en las profundidades de la personalidad, en la forma de un grave déficit del carácter o un conflicto penetrante y extendido." (Cashdan, 1973; pág. 17). Este modelo implica describir a la conducta anormal como fuerzas internas que operan dentro de la personalidad y que están en conflicto unas con otras.

Esto último da pie a mencionar el trabajo realizado por Freud, específicamente con su teoría de la estructura intrapsíquica, que está dividida en tres elementos: el ello, el yo y el superyo.

El Ello viene a ser como la reserva de la energía libidinal y agresiva que, guiada por el impulso del principio del placer, busca la satisfacción total e inmediata de los impulsos instintivos, aunque sean contradictorios y estén en desacuerdo con la realidad.

El Yo, que busca una parte muy específica del Ello en contacto con la realidad, desempeña las funciones de la relación del sujeto con la realidad social y cultural. Intenta canalizar el impulso primordial del Ello y satisfacer las

necesidades que éstiene planeadas, armonizándolas entre sí con la realidad. El Yo es capaz de postergar la satisfacción de las necesidades planteadas en el Ello de acuerdo con las posibilidades reales, es decir, sustituyendo el principio del placer por el principio de la realidad. El Yo asume también inconscientemente la presión de la realidad social en cuanto a prohibiciones, normas y deberes, hasta tal punto que a partir de él se forma la instancia autónoma del Super-yo que le exige el cumplimiento de esta normatividad.

El Super-yo está formado por la interiorización de las normas culturales que rigen una sociedad, y que el hombre recibe a través de las instituciones, la escuela, la familia, etc. Por igual se le ha denominado consciencia moral, por su función de aprobar o rechazar actos, pensamientos, impulsos; normalmente la desaprobación que genera el Super-yo, es el proceso acompañado de sentimientos de culpabilidad. Por otra parte, una de las funciones del Super-yo es la auto observación. Representa todas las restricciones morales, las aspiraciones. Este Super-yo se adquiere con la educación durante la infancia, pero el Super-yo del niño no es construido conforme al modelo de los padres mismos, sino el Super-yo recibe el mismo contenido, pasando a ser el substrato de la tradición de todas las valoraciones permanentes que por tal camino se ha trasmitido a través de las generaciones.

La teoría del funcionamiento mental de Freud se completa con la teoría del desarrollo infantil, la cual traza la historia del niño a través de etapas, biológicamente fijas, las cuales se centran en una parte del cuerpo que, cuando se estimula provocan placer. Estas son: la etapa oral, que dura del nacimiento hasta los dos años, la boca es la principal fuente de placer. Después la etapa anal la cual dura aproximadamente el tercero y cuarto año, y por último la etapa fálica. La teoría de desarrollo infantil, combinada con la teoría de los procesos mentales conflictivos (ello, yo y super-yo), comprenden la versión psicoanalítica del modelo intrasíquico.

## MODELO CONDUCTUAL

El modelo conductista como veremos va a estar influenciado por diversos personajes que han aportado a la psicología un punto de vista, que a través del tiempo la ha ido conformando como una disciplina independiente de la fisiología, y de otras.

Así en el siglo XIX, el desarrollo de las ciencias biológicas afectó de forma decisiva a la psicología, esto se debió a intereses comunes de ambas ciencias, entre los que se incluía la investigación del funcionamiento de los organismos en relación con el ambiente. Dicho interés está relacionado con la teoría de la evolución de Darwin, que refería entre otras cosas, la adaptabilidad de los organismos a su ambiente.

Kazdin (1983) cita que aunque la biología y la psicología tenían un nivel de análisis del comportamiento diferente se superponían en temas tales como: la sensación, la percepción y la cognición, o el desarrollo de pautas de conductas manifiestas en organismos inferiores y en los seres humanos. Esto sirvió de impulso del objetivismo en psicología, el cual se cristalizó en un movimiento que se le ha conocido como "conductismo", este estableció una revolución metodológica y sentó las bases científicas de la psicología.

Es importante mencionar que el conductismo es la filosofía de la ciencia de la conducta, y que "...como toda filosofía de la ciencia genuina, no es más que la reflexión sobre el propio desarrollo teórico y empírico de la disciplina..." (Ribes, 1982; pág. 13). Esto implica que dentro de la filosofía las preguntas a contestar sean y estén fundamentadas en los supuestos que orientan y cimientan las acciones teóricas y de investigación, tales preguntas se abocarían a: ¿qué es lo que se considera como conducta?, ¿cómo la medimos?, ¿cómo se aborda?, ¿qué paradigmas se proponen?

Esto es, la ciencia es un modo de conocimiento, que abstrae propiedades genéricas, de objetos singulares distintos. Para tal función, descompone a las propiedades de los objetos para agruparlos en clases que borren su singularidad. "La ciencia parte de los objetos, pero no los estudia ni los describe; abstrae propiedades de ellos y, en ese sentido, crea dimensiones de conocimiento que trascienden a su experiencia directa." (Ribes y López, 1985; pág. 244).

Por otro lado, existe un contraste entre el modo de conocimiento científico y el modo de conocimiento tecnológico. La tecnología "...es fundamentalmente un conjunto de procedimientos -y reglas para generarlos- dirigidos a la transformación, la eliminación o creación de objetos o condiciones particulares concretas." (Ribes y López, 1985; pág. 244). Es decir, la tecnología como un modo de conocimiento

debe ser sintético y sintetizador, en el primer caso, es el resultado de un análisis de los objetos particulares a lo concreto y singular de estos; en el segundo, la tecnología requiere de la integración situacional de categorías generales.

Específicamente, el tema a desarrollar en este apartado tiene relación con el modo de conocimiento tecnológico. Sin embargo, se debe mencionar que el modo de conocimiento tecnológico, no se desprende directa o por analogía del modo de conocimiento científico. El conocimiento científico tiene que ser adaptado, para poderlo aplicar a lo singular de lo concreto, esto implica un proceso de traducción, ya que de no contar con éste, el conocimiento científico carecería de significación para solucionar problemas en la práctica social. (Ribes y López, 1985).

Ahora bien, la modificación de conducta (como modo de conocimiento tecnológico), se interesa al igual que la biología, por la forma en que los organismos se adaptan a su medio ambiente y como las conductas se aprenden. Es de vital importancia hacer un recorrido histórico para comprender los principios de la modificación de conducta y como estos han sido permeados aún por el modelo de enfermedad.

De esta forma los antecedentes históricos y descubrimientos científicos y psicológicos que dieron nacimiento a la terapia conductual, pueden clasificarse en

cinco rubros: la investigación rusa inicial sobre el condicionamiento; el desarrollo de la psicología comparativa; el conductismo de Watson y el desarrollo de la teoría del aprendizaje (estas perspectivas se sitúan como un modo de conocimiento científico). Paralelamente a estas cuatro condiciones se desarrollo una quinta, las aplicaciones de los descubrimientos sobre el aprendizaje a la conducta humana y a la psicoterapia.

#### La psicología Rusa

La influencia de la investigación rusa del condicionamiento sobre la modificación de la conducta está basada en los trabajos de I. Sechenov (1863), I. Pavlov (1903) y Bechterev (1913), en los cuales abogan por las explicaciones objetivas de la conducta incluyendo la humana, la mayor parte de la cual se había considerado subjetiva.

El primero (Sechenov) consideraba a la psicología como una ciencia inexacta ya que se apoyaba en explicaciones subjetivas de los fenómenos psicológicos, él proponía que la psicología se basara en los métodos de la fisiología para el estudio de los problemas psicológicos (Boring, 1980). También consideró que las respuestas se aprenden cuando se asocia repetidamente con

determinados estímulos

La aportación de Sechenov a la psicología fue librarla de conceptos no comprobados o metafísicos, y ubicarla en el ámbito de la ciencia. Como ya se mencionó defendió el uso de los métodos de la fisiología debido a que permitían un análisis objetivo y fundamentado empíricamente. Por otro lado, subrayó el papel de los reflejos y del aprendizaje en la explicación de la conducta. Así la significación del ambiente en la explicación de los procesos psicológicos y de la conducta queda asentado. Ya en la modificación de la conducta, esta búsqueda de causas externas de la conducta fue innovadora (Kazdín, 1983).

Del mismo modo que Sechenov, Pavlov confiaba en el enfoque científico y en el estudio del sistema nervioso central. Una de las contribuciones de Pavlov fue investigar de forma objetiva los reflejos condicionados, desde el punto de vista del fisiólogo. Cashdan (1973) refiere que el interés de Pavlov por la conducta anormal lo llevó a realizar uno de los primeros experimentos en la psicopatología experimental. Bajo lo que demostró Pavlov que era posible enseñar a un animal a salivar con la sola presentación de una campana o de una luz (estímulos condicionados), esto fue lo que atrajo a Watson para llevar a cabo experimentos en donde se creara neurosis en el laboratorio.

Bechterev aplicó los principios de la reflexología al tratamiento de algunas perturbaciones conductuales (histeria, sordera, etc.).

### La Psicología Comparada

Tenemos por otra parte que la Psicología Comparada, junto con el objetivismo y la reflexología aportaron elementos que la modificación de conducta retomaría para su práctica. En el caso de la Psicología Comparada esta tuvo como finalidad demostrar la continuidad de las capacidades de adaptación y de los procesos psíquicos en el reino animal y trazar su desarrollo evolutivo hasta su culminación, frecuentemente en el hombre (Mackenzie, 1982).

Darwin (1809-1882), fue uno de los que impulsó enormemente la investigación sobre conducta animal. Su teoría tuvo una gran importancia para el desarrollo de la psicología como ciencia, siendo en América y la URSS donde la psicología animal surgida de manera más o menos directa de la teoría evolucionista, se convirtió en una división especial en la psicología.

Esta postulaba la existencia de una continuidad entre la especie humana y el resto de las especies animales, tanto en lo que se refería al funcionamiento físico como a lo mental. Este planteamiento se explicitó en " La Expresión de las

Emociones en el Hombre y en el Animal" (1872). Esta forma de pensar fue importante debido a que la investigación animal se convirtió en un medio fundamental para la comprensión de la conducta humana (Kazdín, 1983), y permitió que se pensara en aplicar los descubrimientos del aprendizaje animal, a los seres humanos.

El gran interés en la conducta comparada de diferentes organismos, condujo a la realización de estudios importantes sobre la inteligencia y los hábitos de los animales. Lo importante de estas primeras investigaciones sobre la conducta animal radica en el compromiso con la experimentación y la eliminación de conceptos subjetivos y antropomórficos.

Por otra parte, fue importante para el conductismo la aplicación de los principios derivados del estudio de la conducta animal ya que podían servir en situaciones humanas, esto indicaba que no se necesitaban procesos mentales internos para explicar la conducta (Kantor, 1990).

La teoría de la evolución de Darwin, con la noción del desarrollo gradual, que finalmente condujo radicalmente a la transformación de una especie en otra, echó abajo el muro insalvable que había separado a los diferentes tipos de organismos, y puso énfasis en las acciones de los organismos y su desarrollo a la

vez que permitió la comparación de sus características estructurales y conductuales. El resultado fue el desarrollo de estudios sobre conducta animal que llevaron de manera bastante directa a la noción de que todos los eventos psicológicos son conductas.

El condicionamiento en Rusia y la psicología comparada en Inglaterra, representaron grandes avances independientes en la metodología y en las aplicaciones del enfoque científico al objeto de estudio de la psicología.

#### El conductismo de Watson

En América con Watson (1878-1958) en 1913 aparece el conductismo propiamente dicho, debido a la propaganda contra el introspeccionismo y a la insistencia de una psicología objetiva, Watson escribe "La Psicología tal y como la ve el Conductista", en el cual refiere "... la psicología tal y como la ve el conductista es una rama experimental y puramente objetiva de la ciencia natural. Su meta teórica es la predicción y el control de la conducta. La introspección no constituye una parte esencial de sus métodos, y el valor científico de sus datos no dependen de la facilidad con la que pueda prestarse a interpretaciones en términos de conciencia. El conductista en sus esfuerzos por conseguir un modelo unitario de la conducta animal, no da cuenta de la línea divisoria existente entre el hombre

y la bestia. La conducta del hombre, aun con todo su refinamiento y complejidad, constituye únicamente una parte del programa total de investigación del conductista" (Kazdin, 1983), pág. 63).

De ahí, que la postura de Watson se resume en dos principios metodológicos. El primero, la psicología ya no podía considerar a la conciencia como su objeto de estudio, ya que conducía a discusiones irresolubles sobre la naturaleza de fenómenos mentales tales como las sensaciones, las imágenes y los pensamientos. Por el contrario decía Watson el objeto de estudio de la psicología era la conducta manifiesta. Así el conductismo se convierte en una psicología de estímulo y respuesta.

En segundo lugar, la introspección como método de observación debía de abandonarse, puesto que no permitía el estudio objetivo de la conducta. En lugar de eso se debía evaluar la conducta casi de la misma forma en que lo había hecho los experimentadores animales, de ahí que sugería el método del reflejo condicionado elaborado por Pavlov y Bechterev, ya que podía constituir a la psicología como una ciencia objetiva. (Keller, 1987).

Desarrollo de las teorías del aprendizaje

Lo importante de las investigaciones sobre el condicionamiento en Rusia y en América puso de relieve la adaptabilidad y la modificabilidad de la conducta. Pavlov había puesto en claro la forma en la que los estímulos llegan a adquirir la capacidad de evocar respuestas. Watson y Bechterev intentaron formular teorías generales de la conducta basándose en la noción de condicionamiento, su rechazo de los instintos, y su énfasis en las influencias que el ambiente ejerce sobre la conducta, contribuyeron a la consolidación del aprendizaje como tema central de la psicología.

Al irse formulando las diversas teorías del aprendizaje, algunos autores enfatizan que la asociación de los términos finales del análisis es entre estímulos y respuestas, mientras que otros establecen que esta asociación es entre estímulos únicamente.

En América se propusieron varias teorías para explicar la adquisición de respuestas. Estas teorías se diferencian entre sí en los principios que cada una de ellas asumía con respecto a los procesos de aprendizaje, en el grado de sofisticación teórica y en la cantidad de investigación realizada en apoyo a sus investigaciones. Todas estas se centran en los principios básicos del conductismo: estímulo-respuesta, comprobación objetiva y rechazo a la conciencia. Existen varios teóricos importantes que hay que destacar: Hull, Tolman, Guthrie, Mowrer

y Skinner (entre otros), ya que han contribuido a la evolución de las diversas técnicas específicas de la modificación de conducta.

En especial Skinner en 1938 escribe una obra denominada "La conducta de los organismos", en la cual se propone un nuevo tipo de enfoque llamado análisis experimental de la conducta basado no tanto en el estudio de los estímulos elicitantes- como Watson proponía- sino en el de las respuestas y consecuencias por ellas producidas. Por primera vez se distingue entre conducta respondiente y conducta operante; de la primera, señala que es elicitada automáticamente por estímulos específicos, mientras que de la segunda, señala que ocurre espontáneamente sin correlación con situaciones específicas. En tanto que las operantes son muy comunes, por medio de ellas los organismos operan sobre el medio y producen los reforzadores.

Para Skinner una diferencia entre el condicionamiento clásico y el operante es que en primero el reforzamiento se correlaciona con el estímulo, mientras que en el condicionamiento operante lo hace con la respuesta. Además la respuesta operante produce el reforzador, es espontánea y afecta la musculatura esquelética, en una palabra va seguida del reforzamiento, y esta contingencia o dependencia que el reforzador tiene de la conducta es un factor básico en el control experimental de la misma.

Skinner piensa que los términos causa y efecto ya no se usan en forma tan general en la ciencia. Los términos que los reemplazan se refieren sin embargo, al mismo núcleo de hechos, esto es, una causa es un cambio en una variable independiente y un efecto en un cambio en la variable dependiente, estos términos sugieren no cómo producen sus efectos una causa, simplemente establecen que diferentes eventos van a ocurrir juntos en cierto orden. Lo antes mencionado es la contribución de Skinner a la psicología del aprendizaje y al conductismo en su contenido.

En lo que respecta a lo metodológico, Skinner desarrolló una forma especial de estudiar la conducta denominada "análisis experimental de la conducta". En esta se establece relaciones entre el comportamiento y los estímulos ambientales, con el objeto de desarrollar una ciencia de la conducta sin la necesidad de recurrir a ningún tipo de constructos, por encima del nivel meramente descriptivo.

Resumiendo, Watson se convierte en figura clave de la psicología en tanto que define un objeto de estudio (la conducta), además sostiene que la psicología es una rama puramente objetiva y experimental de las ciencias naturales, cuya meta teórica es la predicción y el control de la conducta.

Por otra parte, Skinner aportó (entre otras cosas) la clarificación del

condicionamiento respondiente y operante, asimismo no fue el único en reconocer las diferencias entre los paradigmas de Pavlov y Thordinke, ni el único en demostrar la importancia de las consecuencias de la respuesta en el desarrollo de la conducta.

## LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

Para entrar ya en el campo de la psicología clínica, se han de mencionar las influencias del objetivismo, de la psicología comparada y el conductismo, en especial de la exigencia metodológica de Skinner, a través del denominado análisis experimental de la conducta, el cual describe fundamentalmente una metodología científica teórica y experimental, en el campo de la psicología, que comparten los supuestos y métodos de las ciencias naturales como la física, la química y la biología. Su interés fundamental radica en el establecimiento de las relaciones funcionales entre acontecimientos definibles físicamente y susceptibles de ser medidas.

Se puede decir que del análisis experimental de la conducta se derivó el análisis conductual aplicado con toda su metodología y su paradigma de la triple relación de contingencia, admitiendo que solo aquellos tratamientos que tiene una base teórica conductual y fundamentada experimentalmente son permisibles.

De esta forma el análisis conductual aplicado y la terapia de la conducta o modificación de conducta se diferencian en tanto que: 1) la teoría del aprendizaje (donde deviene el análisis conductual aplicado), no proporciona una base adecuada para ningún tipo de terapia, debido a que sus concepciones no están bastante desarrolladas y no hay acuerdo suficiente en relación a sus formulaciones; 2) las teorías del aprendizaje fueron formuladas con base en el estudio de la conducta animal. Esta es una diferencia importante entre el análisis conductual aplicado y otras aproximaciones más generales como la modificación de conducta y/o la terapia de la conducta.

Los términos Terapia Conductual y Modificación de la Conducta son usados, en muchas ocasiones, indistintamente para referirse a una gama muy completa de técnicas, incluyendo los métodos operantes como los no operantes (Rimm y Masters, 1987); mientras que en otras ocasiones se utilizan diferencialmente. Por ejemplo, para Lazarus (1971; citado en Rimm y Masters, 1987) la terapia de la conducta se relaciona con el tratamiento de la ansiedad, utilizando métodos de contracondicionamiento, mientras que la modificación de la conducta destaca los procedimientos operantes.

Por otro lado, Nudler (1979), dice que el término terapia conductual hace referencia, concretamente, a la escuela fundada por Wolpe, ya que aunque el

término fue usado por primera vez por Skinner y Lindsley en 1953 para describir algunas técnicas del condicionamiento operante aplicadas al comportamiento humano, el verdadero interés en él se despertó y logró gran difusión en 1958 con la publicación del libro de Wolpe "Psychotherapy by Reciprocal Inhibition".

Ullman y Krasner (cit. en, Rimm y Master, 1987), hablan de la terapia conductual y modificación de conducta como formas específicas de procedimientos de intervención clínica, Keehn y Websler (1969) sugieren que la terapia conductual representa el paradigma E-O-R y que la modificación de conducta representa el paradigma E-R, ésta identificación de términos con paradigmas o sea el aparear la terapia conductual con métodos de contracondicionamiento y la modificación de conducta con métodos operantes se volvió muy común (Seligson, 1981; inédito).

Sin embargo, no son las únicas definiciones acerca de la terapia de la conducta y modificación de conducta, y a pesar de su falta de regularidad y consistencia en el uso de estas dos nociones, en términos generales podríamos decir que el término terapia conductual, es un rubro que sirve para denotar una disciplina tecnológica que tiene como objetivo la modificación de la conducta, a través de los métodos y técnicas desarrollados por el análisis conductual aplicado, entre otros.

El análisis conductual aplicado y la modificación de conducta reflejan una transición del trabajo realizado experimentalmente con animales, y relacionado con el aprendizaje, a las aplicaciones clínicas.

De esta forma al contar con más información sobre la adquisición de la conducta, ésta sirvió para explicar la conducta tanto adaptativa como desadaptativa. Así, desde el principio Pavlov, Bechterev y Watson se interesaron en la conducta desadaptativa estudiándola bajo el punto de vista de los principios del condicionamiento. Como resultado de estas investigaciones, se obtuvieron avances en la forma de conceptualizar a la conducta anormal, el cambio de personalidad y el proceso terapéutico.

Con Pavlov y Watson, se pueden enmarcar los inicios de la modificación de conducta por las siguientes razones: El trabajo de Pavlov sobre neurosis experimentales, producidas en el laboratorio, las cuales eran semejantes a la conducta neurótica de los seres humanos, se relacionan con la historia de la modificación de conducta en dos puntos esencialmente; primero puso de relieve el papel del aprendizaje en la adquisición de respuestas emocionales; segundo, la producción de neurosis experimental, ya fuera en animales o humanos sugirió que si bien las reacciones neuróticas se adquirían a través del aprendizaje, estas también podían "desaprenderse", por lo tanto esto condujo al interés por, y el

estudio de, técnicas terapéuticas en la modificación de conducta (Casdhan, 1973; Kazdin, 1983).

Un ejemplo de las investigaciones de Pavlov sobre las neurosis experimentales es el que llevó a cabo con un perro, donde se le expuso a dos estímulos, un círculo y una elipse los cuales se proyectaban por separado en una pantalla. La respuesta de salivación condicionada aparecía en presencia del círculo, pero no en la de la elipse. Después los ejes de la elipse fueron alterándose progresivamente, de tal forma que la elipse se fuera asemejando a un círculo. El perro seguía respondiendo al círculo aun cuando la elipse ya casi era circular. Sin embargo, después de un tiempo, el animal ante la discriminación difícil empezó a fallar al realizar la respuesta condicionada, cambiando su comportamiento radicalmente, de ser un perro tranquilo, comenzó a violentarse y atacar el aparato. Por otra parte, las discriminaciones que era capaz de realizar las dejó de emitir.

Este bloque del reflejo condicionado y las respuestas emocionales resultantes fue a lo que se llamo neurosis inducida experimentalmente. Para Pavlov este hecho estaba relacionado con la excitación y la inhibición, dos procesos fundamentales del córtex cerebral.

En el caso de Watson, al estudiar las reacciones emocionales

condicionadas, demostró que las nociones conductuales y los métodos objetivos podían aplicarse a la investigación de los sentimientos y la experiencia privada, por otro lado, la forma en cómo evaluaba las reacciones emocionales y la explicación de cómo se adquirían los miedos, tuvo como consecuencia el modo en que podían tratarse. Este interés investigativo, por parte de Watson, nace, en gran medida, de la idea que tenía sobre el miedo, la ira y el amor, emociones que consideraba innatas y reacciones emocionales que pueden ser condicionadas por una serie de estímulos ambientales (Kazdin, 1978).

También retomó y reconoció el valor de los métodos objetivos desarrollados y utilizados en la Psicología animal para explorar la naturaleza de los procesos de aprendizaje como un problema en la modificación de conducta. Watson argüía que la conducta normal era el resultado de un proceso de entrenamiento, y es a raíz de este planteamiento que surgen sus estudios pioneros, realizados conjuntamente con Rayner, sobre el condicionamiento de respuestas de miedo en un niño.

Watson y su esposa Rosalie Rayner, con el caso de "Alberto" demostraron que un miedo irracional o fobia podía aprenderse casi como cualquier otra conducta, "... para lograrlo expuso a un niño, Alberto, a una rata de laboratorio, mientras que golpeaba al unísono una barra de metal con un martillo para producir

un ruido que causaba sobresalto. Alberto, pues, fue sometido a repetidos apareamientos de la rata con el alarmante sonido. Aunque al principio Alberto no le tenía miedo a la rata, pronto comenzó a temer al animal, aún cuando este no estuviera apareado con el ruido. La temerosa reacción del niño al sonido (la respuesta incondicionada) fue así condicionada a la rata previamente neutral (el estímulo condicionado)." (Cashdan, 1973; pág. 21).

De esta forma, mediante la formación de los miedos y posteriormente su eliminación, se fomentó el uso de los conceptos del condicionamiento para la explicación de la conducta normal y anormal, y también el crear métodos de cambio conductual. (Kazdin, 1983).

Posteriormente M. Jones (1924) estudió el efecto de la técnica terapéutica sugerida por Watson y Rayner desarrollando nuevos métodos terapéuticos. Por otra parte, entre 1925 y 1930, Bechterev usó el condicionamiento para tratar la sordera histérica y la perversión sexual (Kazdin, 1978). Puede considerarse éste, como uno de los primeros intentos de aplicar los hallazgos de la psicología experimental del aprendizaje, con propósitos clínicos.

Otro personaje importante dentro de los inicios de la modificación de conducta fue William Burnham, quien bajo los principios del condicionamiento

trabajó la higiene mental, y trató de extrapolar la metodología empleada a la educación, es decir, trabajó en escuelas primarias creyendo firmemente que si se evitaba las neurosis en las escuelas aumentaría la salud mental y la eficiencia de todos los niños normales, de tal forma que se posibilitaría un aprendizaje social.

Por otra parte, Hobart Mowrer y Willie Mowrer son conocidos por su trabajo realizado con la aplicación de los principios del condicionamiento al tratamiento de la enuresis. Diseñaron entre otras cosas, un apartado que se colocaba abajo de la almohada del sujeto para que le avisara que tenía que orinar, esta forma de trabajo tuvo éxito en todos los casos, sin embargo la contribución de los Mowrer no solo fue el aparato, sino su conceptualización y su tratamiento de la enuresis desde la orientación del aprendizaje, además consideraban a la enuresis como un mal hábito y no como la expresión de procesos psicodinámicos, los cuales criticaban.

A partir de los años 30 y hasta los 50, las explicaciones de la conducta normal y anormal y de la psicoterapia basadas en aprendizaje fueron aumentando notablemente. Concretamente Dollard y Miller intentaron integrar los principios de la teoría del aprendizaje, y las contribuciones del psicoanálisis, como el origen infantil de las neurosis, para explicar lo que se ha denominado como psicopatología (Cashdan, 1973). Así pues, creían poder desarrollar una teoría general de la conducta basada en la psicología del aprendizaje, a través de la

experimentación y que a su vez podía aplicarse al ámbito clínico. (Kazdin, 1983).

Finalmente, Skinner en su libro "Ciencia y Conducta humana" (1963), proporciona una base para creer que gran parte de la conducta humana se puede entender en términos de los principios del condicionamiento operante, el cual se refiere básicamente a que una conducta se aprende y se fortalece por sus consecuencias.

Con éste concepto y el de la triple relación de contingencias, el conductismo y la teoría del aprendizaje sufrieron un vertiginoso desarrollo, el cual no sólo tuvo un gran impacto sobre la historia de la modificación de conducta sino que propició una reacción favorable a los tratamientos empleados por parte de algunos psicoterapeutas tradicionales.

Durante la Segunda Guerra Mundial la mayor parte de los esfuerzos teóricos se encaminaron hacia la integración de la psicología clínica, y el conductismo, a través de la traducción de los conceptos psicoanalíticos al lenguaje conductual. De esta manera comienza, no sólo la creación de nuevas técnicas sino, el desarrollo de un nuevo enfoque teórico en el tratamiento de los problemas del comportamiento humano complejo, que va más allá de las aplicaciones directas de los principios del aprendizaje para modificar la conducta. (Kazdin, 1983).

Dicho desarrollo se inicia formalmente, de manera relativamente independiente en tres países: Sudáfrica, Inglaterra y Estados Unidos.

El desarrollo de la terapia conductual en Sudáfrica se deriva de los hallazgos de Wolpe, quien creó un gran número de técnicas para el tratamiento de los desórdenes neuróticos, entre los cuales la más difundida es la "desensibilización sistemática".

Sin embargo, la aportación más importante de Wolpe es la elaboración del principio de inhibición recíproca como la base fundamental de los efectos psicoterapéuticos. Wolpe decía que el éxito terapéutico en el tratamiento de una neurosis depende de la inhibición recíproca de las respuestas de ansiedad que siempre acompañan a toda neurosis, esto es, la supresión de las respuestas de ansiedad como una consecuencia de la evocación simultánea de otras respuestas que son fisiológicamente antagónicas de la ansiedad (Rachaman, 1979).

Algunos seguidores de Wolpe en Sudáfrica son: Stanley, Rachman, a quien se debe la introducción de la desensibilización sistemática y el principio de la "inhibición recíproca" al tratamiento de niños fóbicos (1959) y a grupos (1961). Además, experimentó con la presentación de imágenes agradables en lugar de la relajación como un respuesta de ansiedad-inhibición.

En resumen, en los años 40 Wolpe aplica los conocimientos y las prácticas llevadas a cabo desde la perspectiva de la teoría del aprendizaje a la conducta anormal. Esencialmente bajo la influencia de Pavlov y Hull trabajó las neurosis experimentales con gatos. Posteriormente, con los resultados obtenidos de sus investigaciones, aplicó el principio de inhibición recíproca al tratamiento de las reacciones neuróticas humanas. Como resultado de dicho trabajo creó la técnica de desensibilización sistemática, para solucionar las fobias o reacciones de ansiedad de sus pacientes (Kazdin, 1983).

Otro conductista Hans Eysenck refiere que "...la teoría del aprendizaje... considera los síntomas neuróticos simplemente como hábitos aprendidos. No hay neurosis subyacente al síntoma, solo el síntoma mismo. Elimínese el síntoma y se habrá eliminado la neurosis" (Cashdan, 1973; pág. 22). Este autor al igual que los antes mencionados, se interesó por la psicología del aprendizaje, sus investigaciones se centraron en la interpretación dimensional de la personalidad. Además, él y Shapiro ejercieron influencia en el desarrollo de la modificación de conducta en Inglaterra.

Eysenck, inventó en 1941 un tratamiento que se alejaba de la práctica analítica: tareas graduadas. La técnica que se enfocaba directamente sobre el problema de la conducta, requería del paciente que llevara a cabo una serie

graduada de tareas para vencer sus síntomas.

Durante la Segunda Guerra Mundial, Eynseck trabajó con Shapiro en el hospital Maudsley, donde cambiaron el papel tradicional y elaboraron técnicas de evaluación y tratamiento de la psicología clínica. El grupo de estos nuevos psicólogos clínicos se les llamó "Grupo Maudsley". Se dedicaron a encontrar el origen de algunos comportamientos desviados, sustentándose teóricamente en la teoría del aprendizaje.

Es importante mencionar que Jones (1956), Meyer (1957) y Yates (1958) aplicaron los conceptos de condicionamiento clásico en la elaboración de técnicas para el tratamiento de los temores, la eliminación de la ansiedad y algunos tics. Asimismo, a partir de la década de los 60' estas investigaciones se vieron muy influenciadas por los tratamientos de Wolpe, introducidos a Inglaterra por Rachaman (Rachaman, 1979).

En E.U. a diferencia de Europa y África, la terapia conductual no se desarrolló conforme a los principios del condicionamiento clásico y los cuestionamientos a la psicoterapia tradicional, sino en base al conductismo de Watson y Skinner. Sus antecedentes pueden ubicarse en los trabajos de Watson, Rayner, Jones, Mowrer y Burham, desde la década de los 20's.

Algunos clínicos, con orientación conductista (por ejemplo, Kanfer y Saslow, 1969) han realizado sus investigaciones con la teoría del condicionamiento operante de Skinner. Y de acuerdo con él, el aprendizaje ocurre cuando una conducta va seguida de una recompensa o un reforzamiento. Por lo tanto, la conducta anormal es aprendida, lo único que se tendría que analizar son las relaciones que subyacen entre una persona y el reforzamiento que recibe, "... tres aspectos componen el análisis conductual: la especificación de los patrones conductuales que requieren un cambio, la especificación de las condiciones en las que se adquirió la conducta y de los factores que la están manteniendo y la especificación de los procedimientos prácticos para cambiar los mencionados patrones de conducta." (Yates, 1977; pág. 60).

Por otra parte, Yates (1977), realiza un análisis general acerca de los logros de la llamada Terapia Conductual, retomando los modelos más acabados en esta época y valorando sus alcances, llegando a evidenciar que en muchas ocasiones algunos de los tratamientos de intervención carecían de una base teórica sólida y en otras ocasiones cuestionable. En este punto se hace evidente que los alcances de la terapia conductual o modificación de conducta no eran lo que se había esperando en un principio, llegándose a dar las críticas desde lo interno de la misma disciplina, lo cual provocó un alto en el camino que llevó a cuestionar la validez de muchos tratamientos, argumentando algunos como Breger y McGaugk

(cit. en: Nudler, 1979) que era muy relativo hablar sobre una teoría del aprendizaje, y por otro lado los que esperaban que las terapias que habían mostrado alguna efectividad pudieran algún día encontrárseles un sustento teórico conductual.

Si bien es cierto, que esta situación dio como resultado una gran cantidad de escritos teóricos al respecto (vgr. Kazdin, 1983; Breger y McGaugk op. cit.; Yates, 1977; Ribes, 1980, 1982), no es el propósito de este escrito hacer un análisis profundo de este tema, ya que desviaría lo que si es el tópico de interés aquí.

En forma general se puede resumir que la modificación de conducta tiene una gran cantidad de técnicas específicas que emplean principios psicológicos, especialmente sobre aprendizaje para tratar la conducta humana de desadaptación o bien se puede decir que modificación de conducta consiste en la utilización de un conjunto muy variado de procedimientos clínicos cuya descripción y racionalización recae en los descubrimientos experimentales de la investigación psicológica.

El punto principal consiste en que la modificación de conducta, debe ser definida en base a la metodología que utiliza, o sea la vemos como la aplicación de una aproximación científica de la metodología conductual. De esta forma se

tienen ciertos supuestos básicos de la modificación de conducta. (tomados de Seeligson, inédito).

1.- En relación a la psicoterapia: la modificación de conducta tiende a concentrarse en la conducta de desadaptación en sí misma, más que en alguna supuesta causa subyacente.

2.- La modificación de conducta, asume que las conductas de desadaptación son hasta un grado considerable adquiridas a través del aprendizaje, del mismo modo que cualquier otra conducta es aprendida. Ninguna teoría sobre la conducta humana o la personalidad discutiría la consideración de que los seres humanos en alto grado son un producto de su medio ambiente, sin embargo la modificación de conducta establece de manera precisa como el medio ambiente puede influir en las personas, en términos de los principios de aprendizaje establecidos.

3.- La modificación de conducta asume que los principios psicológicos especialmente de los de aprendizaje pueden ser sumamente efectivos en la modificación de conducta de desadaptación. Parece razonable suponer una relación entre el grado que una respuesta en particular fue aprendida, (como opuesta, haber sido genéticamente determinada) y la facilidad con que puede ser modificada.

4.- La modificación de conducta, implica la especificación claramente definida de los objetivos de tratamiento. La modificación de conducta no conceptúa la respuesta de desadaptación como derivación de una personalidad perturbada, por lo tanto es obvio que el objetivo de terapeuta y sujeto no sería el de facilitar la reorganización y reestructuración de la personalidad del sujeto, sino que la finalidad será la ayudar de ayudar a modificar los problemas específicos que interfieren con el funcionamiento del sujeto.

5.- El terapeuta de la conducta adapta se método de tratamiento al problema del sujeto.

6.- Se asume que cualquier técnica clasificada bajo el rotulo terapia de la conducta ha sido sometida a verificaciones empíricas y encontrado que son efectivas.

Resumiendo se puede decir que la aproximación de la modificación de conducta, concierne con el desarrollo, mantenimiento y alteración de conducta. Sus fundamentos son metodológicos en términos de un énfasis en la evaluación de la conducta, objetivación de los conceptos, evaluación de las estrategias de intervención, y minimización de variables inferidas.

## ANÁLISIS DE LOS CONCEPTOS DE NORMAL-ANORMAL

Partiendo del supuesto de que las prácticas ideológicas se mezclan con la ciencia, no es difícil entender que muchos conceptos derivados de una práctica ideológica sean adoptados como científicos. Ribes (1990) define a la ideología como "un conjunto de representaciones validadas a priori con respecto a la naturaleza, características y propiedades de las diversas prácticas sociales" (pág. 102), que se concretiza en la actividad social de los individuos donde encuentran su fundamento, justificación o rechazo y que a su vez sirve para validar o rechazar sus actividades concretas. La ideología, como conjunto de experiencias y conceptos sociales cambia constantemente a lo largo de la historia de las culturas, pero es inmutable como fenómeno humano.

Un ejemplo de esto lo expone el mismo autor donde cita como la práctica ideológica del dualismo es asumida por la psicología, por lo tanto recurre a mencionar la visión aristotélica acerca del alma, y cómo ésta es concebida como inseparable del cuerpo, de tal forma que no puede existir el alma sin el cuerpo y viceversa "el alma para Aristóteles, no se da sin cuerpo y por consiguiente no es independiente de la materia. Tampoco es potencia (facultades), sino acto que se da como organización de la materia en función. Nada más lejano a la concepción aristotélica que un alma vuelta sustancia que interactúa con el cuerpo como

facultad que lo potencia..." (Ribes, 1982, pág. 20).

Es de esta forma que una reinterpretación del alma es hecha por las instituciones eclesiásticas, las cuales difunden trasformada en dos entidades separadas, con lo cual su carácter ideológico se extiende y oficializa en todos los niveles (recuérdese que en el capítulo uno revisamos, como la Iglesia tuvo en la Edad Media una influencia determinante en todos los ámbitos de la sociedad, incluso en las universidades y la ciencia. Ribes (op. cit.) refiere "es con los patriarcas de la Iglesia y los neoplatónicos, que culmina en el pensamiento agustiniano y tomista, que el alma aristotélica sufre la transformación y metamorfosis conceptual sobre la que descansa todo el pensamiento dualista moderno a partir del racionalismo cartesiano. El alma, de acto de la materia, se convierte en sustancia de la cual la materia es accidente, y la materia adquiere y pierde vida como efecto de su ocupación o abandono por el alma. La transmigración agustiniana del alma y su negación de la fiabilidad del conocimiento sensible son la forma extrema de este dualismo epistémico..." (pág. 20).

Es entonces que el dualismo promovido como práctica ideológica es adoptado por la psicología e intenta hacerlo científico. Es a Descartes a quien se le atribuye esta formalización del dualismo, él habla de un alma interna (mente) que es la causa de todo comportamiento o acción. Esta forma de pensar abrió la

posibilidad de explicar otro tipo de acciones, haciendo una igualación entre las conductas de los animales con las del hombre, mediante las leyes de lo natural (mecánica), reduciendo las explicaciones de lo psicológico como simples acciones de lo biológico, o como la interacción de mentes. De esta forma se especificó lo psicológico, como lo inmaterial, lo mental, la experiencia consciente, con el riesgo de reducirlo a lo mecánico-biológico. Tres son los supuestos del dualismo cartesiano:

- 1) lo mental se concibe como lo causal interno;
- 2) la interacción del hombre y de los organismos con su medio es reductible a la acción mecánica, pasiva, refleja;
- 3) lo mental, en tanto sustancia primaria independiente de lo material, obedece principios propios (Tomados de Ribes, 1982, pág 22).

Cuando aparece formalmente el conductismo, como una filosofía de la ciencia que intentaba superar el dualismo, este adoptó nuevas formas. Así en el conductismo metodológico ontológico, supone que existe la conducta como instancia física, objetiva de lo biológico, y que constituye por consiguiente, un objeto de estudio legítimo para la psicología., Sin embargo, no es lo único que toman en cuenta, sino que consideran un mundo subjetivo de percepciones, sentimientos, cogniciones y otros eventos. Así la psicología estudia cómo el mundo interior se expresa al mundo exterior, de esta forma la conducta se convierte en el

indicador externo del mundo interior.

En el caso del conductismo metodológico epistémico, éste supone un sólo mundo, pero los eventos sólo tiene existencia en la forma descrita por la física. Lo material existe como lo físico. Así ese mundo subjetivo al que tenemos acceso sólo como sujetos, es en realidad un mundo físico, al cual solo podemos entrar indirectamente, por medio de la inferencia del comportamiento externo. "Lo psicológico es reductible a lo físico y por consiguiente, a explicaciones de tipo mecánico..." (Ribes, 1982; pág. 41).

En consecuencia las formas ideológicas determinaron históricamente el objeto de estudio de la psicología y su legitimidad como ciencia. Además el dualismo es un ejemplo de como una práctica ideológica ha influenciado de manera determinante la práctica científica de la psicología.

En el caso de las prácticas profesionales "clínicas" se evidencia muy claramente la influencia de lo ideológico sobre la actividad profesional. Hasta antes de la revolución francesa se concebía que la persona socialmente desadaptada (que posteriormente se le denominaría enfermo mental), estaba poseído por el demonio, ya que entonces la concepción del mundo y las explicaciones que sobre la realidad se daban partían de un modelo eticoreligioso, y nada que no se pudiera

explicar bajo estos conceptos era posible, por lo tanto, la salud y la enfermedad eran determinadas en función de los parámetros establecidos por la ideología imperante en esa época, después de la revolución francesa hemos utilizado términos como sano-enfermo, normal-anormal, adaptado-inadaptado, demostrando nuevamente que no hemos sido capaces todavía de sustituir un poder sobrenatural por un poder socialmente immanente y esencial de las acciones humanas.

Analizando el concepto de normal-anormal, donde el hereje se transforma en enfermo mental, encontramos que los médicos y/o psiquiatras intentan dar una explicación de la forma de comportarse de algunos sujetos, recurriendo a un enfoque naturalista. Es entonces que se crea una estructura conceptual que da cuenta de los mismos, surgiendo las etiquetaciones de neurosis, histeria, miedos, esquizofrenia, fobias, etc., y su explicación mentalista, un caso concreto es el de Freud quien como médico adopta los principios de su disciplina para intentar explicar los fenómenos que se le presentan, y recurre primero, a identificar las causas de estos, como internas al organismo, segundo, se encarga de crear una teoría que de cuenta de ellos. A partir de esto es como Freud inicia la formalización de una teoría que explique el desarrollo del comportamiento anormal.

Bajo estas premisas es que los médicos de esta época aceptan implícitamente que existe una enfermedad en el ser humano, la cual hay que curar o en su defecto

adaptar al enfermo a su medio, de igual forma se acepta una dualidad de mente cuerpo, donde el cuerpo puede tener un funcionamiento óptimo y la mente no, a esta última, sin embargo, no se le identifica en ninguna parte del organismo, lo cual ocurre en principio, ya que posteriormente se ubica en el cerebro, sin que existan pruebas que lo avalen.

Esta aproximación se plantea como insatisfactoria, promoviéndose posteriormente todo un movimiento que adopta entre otros principios, además del punto de vista naturalista, la continuidad de las especies, es decir, esto implicaba que el ser humano podía ser estudiado al igual que cualquier otro ser viviente, el objetivismo, que sólo admite como datos básicos aquellos que son mensurables, y la metodología científica como criterio de contrastación. Bajo estos supuestos es que se inaugura una nueva forma de analizar a la neurosis, el caso de Pavlov y sus neurosis experimentales en animales, los miedos o fobias con Watson y su caso de Alberto.

Aún cuando cambian los métodos de estudio; se sustituye a la introspección por la medición objetiva y el rigor metodológico, y se intenta eliminar el dualismo mediante la conducta observable; se siguen enfocando o estudiando los mismos problemas, neurosis, fobias, esquizofrenias, etc., y se empieza a crear un nuevo lenguaje que señala conductas patológicas o déficits o excesos conductuales, los

cuales en el fondo presuponen una "alteración", es decir, la conducta normal o anormal, y se afirma que mediante la teoría del aprendizaje es posible dar una explicación satisfactoria de estas.

Como resultado de esta conceptualización es que se piensa en establecer modelos que permitan primero, identificar el tipo de padecimiento, fobias, inasertividad, depresión, etc., es decir, el diagnóstico; segundo, establecer un tratamiento que permita al paciente funcionar adecuadamente en su sociedad, por ejemplo, autocontrol, asertividad, contratos conductuales, etc. En este sentido, es que el psicólogo se convierte en terapeuta o psicólogo clínico, que de manera muy similar al médico intenta restablecer los "niveles conductuales apropiados" del paciente y de su grupo.

Hasta este momento podemos expresar que en la Inquisición, la Psiquiatría Institucional y la modificación de conducta, la práctica ideológica se rige por enunciar que existe un mal en el sujeto y hay que curarlo. En el caso del hereje-inquisidor, el primero esta poseído por un demonio ó que su comportamiento es pecaminoso y por lo tanto hay que reivindicarlo por medio de la oración, el inquisidor y/o sacerdote lo curan o lo salvan del mal en el que se encuentra. En el binomio loco-alienista, el primero esta enfermo mentalmente y el alienista es el agente que lo va a curar. Después se considera que no es que este enfermo, sino

que presenta desajustes en su conducta, que de igual forma hay que remediar. Es esta práctica ideológica social valorativa de la etiquetación del comportamiento humano la que señala Ribes (1990) que no hemos podido superar.

## EL MODELO MEDICO

En cuanto al modelo médico Díaz González y Carpio (1992) señalan que éste tiene un carácter morfológico, tecnológico y eliminativo, que caracterizan sus prácticas clínicas, las cuales en la modificación de conducta se observan, y que conllevan a intervenir en el comportamiento humano bajo una ideologización calificándola en términos morales no explícitos. Asimismo hacen referencia a los paralelismos existentes entre el modelo médico y la psicología clínica, los cuales son:

a) Causalismo y patología. En la medicina se considera que existen entidades como por ejemplo, los virus, las bacterias, anticuerpos, etc., y entidades tales como los traumatismos, las degeneraciones, que son causantes de alteraciones patológicas de las funciones biológicas. En psicología clínica, de lo que se habla son de entidades mentales, cerebrales o ambientales que causan la alteración patológica, ya sea del psiquismo, de las funciones mentales o de la conducta. En lo que respecta a este punto, cabe señalar que el modelo médico-biológico, ha influenciado a la psicología la cual ha dado sus explicaciones aludiendo a

elementos médicos o biológicos, los que se pueden decir son universales o invariantes en el sentido de que cumplen con las expectativas para las que fueron creados, es decir, desde el objetivismo psicológico, la psicología comparada y el conductismo se hace referencia a explicaciones fisiológicas o biológicas, y aunque no se puede negar la importancia de dichas explicaciones (Ribes y López, 1985), en la psicología se debe poner énfasis en la historia del sujeto en cuestión, y por lo tanto de su propia ontogenia, esto implica que la psicología no cuente con conceptos universales y ha tenido que pedir prestados aquellos de la biología, por lo que el psicólogo no posee estándares universales de anormalidad, como la medicina, debido a que la conducta no tiene un "debe ser", sino que en ésta existe un carácter socio-histórico con una moralidad de por medio que indica que conducta es normal o anormal, y básicamente va a depender del grupo y época en que se emita alguna opinión.

Ribes (1990) refiere al respecto que "... la dimensión moral del comportamiento humano es una característica definitoria en tanto que es una expresión psicológica de lo social, y por ello no puede soslayarse su examen en aquellas situaciones en que el comportamiento humano es una valoración tácita o manifiesta. El "psicodiagnóstico" es un juicio valorativo y, por consiguiente, entraña una posición moral particular." (pág. 116). De tal forma que la conducta por sí misma no es ni normal ni anormal, solo es susceptible de valoración. En el

modelo tradicional o médico y también en la terapia de la conducta se acepta una moral universal intrínseca del comportamiento, lo que conlleva precisamente a valorar la conducta como normal o anormal.

b) **Carácter eliminativo.** El modelo conductual y el modelo médico comparte una orientación patológica y ambos hacen hincapié que en la intervención clínica se debe eliminar la entidad indeseable, generadora o identificada con la enfermedad. En el caso del modelo médico esta intervención se concretiza con la cirugía, de tal forma que si un riñón ya no funciona, se debe de eliminar para no provocar problemas a los demás órganos vitales, así la salud se recupera mediante la eliminación de lo patológico. En el modelo conductual se utilizan técnicas o terapias ( vgr. terapia racional emotiva, breve, modificación de conducta, etc.) las cuales eliminan la fuente de anomalía, se da especial énfasis en eliminar aquellas conductas que socialmente son valoradas como enfermas o inadaptadas, por ejemplo, la homosexualidad. (Ribes, 1990, Díaz González y Carpio, 1992).

c) **Diagnóstico y taxonomía de la patología.** Los médicos y los psicólogos se han apoyado en clasificaciones para guiar su diagnóstico, en ambos casos dichas clasificaciones son a priori, en la medicina se diagnostica por ejemplo, con cuadros de cirrosis, colitis, enuresis, cardiopatías, etc., mientras que los psicólogos clínicos diagnostican con agresividad, hiperactividad, fobias, manías, ansiedad, etc., y en

los dos casos se habla de enfermedades, la diferencia estriba en que los psicólogos argumentan enfermedades psíquicas o conductuales.

Bajo la lógica que ha usado la psicología clínica para abordar ciertos tópicos, es que se entiende el por qué se habla de técnicas de evaluación, diagnóstico y tratamiento, que no es otra cosa que apoyarse en la lógica médica, sin embargo un análisis del mismo tipo (lógico) puede revelar lo erróneo de ese planteamiento.

Tenemos que la psicología clínica se ampara en la concepción médica de anomalía, y ejemplos claros de estos son las clasificaciones psiquiátricas y las extensiones conductuales de conductas anómalas, esto pareciera más real cuando se piensa que existen ciertos fenómenos biológicos que aparentan ser la causa de alteraciones psicológicas Ribes (1990) menciona "Es indiscutible que las variables del organismo, tal como las estudia la biología, participan siempre de todo intercambio del organismo con su ambiente, pero ello no implica que la biología explique o ... describa adecuadamente dichos intercambios por medio de sus categorías. Las interacciones de un organismo con otros y su ambiente no solo presupone como organismo a su biología como condición, sino la requieren por definición, de donde no se deduce que dichas interacciones sean describibles solamente como biológicas. Toda interacción conductual incluye participantes biológicos, pero constituye un nivel descriptivo más complejo: incluye variables

excluidas de un análisis puramente biológico; por consiguiente, la identificación de factores biológicamente anormales o la suposición de su existencia coetánea no impone, ni lógica ni empíricamente, la necesidad de aplicar ese criterio de anomalía a las interacciones individuales del organismo, las cuales trascienden las descripciones estrictamente biológicas." (pág. 106-107).

En resumen, tiene sentido hablar en términos de normal-anormal en el campo de lo biológico más que en el psicológico, ya que no existe ninguna lógica que pueda atribuir normalidad o anomalía a las interacciones del organismo, solo se puede hacer referencia a la anomalía como algo atípico en un grupo o sociedad, pero no solo estadísticamente, sino todo lo que se aparta de la normatividad privativa. Lo que es normal en un grupo puede no serlo en otro de lo cual se deduce, que lo normal-anormal depende de un juicio de valor social y que además contempla la época en que se emita. Entonces la tarea de una tecnología psicológica consiste en diferenciar las prácticas ideológicas del análisis psicológico auténtico.

De todo lo anterior la pregunta que se desprende es ¿cómo se inserta la dimensión psicológica en el proceso salud-enfermedad, sin incurrir en los errores en los que hasta hoy se ha caído? Ribes en su libro *Psicología y Salud: un análisis conceptual* (1989) hace un análisis de esta problemática señalando:

1) El estudio de la dimensión psicológica de la salud se ha llevado a cabo a través

de dos modelos, el modelo médico-biológico y el modelo sociocultural.

2) Ambos modelos han demostrado su incapacidad para ofrecer una conceptualización adecuada de los procesos de salud-enfermedad, en vista de que pertenecen a niveles de análisis distintos.

3) Sin embargo, no niega la importancia de estos modelos, como alternativas de carácter preventivo.

4) Plantea que los dos niveles se pueden vincular a través de un eje rector, que desde su punto de vista, es el comportamiento.

5) El comportamiento lo lleva a cabo un individuo que tiene una dimensión biológica regulada por las prácticas y relaciones socioculturales. "En lo psicológico, el objeto de estudio es la interacción del organismo total con su medio ambiente, físico, biológico y/o social, interacción que se define con el rubro de conducta." (Ribes, 1985; pág. 81).

6) Concibe el análisis psicológico como una interface necesaria entre los factores biológicos y socioculturales involucrados en el proceso de salud-enfermedad.

En base a estos puntos es que Ribes (1989) hace su planteamiento: señalando que la conducta del individuo determina en gran medida las condiciones de salud-enfermedad, ya que, el individuo, (lo que hace o no hace, cómo lo hace o deja de hacerlo) es el factor práctico concreto de la relación social que modifica, consolida y modula en la vida real los aspectos biológicos y sociales con los cuales

interactúa, ya sea desde la perspectiva inmediata o desde una visión global o histórica. De esta manera el autor señala que la prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad que implican la acción directa y concreta del individuo, debe considerarse la dimensión psicológica de la salud.

Los supuestos que subyacen a esta concepción del modelo psicológico de la salud son;

- 1) "La descripción psicológica del continuo salud-enfermedad corresponde a la dimensión individualizada de las variables que tienen lugar en la interacción de los factores biológicos del organismo y aquellos que constituyen la acción funcional de las relaciones socioculturales.
- 2) Cuando se analizan en un modelo psicológico los factores biológicos y socioculturales no tienen representación en la forma de categorías correspondientes a las de sus disciplinas originales.
- 3) Los factores socioculturales se representan como las formas particulares que caracterizan a un individuo en su interrelación con las situaciones de su medio, con base a su historia personal" (Ribes, 1989; pág 7).

Este modelo permite analizar las formas interactivas asociadas al proceso

salud-enfermedad y guiar la acción del profesional de la salud para la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades humanas.

Los factores psicológicos que se encuentran inmersos en el proceso salud-enfermedad son, según lo señala Ribes: a) el grado de vulnerabilidad biológica del organismo a la enfermedad y b) la disponibilidad y emisión de conductas instrumentales preventivas o de riesgo para la aparición de enfermedades biológicas (vinculadas con estas se encuentran la historia interactiva del individuo y las competencias conductuales con las que cuenta). Estos dos factores determinan la probabilidad de que aparezca la enfermedad.

Como hemos podido observar este modelo enfatiza la importancia de los factores conductuales en el proceso salud-enfermedad sin caer en el error de conceptualizarlos dentro del esquema normalidad-anormalidad.

En el siguiente capítulo avanzaremos en la descripción de un modelo de intervención psicológico, amparado en una concepción teórica que supera las limitaciones de la psicología dualista dominante hasta ahora, nos referimos al análisis contingencial fundamentado en la psicología interconductual.

## PROPUESTA ALTERNATIVA

A lo largo de este trabajo hemos ilustrado la manera en que la filosofía dualista del judeo-cristianismo postuló un alma racional trascendente y ontológicamente distinta del cuerpo como mecanismo explicativo del comportamiento humano. La mecánica y la causalidad eficiente que ampararon las formulaciones cartesianas, procuraron una nueva definición del objeto de estudio para la psicología, que pasó de ser una ciencia natural a ser una empresa mística en torno al mito dualista del "fantasma en la máquina" (Ryle, 1949). Por una doble influencia del evolucionismo, las formulaciones conductistas generales llegaron a representar un rompimiento con los fundamentos de la psicología racional en cuanto al objeto de estudio, utilizando el análisis de la conducta animal como un medio; sin embargo, persistió la lógica conceptual implícita en el modelo mecánico del reflejo que se adoptó como ejemplar metodológico, así como las influencias ideológicas que enmarcaron la distinción normal-anormal y sus sucedáneos conceptuales. La adopción del modelo del reflejo como ejemplar, además de las limitaciones lógicas que con él se trasladaron a la psicología, implicó también reducir la complejidad de lo psicológico a un solo nivel, el representado por el ejemplar diseñado para dar cuenta de lo simple, involuntario, no-racional: el del reflejo condicionado.

De hecho, los problemas centrales en las formulaciones conductuales

amparadas en el reflejo como modelo representacional enfrentan cuando menos las siguientes limitaciones:

1) La naturaleza del modelo conceptual implica, por sus propósitos analíticos, una situación demasiado restrictiva de segmentos conductuales, lo que permite ubicarlas como aproximaciones teóricas de naturaleza molecular con una modalidad explicativa de tipo lineal;

2) Aún cuando originalmente surgieron como modelos de investigación y aplicación de fenómenos de la conducta animal, teóricamente parecen ser insuficientes para cubrir la complejidad interactiva de situaciones experimentales analizadas, tanto porque carecen de las categorías que permitan describir la acción interdependiente de los factores históricos, los factores situacionales y el medio, como la configuración de funciones genéricas que superen la formulación estrictamente operacional de los fenómenos, y;

3) No reconocen paradigmáticamente las diferencias cualitativas entre diversos niveles de conducta, por lo que a la vez que no pueden cubrir conceptualmente fenómenos más simples que el condicionamiento, se ven obligados a reducir la conducta humana a categorías teóricas características de un modelo formulado para explicar la conducta animal.

De acuerdo con Ribes (1980) y Carpio (en prensa), para superar el estado de cosas dominante en la psicología contemporánea se requiere como pasos iniciales: a) recuperar la lógica conceptual utilizada en la formulación aristotélica del concepto de alma como interacción y su análisis causal integral (causas formal, material, eficiente y final), y; b) reconsiderar la cuestión de la clasificación jerárquica e inclusiva de los distintos niveles de organización funcional de la conducta, en lugar de su reducción a un solo nivel de complejidad; c) Reconocer la continuidad y discontinuidad que existe en los procesos psicológicos humanos respecto a los de la conducta animal.

Las aportaciones de Kantor (1959) y de Ribes y López (1985) se pueden considerar como alternativas en este sentido.

De acuerdo con el pensamiento general de Kantor, el proceso histórico que ha conducido a una progresiva diferenciación y especialización del conocimiento científico en áreas bien delimitadas, impide de principio pensar que la psicología deba dar cuenta de todos los elementos presentes en la interacción de un organismo con su medio. Es necesaria una delimitación precisa del objeto de estudio para definir el ámbito de especificidad conceptual de la disciplina y para reconocer las relaciones que se establecen con los dominios de las otras ciencias.

En su perspectiva, toda interacción psicológica supone la operación biológica de un organismo en relación con un medio físico y/o normativo (convencional). Sin embargo, la psicología no está encargada ni de la operación biológica ni de los procesos de construcción de la convencionalidad cultural. A la psicología corresponde el estudio de la interacción misma, de las que lo biológico y lo social son condiciones que la enmarcan (Ribes, 1992; Carpio, Pacheco, Hernández y Flores, en prensa). Por estas razones, en el tratamiento psicológico del comportamiento ni se pueden emplear las prescripciones del modelo médico o biológico, cuyos estándares están dados por las invarianzas filogenéticas, ni se pueden aplicar los criterios de la ciencia social cuya característica fundamental es su aplicabilidad a grupos (no a individuos).

Un modelo psicológico representacional de la conducta como interacción, es decir, como relación de interdependencia y afectación recíproca entre el organismo y su medio, abandona por definición toda reducción de la conducta a cualquiera de sus términos. Los componentes de un modelo psicológico deben atender tanto a las variables en interacción directa (causa eficiente) como a los factores contextuales probabilizadores de, o necesarios para la interacción (causa formal y material) operando simultáneamente en cada episodio interactivo (causa final).

El concepto kantoriano de interconducta y su modelo representacional (el segmento inteconductual), constituyen un ejemplo en el que se incorporan simultáneamente los eventos en relación directa (estímulos y respuesta), los factores disposicionales que facilitan o interfieren con el establecimiento de la interacción (factores disposicionales, historia inteconductual y límites de campo) y las condiciones necesarias de la interacción (medio de contacto). En este modelo, se propone la manera genérica de dar cobertura conceptual a los factores de la interacción como un campo de interdependencias cuya descripción y explicación no es reducible ni a la estructura biológica del organismo, a las propiedades físico-químicas del ambiente, ni a los factores disposicionales de la interacción.

El concepto de interconducta, en suma, se ajusta en lo general al concepto aristotélico de alma en tanto permite recuperar en su descripción la concurrencia de la materia, la forma, la acción eficiente y el cumplimiento de potencias y facultades en cada episodio interactivo. El concepto de función conductual puede ser adecuado para cubrir el significado de campo interconductual.

Por otro lado, el problema de la clasificación de los niveles de organización funcional de la conducta, es abordado sistemáticamente por Ribes y López (1985) como una cuestión relativa a la clasificación de las funciones conductuales. El trabajo de estos autores, inspirado en la obra de Kantor, constituye un intento por

desarrollar una taxonomía funcional que supere las limitaciones de la clasificación skinneriana (y de las demás formulaciones dualistas y/o reflexológicas) y las confusiones lógicas que éstas involucran.

La taxonomía propuesta por estos autores representa una clasificación de los distintos niveles en que se pueden estructurar los campos interconductuales, concebidos como campos de contingencias. Se reconocen cinco niveles generales con base en dos criterios fundamentales: el tipo de mediación involucrado, y el nivel de desligamiento funcional.

El primero de estos criterios hace referencia al proceso mediante el cual alguno de los elementos de la interacción se constituye en factor crítico para la estructuración del campo de contingencias. El segundo se relaciona con el grado de autonomía funcional relativa del responder respecto de las propiedades físico-químicas y los parámetros temporo-espaciales de la situación en la éste que presenta.

Los niveles postulados (contextual, suplementario, selector, sustitutivo referencial y sustitutivo no referencial) representan ordenes progresivamente más complejos que incluyen sucesivamente a los más simple.

La taxonomía inclusiva de las funciones, reconoce desde los niveles

estrictamente situacionales de organización de la conducta, comunes a todos los organismos con un mínimo de diferenciación sensorial, hasta aquellos donde la estructuración del campo solo es posible por la participación de sistemas reactivos de naturaleza convencional desligada de la situacionalidad característica de los niveles inferiores, niveles que obviamente solo son posibles en el ser humano por su desarrollo socio-histórico. De esta manera, la taxonomía propuesta reconoce tanto los puntos de contacto entre la conducta animal y humana, así como los niveles en los que la complejidad del comportamiento humano lo distingue radicalmente del resto de los animales.

Esquemáticamente, las funciones conductuales propuestas en este modelo se pueden presentar como relaciones de mediación progresivamente inclusivas y de mayor complejidad. En la primera función, la contextual, la reactividad del organismo ante un determinado estímulo se modifica con base en las relaciones de contexto que establece dicho estímulo con otro u otros más en la situación. De este modo, la relación contextual entre estímulos es regulatoria de la respuesta, sin que ésta pueda alterar dicha relación. El elemento en función del cual se modifica la respuesta del organismo es denominado estímulo contextualizador y aquel ante el cual se observa la modificación reactiva se denomina estímulo contextualizado. Naturalmente, el estímulo contextualizador es el elemento crítico en la estructuración del campo contextual, por lo que se constituye en el elemento

mediador de la relación total. Las situaciones de condicionamiento clásico (Pavlov, 1927) ilustran este nivel de organización de la conducta.

La función suplementaria, describe la mediación de una relación contextual por parte de la conducta del organismo. En otras palabras, la relación entre estímulos que en la función contextual es regulatoria de la respuesta, en esta segunda función es dependiente de la respuesta del organismos (i.e. si el organismo no responde no se presenta el estímulo que complementa la relación suplementaria). En este sentido, la respuesta en la función suplementaria constituye el elemento mediador del campo de contingencias. El condicionamiento operante (Skinner, 1938) ilustra este nivel de organización de la conducta.

La función selectora describe la mediación de una función suplementaria por parte de un elemento precedente o concurrente que es ajeno a dicha relación suplementaria. A diferencia de lo que ocurre en la función suplementaria, en la que los estímulos se caracterizan por su invarianza funcional (i.e. la misma respuesta es efectiva en la producción del estímulo suplementario en presencia del mismo estímulo antecedente), en la función selectora esta invarianza se pierde y se pasa a una situación de variación local de las propiedades funcionales de estímulos y respuestas en función de las propiedades de un segmento estímulo-respuesta denominado selector. Las tareas de igualación de la muestra (Cumming y

Berryman, 1965) son ilustrativas de este nivel de organización de la conducta. En estos procedimientos, el estímulo de comparación que en un ensayos es discriminativo de reforzamiento puede no serlo en el siguiente, dependiendo del estímulo muestra que en éste se presente. De este modo, la respuesta ante uno de ellos es efectiva para la producción del reforzador no en función de las propiedades físicas del estímulo de comparación, sino de la relación de éste con el estímulo muestra, que de hecho se constituye en el elemento mediador de la relación total.

En estos tres niveles de organización de la conducta, una característica fundamental es que siempre se responde en términos de los elementos situacionalmente presentes. En la función contextual, la respuesta se desliga de las restricciones e invarianzas propias de la biología (recordemos que la respuesta se llega a presentar ante estímulo que originalmente no la evocan) pero se torna funcionalmente dependiente de la relación entre los estímulos que la regulan. En la función suplementaria, la respuesta se desliga de las constancias paramétricas de la relación contextual (en tanto que es ahora la respuesta quien la regula) pero es funcionalmente dependiente de la invarianza funcional de los estímulo en cuya presencia dicha respuesta es efectiva para la producción del estímulo suplementario. En la función selectora la respuesta se independiza de la invarianza funcional de los estímulos, sin embargo se hace dependiente de las propiedades

del segmento selector, quedando regulada por la relación entre este segmento de estímulo-respuesta y aquellos estímulos ante los que se emite directamente.

La situacionalidad característica de estos tres niveles de organización funcional de la conducta se origina en el hecho de que los sistemas reactivos implicados guardan una estrecha relación con las propiedades físico-químicas de los eventos de estímulo ante los cuales se despliegan. El desligamiento reactivo respecto de dicha situacionalidad sólo es posible mediante la posesión de sistemas reactivos convencionales. Estos sistemas implican que la morfología de estímulos y respuesta son arbitrariamente establecidos, al margen de la morfología de los eventos situacionalmente presentes. En otras palabras, los repertorios convencionales permiten la ocurrencia de interacciones con eventos de estímulo que físicamente no se encuentran presentes ni en tiempo ni en espacio.

Justamente, la función sustitutiva referencial describe la mediación de interacciones selectoras mediante respuestas de naturaleza convencional. En breve, en esta función, se describe la mediación de una interacción selectora entre un referido y un referente con base en la conducta convencional de un referidor, siendo característico que la conducta del referidor sustituya las contingencias de una situación no presente y las incorpore en la situación actual. Esta incorporación de nuevas contingencias modifica y media la relación del referido con lo

situacionalmente presente en función de las contingencias sustituidas e incorporadas como estímulos de naturaleza convencional.

Finalmente, la función sustitutiva no referencial describe la mediación de interacciones referenciales mediante conducta convencional, que puede ser de tipo referencial o no referencial. En esta función, la reactividad convencional se independiza de cualquier situación específica en la medida que se interactúa con productos lingüísticos en tanto tales, independientemente de quien los produzca y de la situación en la que esto ocurra. Los procesos de sustitución no referencial pueden ser ilustrados parcialmente con los estudios en los que se abordan cuestiones tales como la solución de problemas, pensamiento simbólico, creación artística o científica, etc. (Bourne, Eckstrand y Dominowski, 1978).

Desde luego, tanto el modelo general propuesto por Kantor (1959) como la taxonomía funcional desarrollada por Ribes y López (1985) representan una concepción de lo psicológico alternativa no sólo a las formulaciones dualistas y mecanicistas derivadas de las filosofías tomista y agustiniana, sino también con respecto a las formulaciones reflexológicas dominantes en la psicología conductista (señaladamente a la teoría del condicionamiento). Sin embargo, pese a las evidentes ventajas que tiene para una ciencia psicológica el abandono del pensamiento mágico y mecanicista, la mera formulación de la psicología

interconductual no es suficiente para superar las prácticas de intervención y alteración de la conducta que se han apoyado en distintos modelos teóricos que comparten la distinción dicotómica normal-anormal y sus variantes terminológicas.

Una alternativa a estas prácticas, que se derive de la psicología interconductual, no puede pasar por alto cuando menos los siguientes elementos, recientemente explicitados por Carpio, Pacheco, Hernández y Flores (en prensa) y que a continuación reproducimos en extenso:

"Los sistemas reactivos se configuran y desarrollan con base en la interacción del organismo con el medio ambiente y sus diversas condiciones estimulantes, es claro que la comprensión del establecimiento y desarrollo de los sistemas reactivos solo es posible atendiendo a las características del ambiente.

La característica fundamental y definitoria del ambiente que enfrenta el infante desde que nace es su naturaleza social. Esto significa que las propiedades funcionales del ambiente son determinadas no solo por las propiedades físico-químicas y los parámetros espacio-temporales de los objetos y eventos que en éste acontecen, sino básicamente por la práctica convencional de los grupos respecto de dichos ambientes. La convencionalidad no se refiere a acuerdos legislativos que establezcan determinadas funciones a los elementos de estímulo y respuesta, sino

que describe el carácter arbitrario y compartido de la funcionalidad de estímulos y respuestas. La arbitrariedad se expresa en la relativa independencia de las morfologías de estímulo y respuesta respecto de las propiedades físico-químicas de la situación interactiva (vgr. las distintas morfologías lingüísticas).

Precisamente, la incorporación de los individuos a esas prácticas convencionales constituye el proceso de socialización o "humanización" de su comportamiento, paralelo a la progresiva trascendencia de las invarianzas reactivas biológicamente "programadas" en la filogenia de la especie humana; el paso inicial de este proceso es, probablemente, el descrito por el curso de la adquisición de los sistemas reactivos convencionales (aprender a ver, escuchar, hablar, etc.) (Ribes, 1990).

De esta manera, aunque podemos establecer que los factores sociales se incorporan inicialmente en la estructuración de lo psicológico humano en la forma de sistemas reactivos convencionales (y las potencialidades interactivas que ello conlleva), esto no agota la recuperación de lo social como condición límite y participante de lo psicológico humano. Existen cuando menos otras dos dimensiones en la que podemos ubicar a lo social en el análisis de lo psicológico:

- a) En términos de los criterios de adecuación, efectividad, pertinencia,

congruencia y coherencia (Carpio, 1992) que los grupos sociales imponen al comportamiento del infante a lo largo de su desarrollo;

b) En lo relativo a la dimensión valorativa del comportamiento como práctica moral efectiva, es decir, en términos de las creencias acerca del comportamiento humano.

En la primera de estas dos dimensiones, debe incluirse el conjunto de expectativas y demandas que el grupo social tiene respecto a lo que el individuo "debe" poder hacer o decir en cada momento de su desarrollo y en situaciones específicas. De hecho es en esta dimensión en la que el grupo social establece los criterios de desarrollo a los que un individuo debe ajustarse (conductual, cognoscitiva, afectiva y culturalmente hablando) para ser calificado como miembro "normal" del grupo mismo. Esta dimensión adquiere "realidad psicológica" en la forma de criterios de logro que el grupo social establece en cada situación interactiva en la que participa el individuo. Tales criterios varían en tipo y complejidad (algunos de ellos van desde la mera adecuación de la conducta alimenticia conforme determinados horarios, hasta la realización de tareas que involucran competencias conductuales complejas como las previstas en algunas situaciones escolares).

En la segunda dimensión mencionada están presentes los criterios de valor (positivo, negativo, normal, anormal, aceptable, reprobable, deseable, indeseable, etc.) que el grupo social emplea para la calificación del comportamiento de un individuo miembro. En este terreno es factible ubicar buena parte de los llamados problemas psicológicos que la psicología clínica tradicional y el psicoanálisis han adoptado como materia de trabajo (véase Ribes, 1993; Ribes, Díaz González, Landa y Rodríguez, 1990). La "realidad psicológica" de las creencias en esta dimensión está dada en los valores morales regulatorios del comportamiento de los individuos en ámbitos tan diversificados como los roles sexuales, los hábitos de higiene, las relaciones familiares, etc." (pags. 13-15).

Aceptando lo previamente expuesto, es claro que al análisis funcional del comportamiento humano en sus escenarios naturales no puede pasar por alto los elementos enunciados por Ribes y López (1985) y por Kantor (1959), pero tampoco que la dimensión social le impone un carácter valorado y valorativo. Para considerar esta dimensión es, en consecuencia, indispensable analizar tanto los factores situacionalmente presentes en el momento de la interacción bajo análisis (microcontingenciales) así como las interacciones del propio individuo o de otros a la luz de las cuales aparecen los criterios valorativos que en cada caso se aplica (análisis macrocontingencial) y que se expresan como microcontingencias ejemplares (Ribes, 1992).

Precisamente, con base en la perspectiva de campo y la taxonomía formulada por Ribes y López (1985) es que se formuló la el análisis contingencial como una propuesta alternativa metodológica para el cambio conductual amparada en el análisis de los factores antes mencionados, estableciéndose como: "... a) sistema de análisis del comportamiento humano individual, y b) como metodología para el cambio de conducta individual valorada como problema." (Rodríguez, 1992; pág. 44).

Ahora bien, es importante señalar que el análisis contingencial al derivarse de una aproximación de campo representa una propuesta en el campo de la tecnología por las siguientes razones: como sistema de análisis es funcional, ya que su objeto de estudio es la interacción del organismo con su ambiente, esto es, identifica el campo de contingencias y los factores que contribuyen a su configuración histórica. Además no realiza una mera extrapolación de procedimientos entre el terreno de la investigación básica y su aplicación a problemas apriorísticamente etiquetados como tales, sino que parte del análisis individual de cada caso.

Adicionalmente, el análisis contingencial, en conjunción con la taxonomía funcional, cumple con los tres requisitos mencionados por Ribes (1980) para propiciar un desarrollo tecnológico fructífero, a saber:

1) que exista un cuerpo científico, producto de la investigación básica y aplicada, que da fundamento teórico y metodológico a las prácticas técnicas;

2) existe un lenguaje común que permite que la aplicación tecnológica sea evaluada analíticamente, por la disciplina científica que la sustenta, y

3) Existen criterios sociales explícitos respecto a las características y condiciones de aplicación de dicha tecnología. (pág. 92).

Rodríguez (1992) menciona que el análisis contingencial, como metodología de cambio, está relacionada con lo que es la desprofesionalización. En ésta, el usuario no necesita de la mediación de otros (profesionales) para entender y alterar su problemática, asimismo es el usuario quien define los criterios de su conocimiento (problemática) así como la dirección del cambio y no instituciones sociales supraordinadas. Esto representa algunas ventajas respecto de las visiones "terapéuticas" tradicionales. La primera es que se rompe con el esquema clínico que ha influido a nuestra disciplina, y otra es que al delegar al usuario la definición de su problema y su eventual alteración, se cancela la actitud impositiva y autoritaria propia de los modelos médicos de intervención psicológica.

Ahora, esta concepción permite considerar a las técnicas de intervención

existentes en la terapia conductual desde otro punto de vista, es decir, rechazándolas como el corpus central de una especie de vademécum, y si retomándolas opciones viables cuando su selección y aplicación descansan en criterios genuinamente funcionales. (Díaz González, Rodríguez, Landa, Ribes y Sánchez, 1989).

## ANÁLISIS CONTINGENCIAL

Sintetizando, Ribes (1992) establece que el comportamiento tiene que ser visto a partir de dos instancias, una que es la condicionalidad de las formas particulares de práctica individual respecto de las circunstancias (históricas, culturales, económicas, etc) en donde se origina y se mantiene como interacción socialmente significativa y dos, la existencia de la relación social como historización de prácticas individuales unidas por factores comunes en tiempo y espacio, por lo que no se puede entender el comportamiento de un individuo sin hacer referencia a su historia y sin que su práctica se comprenda como un sistema de individuos en interacción. Es de esta forma que lo social y lo individual, haciendo referencia al comportamiento humano, no son dimensiones opuestas, por el contrario son diversos niveles del mismo grupo de relaciones.

Es así que el lenguaje es interpretado como el factor de mayor importancia

en la vinculación de los individuos en su práctica individual como relación con su entorno; mientras que la moral se toma como un hegemonía de un grupo social sobre otro y una forma de valoración de un individuo sobre otro. De esta manera, lenguaje y moral están estrechamente asociados y son el vehículo y significación del aprendizaje de la cultura como práctica individual.

Tradicionalmente la psicología se encargó de estudiar este tipo de relaciones, primero a partir del análisis de díadas y segundo, tomando grupos mayores como por ejemplo la familia u organizaciones mayores, denominadas como grupos, esto representa, para el primer caso lo que podemos entender como un análisis microcontingencial y para el segundo macrocontingencial, representando un componente esencial en la conformación del análisis que se propone.

El análisis contingencial como metodología fue formulado inicialmente por Ribes, Díaz González, Rodríguez y Landa (1990); que se apoyan en los trabajos de Ribes y López (1985), los cuales consisten en una serie de consideraciones conceptuales sobre el comportamiento y la aplicación del conocimiento psicológico; proponen cuatro dimensiones importantes para la conformación de este enfoque:

- 1.- El conjunto de prácticas supraordinado a la situación o situaciones problema, que define sus criterios valorativos, denominado sistema macrocontingencial.

- 2.- Las relaciones situacionales que son valoradas como problema por el -o del individuo, denominadas sistemas microcontingenciales.
  
- 3.- Los factores disposicionales que facilitan las relaciones microcontingenciales particulares, histórica y coetáneamente.
  
- 4.- Las conductas del individuo o los individuos que son mediadores de las relaciones de microcontingencia considerados socialmente problemáticos. (Tomado de Ribes y Col. 1990).

A partir de estos puntos es posible identificar y definir el problema del usuario, que se presenta para intervención, desde una aproximación legítimamente funcional. De esta forma, se parte del supuesto de que el problema no radica en el comportamiento del sujeto, sino en las múltiples relaciones de éste con los otros y las formas de valoración que los contextualizan socialmente, "... la identificación y la definición del problema funcional por parte del usuario son los elementos centrales de todo el proceso de cambio conductual" (Ribes y Col. 1990).

Una vez cumplido esto, es posible pasar a las opciones de tratamiento, en el entendido de que no hay problemas a ser identificados en sí mismos y no existe una correspondencia biunívoca entre la morfología de la conducta la interpretación

del problema y el procedimiento de cambio propuesto, por los que cualquier problema es único para cada usuario que está en concordancia con su contexto social y génesis histórica, y de acuerdo con esto, no es posible poseer una taxonomía previa que clasifique a dicho problema.

En consonancia con lo anterior, la estrategia de intervención tendrá que ser con base en el análisis funcional que de la conducta se hace, con lo cual, tampoco es pertinente hablar de técnicas específicas de tratamiento o paquetes de tratamiento.

Concretamente, el análisis contingencial como metodología consta de cinco pasos:

- 1.- Identificación de la(s) relación(es) microcontingencial(es).
- 2.- Evaluación del marco o sistema macrocontingencial.
- 3.- Génesis del problema.
- 4.- Análisis de soluciones.
- 5.- Selección, diseño y aplicación de procedimientos de intervención. (Ribes y Col. 1990).

Por la importancia de estos puntos a continuación se explicitan de una

manera más detallada.

El Sistema Microcontingencial se refiere a las relaciones interindividuales específicas que son valoradas como problema, ya sea por el individuo involucrado o por otros significativos. El análisis del sistema microcontingencial incluye la consideración de cuando menos los siguientes factores:

Un primer factor es la descripción de las morfologías del comportamiento consideradas como problemáticas. Esta descripción se refiere fundamentalmente a las conductas del usuario que son valoradas como problema. Tal descripción debe considerar las propiedades dinámicas de la interacción como la duración, la intensidad, la frecuencia y vigencia de su ocurrencia.

Otro factores son las condiciones situacionales las cuales poseen funciones disposicionales en las relaciones, es decir, en la microcontingencia. Estos factores se consideran como aquellos que condicionan probabilísticamente toda relación sin formar parte de ella. No se pueden describir como ocurrencias, son más bien estados de los objetos de las personas, y se valoran diferentes propiedades disposicionales funcionales en la microcontingencia, y son:

a) las conductas que socialmente esperadas como resultado de la estimación del

grupo respecto de la relevancia, pertinencia o efectividad conductual atribuida al sujeto.

b) lugar o lugares

c) Objetos o acontecimientos físicos.

d) Conductas socialmente esperadas (específicas y genéricas).

e) las capacidades del usuario, como modos efectivos de interacción.

f) las inclinaciones del usuario a actuar frente a objetos y personas condicionadas históricamente como los gustos, preferencias, o como las disposiciones condicionadas situacionalmente, estados de ánimo, emociones y condiciones biológicas varias.

g) tendencias del usuario a actuar, en términos de conducta o interacciones que el usuario llevó a cabo en el pasado y que tuvieron efectos particulares en alguna circunstancia (Ribes, Díaz González, Rodríguez y Landa, 1990).

Otro elemento son las personas que pueden actuar directa o

indirectamente en la situación problemática según sea o no el mediador de la microcontingencia. El que media la relación es el que determina el tipo de interacción que se da y regula la contingencia (mediador). Las demás propiedades de las relaciones se consideran de carácter disposicional y son: auspiciador, es el que facilita que se dé determinada relación; regulador de tendencias, regula la tendencia a actuar, ya sea por su función histórica o por capacidad; disposicional, aquel que genera estados de ánimo o regula inclinaciones.

Un factor más son los efectos contingenciales, estos se caracterizan por describir la relación de las consecuencias de la conducta de un individuo con respecto a las conductas de otros individuos. Este análisis incluye el reconocimiento de los efectos:

- intra y extra contingenciales
- directos e indirectos
- sobre otros y sobre si mismo
- concurrentes y secuenciales
- inmediatos y demorados

Desde luego es indispensable en el análisis del sistema microcontingencial examinar el nivel de complejidad funcional de la conducta valorada como problema. Dicho análisis corresponde a la identificación de las funciones del modelo de Ribes

y López (1985) que se describieron con anterioridad.

En la evaluación del sistema o marco macrocontingencial se reconoce que una conducta o relación está valorada como problema bajo un criterio social, identificar a la dimensión moral del comportamiento es un paso para abordar el problema del cambio, pero no es suficiente. Por lo tanto, para realizar un análisis psicológico de la moralidad o valoración atribuidas al comportamiento se necesita considerar dos aspectos:

"a) los procesos psicológicos que permiten que un individuo responda a otro en términos de propiedades mediadas socialmente, procesos a los que denominaremos como sustitución referencial y no referencial.

b) la estructura conductual a nivel social de las prácticas sociales de carácter sustitutivo y contextual que regulan los efectos relativos del comportamiento individual sobre otros." (Ribes, 1990; pág. 122).

El segundo punto está relacionado con el análisis del comportamiento individual socialmente situado, en el sistema macrocontingencial, es decir, el análisis de las relaciones de la microcontingencia valorada como problemática con respecto a las microcontingencias ejemplares a la luz de las cuales se establecen

los criterios de valoración. En este análisis se requieren los siguientes pasos:

a) Identificar las prácticas sociales relativas a la conducta y las relaciones interindividuales consideradas como problema.

b) Se identifica quien o quienes valoran la relación como problema y por qué.

c) Identificar como es que valoran la relación problema el usuario y su grupo.

d) Se evalúa la identificación o correspondencia entre la práctica sustitutiva del usuario con su grupo.

e) Se comparan las conductas problema del usuario con las prácticas sociales que la contextualiza y regulan, evaluando su correspondencia funcional.

f) Se identifica la práctica lingüística del usuario y del grupo en la microcontingencia normativa.

En lo que respecta a la génesis del problema, lo que se hace es trazar el

origen histórico del problema de un individuo, y el proceso de su configuración funcional hasta el estado actual. Esto permite conocer las condiciones que le dieron origen al problema, así como las condiciones bajo las cuales ha evolucionado. Este apartado se divide en tres aspectos:

a) Historia de la microcontingencia.

1) Aquí se identifica la circunstancia en la que se inició la conducta valorada como problema.

2) Se ubica la situación en la que se inició la microcontingencia presente.

3) Se reconoce las funciones disposicionales del pasado, de las personas que son significativas en la microcontingencia presente.

4) Se identifica la historia mediadora de la conducta problema del usuario.

b) Funcionalidad de las conductas comprendidas en la microcontingencia problemática en situaciones no problemática, en la microcontingencia presente.

1) Se evalúa la microcontingencia no problemática.

2) Se evalúan las respuestas adecuadas ante contingencias semejantes.

3) Evaluación de las respuestas en interacciones no problema presentes,

frente a personas significativas en la microcontingencia problema.

c) Las estrategias de intervención pueden estar dirigidas a alterar ya sea las relaciones microcontingenciales problema, el estilo interactivo del usuario, o los criterios de valoración.

El cuarto paso que es el análisis de solución consiste en que una vez identificadas y definidas las relaciones microcontingenciales problemáticas, se procede a la elección de la o las estrategias de solución por parte del usuario.

Este se ubica bajo dos ejes, el eje macrocontingencial, en donde sólo se puede variar en dos dimensiones: cambio del sistema macrocontingencial o el mantenimiento del sistema macrocontingencial.

El segundo eje es el microcontingencial, éste puede cambiar en cuatro dimensiones las cuales son: optar por nuevas relaciones microcontingenciales; cambiar la conducta de otros en la misma microcontingencia; cambiar la conducta propia en la misma microcontingencia; promover otras opciones funcionales de la misma conducta en la relación de microcontingencia.

Ahora bien, los procedimientos de intervención se diseñan en base al criterio de solución elegido, a partir del cruzamiento de los ejes micro y macrocontingencial y por, las dimensiones funcionales de los sistemas antes mencionados que deban ser alterados. Por lo que se puede agrupar en cuatro grupos los procedimientos: procedimientos para alterar disposiciones, para alterar la conducta de otros, para alterar la propia conducta y para alterar prácticas macrocontingenciales (véase Díaz-González y cols. 1989).

En el primer procedimiento lo que se altera son las propiedades funcionales de los objetos o eventos, las inclinaciones, las tendencias y conductas propias que afecten a uno mismo.

En el segundo caso, lo que se altera es la conducta de otras personas como los mediadores, auspiciadores, propiciadores y reguladores de inclinaciones.

En el tercer grupo, lo que se altera son los efectos sobre sí mismo, la conducta mediadora propia, y se alteran o crean competencias que modifiquen efectos disposicionales de otras conductas propias.

En el último grupo lo que se hace es establecer conductas de elección macrocontingencial, para alterar conductas propias que modifican las prácticas

valorativas de otros, también se puede cambiar la conducta de otros modificando las prácticas valorativas propias y de otros, y cambiar conductas propias para ajustarse a prácticas valorativas de otros.

## CONCLUSIONES

El origen de los conceptos normal-anormal pueden ser rastreados bajo la influencia de las prácticas ideológicas teológicas, que prevalecieron a partir de San Agustín y su concepción del alma y continuaron con Santo Tomás fortaleciéndose ésta forma con circunstancias de índole político, económico y social, que llevaron durante la etapa de la Edad Media a la creación del Santo Oficio, la Inquisición. Esta se vuelve instrumento de control desde el punto de vista político-económico como el de la ideología judeocristiana, para hacer prevalecer el orden social de la época.

Lo importante de San Agustín y Santo Tomás es haber dado pie para hablar de dos entidades: el bien y el mal, ideas que son eje central en la fundación y mantenimiento de la Inquisición, no obstante, en ésta época el bien lo representaba la Iglesia y el estado, mientras que el mal son todos aquellos individuos que están en contra del bien y por lo tanto son etiquetados como herejes ó brujas, siendo torturados y muertos, con el propósito de salvar el alma de los pecadores así como mantener el orden social. Este hecho prevaleció por varios siglos.

Si bien es cierto que el fin de San Agustín y Santo Tomás no fue intentar

llegar a las consecuencias expuestas, si es cierto que sus postulaciones constituyeron en su momento una explicación filosófica y teológica acerca del hombre y su naturaleza. Sin embargo, sus ideas al ser retomadas y mezcladas con fines políticos y económicos resultó primero, que controlaban las ideas y el comportamiento de la gente; y segundo, establecieron el dualismo ideológico que persistió y abarcó todos los niveles de la vida de esta época, a tal grado que los primeros promotores de una explicación alternativa (científica) fueron los psiquiatras que no pudieron librarse ni en sus prácticas, ni en sus concepciones de la postura del bien y el mal, transformándola en enfermedad mental, creándose una nueva etapa que sigue permeada por la concepción dualista.

Como sustitución de las ideas teológicas se plantea a la ciencia como alternativa viable, en este caso resulta ser la medicina (que era la disciplina con mayor auge), modelo que representaba una explicación acerca de la naturaleza del hombre, de esta forma es que el hereje es transformado en enfermo mental y el inquisidor en alienista. Así el dogma del bien y el mal se transforma en el estar sano o enfermo.

La relevancia de este momento histórico esta en el aporte que se hace al incorporar las categorías médicas como forma explicativa.

A ésta nueva postura se le cuestiona con base en su falta de rigor científico, y se postula como opción la eliminación dualista mente-cuerpo, objetivo que es cumplido parcialmente al hablar de conducta normal-anormal.

En este caso, aún cuando se deja de hablar de la conciencia como tema básico, y se substituye por una concepción meramente objetiva y natural cuando se habla de conducta, no se logra del todo desprenderse del dualismo, ya que esta nueva corriente denominada terapia de la conducta y/o modificación de conducta hace alusión a aspectos cognitivos que se podrían interpretar como un ente dualista.

Hay que señalar que estos modernos terapeutas de la conducta han heredado la postura del bien y el mal provenientes de la Edad Media, la concepción de enfermedad y las categorías médicas provenientes de la psiquiatría institucional del siglo pasado, aglutinando a todas ellas en una visión de la terapia de la conducta actual. Estos aspectos han permitido que surja una gran cantidad de literatura relacionada con muchos padecimientos, que no son otra cosa que prácticas ideológicas heredadas de otras disciplinas en la psicología, como es el caso de la homosexualidad, el alcoholismo, la falta de habilidades sociales, la hiperactividad, etc. y su tratamiento.

Toda esta situación ha provocado en la actualidad la creación de técnicas terapéuticas o tratamientos que permitan dar solución a las quejas del paciente, convirtiéndose mucha de esta práctica en quehacer meramente pragmático y sin una base teórica sólida que permita vincular la teoría con la práctica.

Una concepción que pueda hacer variar este estado de cosas, tendrá que superar aquella concepción dualista del bien y el mal ó de sano-enfermo y por ende de las categorías médicas que han soslayado el estudio de la conducta humana, con el fin de tener una perspectiva realmente científica en la psicología con categorías propias de ésta disciplina.

A partir de toda esta revisión histórico-conceptual del concepto normal-anormal podemos mencionar los siguientes puntos:

Los conceptos normal-anormal tiene su origen en modos de conocimiento ajenos a la psicología, vgr., la religión, la medicina, la biología y las prácticas ideológicas sociales; campos en los cuales son útiles debido a la naturaleza de los fenómenos a los que hacen alusión éstas formas de conocimiento. Así en el campo de lo biológico y lo médico existe una herencia filogenética predeterminada que permite concebir al organismo como una entidad que funciona normal o

anormalmente de acuerdo a los estándares biológicos. En lo social se establecen normas convencionales que permean y guían el comportamiento de los individuos, por lo que, a estos se les puede valorar como normales o anormales, de acuerdo a si cumplen o no con la norma aceptada por una comunidad lingüística determinada.

Sin embargo, en el campo de la psicología estos conceptos han limitado el avance científico de la disciplina, al no separarse nítidamente de estos modelos de la realidad, provocando con ello que la práctica clínica se adjetive el comportamiento en base, ya sea, a principios médico-biológicos o a principios sociales, por lo que hay quienes parten de la crítica a las aproximaciones basadas en el modelo médico argumentando que la etiquetación de algunas conductas, como desviadas, obedece más a criterios de tipo social que a científicos. Esto es, el psicólogo que interviene clínicamente califica, explícita o implícitamente el comportamiento del individuo al que presta sus servicios, como normal o anormal en base a la normatividad (Como ya se mencionó) biológica o social, olvidando con ello que el comportamiento humano no es normal ni anormal, sino es simplemente comportamiento.

El problema de la etiquetación de las conductas, es que incluyen juicios sociales que están influenciados, entre otros factores, por los estándares

normativos de las personas que hacen el juicio. Un ejemplo de esto, es el criterio terapéutico o clínico que se refiere a si el cambio obtenido durante la terapia es de importancia tal que sea significativo socialmente, es decir, el cambio logrado debe ser de suficiente magnitud para que el sujeto funcione adecuadamente en su sociedad. Este criterio surge por la necesidad de validar el cambio en un contexto social particular.

Es de esta manera que las exigencias sociales han marcado no solo aquellas conductas que van a ser susceptibles de tratamiento, sino también los criterios mediante los cuales un tratamiento puede ser catalogado como exitoso y los instrumentos de evaluación generados a partir de dichos lineamientos, afirmándose que se tiene éxito cuando, además de los criterios sociales, los instrumentos de evaluación muestran sensibilidad a los cambios deseados, esto es, que los instrumentos de evaluación conductual reflejan el impacto de los aspectos sociales, es así que el uso de procedimientos de evaluación específicos son orientados a la valoración del entorno social del usuario; métodos de evaluación, tales como la escala de ansiedad y angustia social, la escala de miedo a la crítica negativa, el inventario de Rathus, el inventario de resolución de conflictos, el test situacional, la observación en situaciones naturales, y muchas otras, que desempeñan un papel trascendente ya que intentan determinar el grado de importancia que las conductas sociales tienen y que se presentan como

problemáticas para el usuario, para posteriormente proponer algún tipo específico de tratamiento.

Tómese por caso el de tratamientos como el entrenamiento asertivo, juego de roles y otros, que conceden enorme importancia al aspecto social. De esta forma, el entrenamiento asertivo está dirigido a ayudar a los usuarios a mejorar el nivel de interacción con sus parientes, amigos etc. proporcionándoles una serie de habilidades que les permitan relacionarse en un nivel óptimo para obtener satisfactores en diferentes niveles.

No obstante, no se sugiere con ello que el individuo que practica la psicología clínica pueda abstraerse al cien por ciento de su historia ontogenética que esta llena de valoraciones, sino que es pertinente que tenga claro los límites que existen y las características que subyacen a cada conjunto de fenómenos, en este caso, el comportamiento psicológico.

Por todo lo anterior, consideramos que el análisis contingencial se postula como alternativa viable en lo que respecta en el campo aplicado, ya que se fundamenta en una aproximación diferente, una perspectiva de campo que estudia la interacción de un organismo en relación con su medio como unidad básica de análisis. Esto permite romper con tan esclerotizados conceptos dicotómicos de

normal-anormal, pues crea una metodología con bases científicas y elabora un sistema de análisis teórico que introduce conceptos que idealmente rompen con una serie de limitaciones tanto teóricas como prácticas, que subyacen a la concepción e intervención psicológica en general.

Así es, en el análisis contingencial se crean formas de intervención vinculadas con la práctica y la valoración personal del usuario, sin introducir procedimientos de cambio estandarizados que sólo se ubican en la morfología de la conducta, por lo que se crean procedimientos ad hoc al usuario en cuestión, motivo por el cual desde esta nueva perspectiva se da una solución novedosa a los problemas metodológicos derivados del empleo de modelos amparados en a dicotomía normal-anormal.

## REFERENCIAS

- Cashdan, S. (1973). Psicología de la Conducta Anormal. Ed. Prentice/Hall International, España.
- Carpio, C. (en prensa) Comportamiento animal y Teoría de la conducta. En Ribes, Hayes, y López. Psicología Interconductual Universidad de Guadalajara.
- Carpio, C. y Díaz González, E. (1994). Algunas Objeciones al Modelo Clínico en Psicología. Psicología y Salud.
- Carpio, C., Pacheco, V., Hernández, R. y Flores, C. (en prensa) Creencias, criterios y desarrollo psicológico. Acta Comportamentalia.
- Cumming, W.W. y Berryman, R. (1965) The complex discriminated operant: Studies of matching to sample and related problems. En D.I. Mostofsky (Ed.) Stimulus Generalization. Stanford: Stanford University Press, pp. 284-330.
- Díaz González, E. Landa, P., Rodríguez, M., Ribes, E., y Sánchez, S. (1989). Análisis Funcional de las Terapias Conductuales: Una Clasificación Tentativa. Rev. Española de Terapia del Comportamiento. Vol. 7. Núm. 3.

- Foucault (1984). Vigilar y Castigar. Nacimiento de la Prisión. Siglo XXI, México.
- Kantor, J.R. (1959) Interbehavioral Psychology. Chicago, Principia Press.
- Kantor, J. R. (1990). La Evolución Científica de la Psicología. Ed. Trillas, México, cap. 40.
- Kantor, J.R. y Smith, W. (1975) The science of psychology: A interbehavioral survey. Chicago, Principia Press.
- Kazdin, A. (1983). Historia de la Modificación de Conducta. Ed. Desclee de Brouwer, España. cap. 1-6.
- Kazdin, A. (1978). History of behavior: Experimental foundations of contemporary research. Baltimore: Universidad Park Press. cap 5
- Keller, F. (1987). La Definición de la Psicología. Ed. Trillas, México, cap 8-9.
- Kuhn, J. (1969). La Tensión Esencial. Ed. CONACYT. México.

Mackenzie, B. (1982). El Behaviorism y los Límites del Método Científico. Ed.

Desclee de Brouwer, España, cap. 3.

Nudler, O. (1979). Problemas Epistemológicos de la Psicología. Ed. Trillas,

México. cap 9.

Pavlov, I.P. (1927) Conditioned reflexes. Oxford, Oxford University Press.

Rachman, S. (1979). Introducción a la terapia de la conducta. En Nudler, O.

Problemas epistemológicos de la psicología. Ed. Trillas, México, D.F.

Reynoso, L. (1991). Patrón Conductual Tipo A: Un Nuevo Instrumento de

Evaluación. Tesis de Maestría. UNAM.

Ribes, E. (1990). Problemas Conceptuales en el Análisis del Comportamiento

Humano. Ed. Trillas, México.

Ribes, E. (1982). Reflexiones Críticas Sobre el Conductismo. Ed. Fontanella.

Barcelona.

Ribes, E. (1980). Consideraciones Metodológicas y Profesionales sobre el

Análisis Conductual Aplicado. Rev. Mexicana de Análisis de la Conducta. Vol 6, Núm. 1, pág. 89-102.

Ribes, E. (1992). Factores macro- y microsociales participantes en la regulación del comportamiento psicológico. Revista Mexicana de Análisis de la Conducta. Vol. 18. Núm. Monográfico, pp. 39-55.

Ribes, E. y López, F. (1985). Teoría de la Conducta: un análisis de campo y paramétrico. Ed. Trillas, México. cap. 1-3.

Rodriguez, M. (1992). La regulación microcontingencial en prácticas macrocontingenciales. Tesis de Maestría. UNAM.

Rimm, D y Masters, J. (1987). Terapia de la Conducta. Ed. Trillas. México, D.F. cap. 1.

Ryle, G. (1949) The concept of mind New York, Barnes and Nobles.

Skinner, B.F. (1938) The behavior of organisms. New York, Appleton Century Crofts.

- Szasz, T. (1981). La Fabricación de la Locura. Ed. Gedisa, Barcelona.
- Szasz, T. (1982). El Mito de la Enfermedad Mental. Ed. Amorrortu, Argentina.
- Szasz, T. (1984). Esquizofrenia. El Símbolo Sagrado de la Psiquiatría. Ed. Premia, México.
- Szasz, T. (1986). El Mito de la Psicoterapia. Ed. Premia, México.
- Seligson, I. y Serrano, V. (1981). Algunas consideraciones metodológicas en la aplicación de problemas clínicos 1. UNAM, ENEP Iztacala, Presentado en el Simposio Internacional de Modificación de conducta.
- Seligson, I. Breve historia de la psicología clínica. Inédito.
- Xirau, R. (1983). Introducción a la Historia de la Filisofía. Ed. UNAM. México, cap. 1-2.
- Yates, A. (1977). Teoría y Práctica de la Terapia Conductual. Ed. Trillas, México, cap. 1-3.