

Reflexiones sobre una caracterización profesional de las aplicaciones clínicas del análisis conductual

Reflections on a professional characterization of the clinical applications of behavior analysis

Emilio Ribes

Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

Se examina cómo la psicología clínica, incluyendo la que utiliza procedimientos conductuales, se fundamenta en un modelo médico con orientación patológica. La inclusión de supuestos del modelo médico ha prevenido un análisis de los valores sociales que configuran la identificación de los problemas clínicos, haciendo hincapié en el *cómo* de la práctica profesional, más que en el *qué* y el *porqué* de dicha práctica. Se critica el quehacer clínico actual por constituirse en una forma ideologizada de practicar el cambio conductual, y se propone una opción no clínica como estrategia de intervención ante el cambio conductual.

DESCRIPTORES: Análisis conductual aplicado, Modelo médico, Tecnología conductual, Anormalidad.

ABSTRACT

This paper examines the way in which clinical psychology (including that which uses behavioral techniques) is based on a pathologically-orientated medical model. Inclusion of the medical model's assumptions has prevented an analysis of the social values which determine the identification of clinical problems, leading instead to the emphasis of the *how* of professional practice, rather than the *what* and *why* of this practice. Current clinical practice is criticized for its ideologized form of dealing with behavioral change, and a non-clinical option is proposed as an intervention strategy in the examination of the changes in human behavior.

DESCRIPTORS: Applied behavior analysis, Medical model, Behavioral technology, Abnormality.

Un borrador parcial de este trabajo fué leído en el XI Simposio Internacional de Modificación de Conducta, celebrado en Lima, (Perú) en marzo de 1981.

El surgimiento primero de las técnicas de modificación de conducta (Ullman y Krasner, 1965) y la terapia conductual (Yates, 1970), y posteriormente la distinción respecto de ellas del análisis conductual aplicado (Baer, Wolf y Risley, 1968), planteó la posibilidad de una nueva concepción de las tareas implicadas por la psicología clínica, incluyendo el cuestionamiento mismo del modelo médico subyacente a ciertas prácticas o conceptos clínicos tradicionales.

Es propósito de este trabajo examinar en que medida el análisis conductual aplicado y sus predecesores, han superado, en efecto, los modelos y prácticas clínicas tradicionales respecto a las que, en apariencia, se han constituido como una opción que las trasciende así como plantear una alternativa acorde con los supuestos que le dieron origen.

Clínica y Psicología

El concepto de clínica, etimológicamente, está vinculado al de impedimento, enfermedad, incapacidad. En la medicina, la clínica, como atención a un individuo que padece, que sufre de su naturaleza, se considera como el resultado de una disfunción o perturbación propia de su ser biológico, intrínseca a las condiciones históricas y presentes de dicho individuo.

De este modo el que padece, el "paciente" clínico ("que yace recostado") requiere de una intervención externa a él para superar o eliminar su mal. Es nuestro propósito señalar que esta concepción *clínica* de hacer o "aplicar" psicología, plantea una serie de problemas que la formulación de modelos alternativos al modelo médico no ha podido superar.

La concepción clínica como marco delimitante de una forma de practicar la psicología, constituye, en primera instancia, una concepción ideológica de dicha práctica que se fundamenta en dos proposiciones básicas:

- 1) Los problemas clínicos en tanto formas universales, son valorables con criterios derivados de un concepto relativamente inmutable de "salud enfermedad" o "adaptación-inadaptación",
- 2) El individuo que sufre de un problema clínico, sea su origen externo o interno, requiere para su cambio de una intervención externa a él.

Una ideología, socialmente, es un conjunto de representaciones validadas *a priori* respecto a la naturaleza, características y propiedad de las diversas prácticas sociales. La ideología se concreta, sin embargo, en la práctica de los individuos las que en tanto inmersas en las relaciones sociales enmarcadas por las representaciones ideológicas, encuentran fundamento, justificación o rechazo de sus actividades concretas en lo valorativo por su concordancia o desacuerdo con dichas representaciones ideológicas. La ideología, como práctica social, cambia constantemente en la historia y en los diversos momentos de una formación social, pero aparece como inmutable, como eterna, como lo que delimita lo que es esencialmente humano.

Si revisamos brevemente la historia de la psicología clínica y la psiquiatría, se apreciaría la estrecha vinculación existente entre prácticas sociales ajenas a la psicología y las concepciones psicológicas privativas en cada época. La historia de la locura y ahora la historia de la salud, son la historia de las ideologías y la concepción del individuo y su práctica social respecto a la religión, al sexo, la familia, la propiedad, la justicia y las demás representaciones de las relaciones sociales constitutivas de una formación histórica. Hemos abandonado, después de la Revolución Francesa, la concepción ético-religiosa de la enfermedad mental y la inadaptación, pero no hemos sido capaces todavía de superar la substitución de un poder sobrenatural por un poder social immanente, esencial y rector normativo universal de las acciones humanas.

No es mi intención entrar en detalle al análisis del papel cumplido por estas representaciones ideológicas sobre la conducta humana, pero sí señalar que las prácticas profesionales denominadas "clínicas" no son autónomas de dichas representaciones y, que por consiguiente, en la medida en que se plantea la posibilidad de aplicar el conocimiento de una ciencia de la conducta se debe examinar si los criterios de su aplicación deben fundamentarse en la propia ciencia o por el contrario, como ocurre, en las representaciones ideológicas que justifican y reproducen socialmente la necesidad de su aplicación.

Las Aplicaciones Clínicas del Análisis Conductual.

Antes de entrar en detalle a examinar la posibilidad de aplicación del análisis conductual en la forma de tecnología como parte orgánica de una ciencia del comportamiento, nos detendremos a evaluar si hemos sido capaces o no de superar las prácticas ideológicas delimitantes y definitorias de la concepción clínica.

El análisis conductual aplicado surgió como el primer esfuerzo en la historia de la psicología, por construir una tecnología del cambio individual, sólidamente fundada en la teoría y el análisis experimental de la conducta. Al aplicarse por vez primera al campo tradicional de la clínica, por el interés de apoyar su intervención en el diseño y manipulación del ambiente, se cuestionó el modelo médico subyacente en las prácticas clínicas anteriores. Descriptiva de este primer período es la contraposición del modelo conductual y/o social al modelo médico en términos de dos problemas centrales:

- 1) La superación de una casualidad interna por entidades biológicas o mentales, residuos del dualismo occidental formalizado por Descartes; y
- 2) La definición de la conducta presente del individuo como el objetivo fundamental de cualquier estrategia de cambio: la conducta no era simple síntoma, sino el problema esencial a modificar.

No repetiremos los argumentos, ya bien conocidos, en derredor de esta

nueva aproximación. Baste señalar que se resumían en la necesidad de alterar el ambiente presente del individuo si se deseaba modificar su comportamiento concreto y objetivo. No obstante, algunos problemas no fueron resueltos, sino que más bien quedaron ocultos en una aparente nueva forma de conceptualizar la conducta anormal, desviada, inadaptada o cualesquiera sea la forma en que se le denomine. La problemática oculta, a saber, podríamos analizarla bajo la siguiente perspectiva:

- a) La inclusión de supuestos del modelo médico clínico en el modelo conductual; y
- b) La carencia de un análisis de los valores subyacentes a la determinación de los problemas clínicos, es decir, el examen del qué y el porqué, en vez del cómo de dicha práctica.

Aún cuando el concepto de enfermedad, y por ende la categoría "clínica", son constituyentes del modelo médico, no se ha evaluado con amplitud la existencia de diversos modelos médicos, que aun cuando restringidos como análogos del comportamiento humano, poseen características susceptibles de reorientar en un modelo propio. Hablemos de los modelos médicos de tipo epidemiológico y de rehabilitación, en contraste con el modelo médico clínico patológico. En este respecto es particularmente pertinente la argumentación de Goldiamond (1974) relativa a lo que designa como orientación patológica en su orientación constructiva en los modelos clínicos. El modelo conductual y el modelo médico, en tanto comparten una preocupación clínica, son ilustrativos de la orientación patológica. El hincapié de la intervención clínica radica en la eliminación de una entidad indeseable, generadora o identificada con la enfermedad. En medicina esta intervención tiene lugar a través de la cirugía y algunas otras técnicas eliminativas. La salud se recupera mediante la eliminación de lo patológico. En psicología, su análogo clínico se centra ya sea en la eliminación sintomática o en la eliminación de aquellas formas de acción del individuo que le llevan a presentar la sintomatología. Se presta énfasis a la desaparición de conductas, valoradas clínicamente como enfermas o inadaptadas. En cambio, el modelo médico de rehabilitación así como el epidemiológico, subrayan de algún modo lo que Goldiamond denomina una orientación constructiva. Se define, no lo que debe eliminarse, sino las condiciones que permitirán al individuo un nivel determinado de suficiencia en lo biológico.

En psicología, una práctica análoga, consistiría en definir no lo que el individuo *no* debe hacer, sino por el contrario, lo que puede hacer y las diversas opciones disponibles en el ambiente y su historia interactiva para lograrlo. Determinar, sin embargo, lo que el individuo puede hacer en términos de su propio repertorio, implica necesariamente revertir la responsabilidad del cambio al propio individuo, y por consiguiente, abandonar *de facto* una actitud clínica. Esta posición, aunada al supuesto básico del modelo conductual, sobre la importancia central de la conducta y su relación con el ambiente en el cambio individual, nos plantea en forma lógica el segundo punto.

Hemos delimitado en que consiste la intervención requerida para el cambio conductual, subrayando, por una parte, la importancia de considerar a la conducta como el aspecto central y no como un indicador periférico de entidades causales internas, y por la otra, explicitando que el cambio individual no puede darse como pura eliminación de lo patológico, sino que necesariamente, se requiere de la construcción de opciones interactivas en términos congruentes con la propia historia y recursos conductuales de la persona.

La especificación de la naturaleza del cambio conductual y los criterios que determinan la intervención no son intrínsecos, sin embargo, a las características del como llevar a cabo la intervención. El definir estrategias conductuales para intervenir en el cambio individual, no significa necesariamente que se tenga apoyo en criterios opuestos a las concepciones críticas tradicionales, que traducen a formas aparentemente tecnológicas o científicas, lo que constituyen en realidad prácticas con un alto grado de apropiación ideológica.

La determinación de la necesidad y discusión del cambio conductual, adicional a la metodología empleada para lograrlo, implica un acto de valoración social, que no es independiente de criterios que trascienden a la acción técnica misma. La delimitación de la anormalidad o desviación no constituye un juicio neutral, y un juicio neutral, y por consiguiente, una tecnología o metodología del cambio individual no puede desligarse de su discusión y cuestionamiento. Todo cambio individual representa una valoración social de la adecuación o corrección del comportamiento a modificar. El problema central consiste en definir cuáles deben ser los criterios de valor que lo determinan. Los clínicos (conductuales o no) obran sobre la suposición de que la anormalidad o la desviación tienen una existencia individual al margen de juicios de valor que constituyen expresiones de formas prácticas de ideología. Sin embargo, esta neutralidad de la anormalidad es falsa. No solo el comportamiento denominado anormal es determinado en la esencial socialmente, sino que también lo son los criterios que definen normalidad o anormalidad.

La concepción clínica es justamente una forma ideologizada de practicar el cambio individual, ocultando no solo las determinaciones sociales del comportamiento de la persona, sino las de la propia práctica clínica. Por ello, no puede limitarse el problema del cambio individual a un mero examen de los modos de lograrlo, sino que dicho análisis debe enmarcarse en el cuestionamiento de los criterios valorativos que lo definen como necesario. No es nuestro propósito entrar aquí en detalle al examen de las formas particulares de ideologías que contextualizan ciertas prácticas clínicas, sino simplemente subrayar la naturaleza claramente ideológica de la práctica clínica en general. Queremos plantear la posibilidad de un análisis conductual del cambio individual ajeno a toda concepción clínica, y por consiguiente, necesariamente vinculado a un examen de las determinaciones sociales del por qué, de dicho cambio. No se habla de una intervención conductual autónoma de criterios y prácticas ideológicas, sino por el contrario de una acción profesional razonada, no solo metodológica, sino también ideológicamente.

Análisis Conductual aplicado al cambio individual:

¿Qué y cómo?

La factibilidad de una tecnología individual derivada del análisis conductual, opcional a una conceptualización clínica, requiere el examen de cinco aspectos:

- A) La delimitación de la concepción de anormalidad.
- B) La aplicabilidad del concepto de anormalidad a las interacciones conductuales.
- C) Las dimensiones necesarias para definir los criterios del cambio conductual.
- D) La valoración del origen y dirección del cambio conductual.
- E) La participación relativa del psicólogo y el usuario en el proceso de cambio.

A) Ya hemos mencionado previamente que la psicología clínica se cimienta en un concepto médico de la "anormalidad", del cual deriva ciertas categorías universales sobre el comportamiento anormal. Las gnosologías psiquiátricas y sus traducciones conductuales constituyen la ilustración coetánea de este esfuerzo racionalizador impuesto a la práctica clínica. La concepción clínica se ha transferido a la categorización de la conducta en la medida en que, por un lado, existen testimonios empíricos inobjetables de que ciertas alteraciones del sistema nervioso y condiciones orgánicas generales afectan la forma en que se comportaban los individuos; por el otro, la posibilidad de que siempre puedan plantearse alteraciones orgánicas concomitante a los "trastornos" del comportamiento, constituye una tentación lógica que pocos han podido resistir: cambios orgánicos precedentes, coetáneos o producidos, adquieren virtualmente el estatus de causas o cuando menos desencadenantes de la conducta llamada "anormal" ¿Cómo abordar esta doble situación? Intentaremos analizarla, no como un problema empírico en sí mismo, sino como el problema de una lógica errónea.

Es indiscutible que, las variables del organismo, tal como los estudia la biología, participan siempre de todo intercambio del organismo con su ambiente, pero de ello no se implica que, la biología explique o, mejor dicho, sus categorías describan adecuadamente dichos intercambios.

Las interacciones del organismo con otros individuos y su ambiente, no solo presuponen como organismo a su biología como condición, sino que la requieren por definición, de donde no se desprende que dichas interacciones sean describibles como interacciones biológicas *solamente*. Toda interacción conductual *incluye* participantes biológicos, pero constituye un nivel descriptivo más complejo: incluye variables excluidas en un análisis puramente biológico. Por consiguiente, la identificación de factores biológicamente anormales, o la suposición de su existencia coetánea, ni impone, ni lógica ni empí-

ricamente, la necesidad de aplicar *ese* criterio de anormalidad a las interacciones del organismo individual que trascienden las descripciones estrictamente biológicas.

Aceptando pues que las alteraciones biológicas pueden coadyuvar o disponer a alteraciones conductuales, no requerimos aceptar que dichas alteraciones biológicas sean *causales* de las conductuales. Parte importante de un análisis conductual riguroso es examinar la influencia *real, objetiva*, que las deficiencias o alteraciones biológicas ejercen sobre las interacciones, y la forma de compensarlas, biológica y ambientalmente. En este sentido, la tarea constituye el reconocimiento empírico de condiciones desfavorables que el organismo conlleva en la interacción y de las condiciones que hay que introducir para compensarles funcionalmente. No obstante no existe lógica alguna suficientemente poderosa para atribuir anormalidad a la interacción conductual desde la perspectiva de la biología y mucho menos para imponerse como lógica de la interacción misma.

B) ¿Es legítimo, acaso, hablar de anomalías en una interacción conductual? Hemos ya argumentado en contra de un criterio de anormalidad: el criterio médico-biológico extrapolado como causa empírica o como categoría lógica. Si alguna razón existe, dentro de la biología, a clasificar a un organismo como anormal, se sustenta en que, lo biológico, la filogenia, dentro de ciertos límites, impone universalidad a las características de los individuos que se agrupan genéricamente en una especie ¿Vale lo mismo para las interacciones individuales que se caracterizan en la ontogenia construida históricamente en forma idiosincrática? ¿Es aplicable una lógica de lo universal a interacciones que se caracterizan por la modulación particular de contactos diferenciados entre organismos semejantes en ambientes distintos? Consideramos que la supuesta "lógica" es negativa.

En el caso de la conducta humana, ya hemos hecho hincapié anteriormente, en que el ambiente social, como un medio construido históricamente sobre los medios físico y ecológicos, carece de dimensiones universales. Las sociedades, en geografía, tiempo y cultura, son siempre específicas, a veces en grado sutilmente diferenciado, y en la forma en que se expresa esta especificidad en las prácticas de sus individuos, unos con otros, unos frente a los grupos, y los grupos entre sí. Es precisamente en el contexto de esta especificidad, en la que debe ubicarse el concepto de "anormalidad". La anomalía es lo atípico en un grupo o sociedad, pero no solo lo atípico estadísticamente, sino lo que se aparta de la normatividad privativa. Así, lo que es anormal es aquello que siendo atípico, *además* se aparta de las normas y valores del grupo. Son los valores sociales, expresados en la tipificación de las prácticas de los individuos, los que establecen su normalidad o anomalía. Aún cuando en numerosas ocasiones, se pueden vislumbrar las razones que, amparadas en los intereses de los grupos dominantes, influyen en la determinación social de la anomalía, en otros la relación es mucho más sutil y poco clara. Sin embargo, debe ser tarea fundamental de una tecnología, o de su proyecto, el desenmarañar estas redes ideológicas socia-

les que valoran el comportamiento de los individuos, haya o no participación biológica prominente. No hacerlo es aceptar la práctica ideológica y sus propósitos sociales bajo el supuesto de que se está aplicando conocimiento técnico-científico, o simplemente, en términos "humanísticos", haciendo el bien.

En una ciencia de la conducta, la interacción del individuo *no puede ser* anormal. La anormalidad es un juicio de valor social de lo que el individuo *normalmente hace* al participar de una relación con un medio. Es menester, por consiguiente, identificar en que segmento de la interacción reside el criterio de anormalidad aplicado socialmente, y en que consiste ese criterio en términos de los efectos de la interacción valorada sobre el individuo y el grupo social de referencia.

C) ¿Qué dimensiones de la interacción entre individuos son los que sustentan los criterios sociales que avalan la "necesidad clínica" del cambio conductual? Consideramos que la ubicación correcta del análisis conductual aplicado respecto al cambio individual depende de un planteamiento no clínico frente a esta cuestión.

Toda interacción constituye una relación episódica entre individuos, relación que tiene significación social en la medida en que no se da en el vacío. Lo que todo individuo hace afecta y hace que a su vez sea afectado por otros individuos con base en la posición que guarda dentro del complejo intercambio de relaciones que representa un grupo social.

La especificación de las dimensiones funcionales comprendidas en los intercambios entre individuos se convierte, de este modo, en la opción analítica a la postura relativa clasificatoria del enfoque clínico. Tentativamente, podríamos señalar varias dimensiones episódicas a ser exploradas en interrelación:

- 1) La conducta del sujeto y como afecta a otro(s) sujeto(s) significativos en lo individual;
- 2) La conducta del sujeto y como es afectada por la de otro(s) sujeto(s) significativos en lo individual;
- 3) La conducta del sujeto y como afecta indirectamente a aquellos que no lo afectan,
- 4) La conducta de otros entre sí y como afectan indirectamente al sujeto;
y
- 5) La conducta del sujeto y como se afecta a si mismo en el presente y en el futuro.

Del análisis de las diversas formas de interrelación que pueden asumir estas cuantas dimensiones episódicas, que no pretenden de modo alguno ser exhaustivas, se puede pasar al examen del origen y dirección del cambio conductual individual.

D) El proceso de cambio conductual individual implica, en estos términos, hacer a un lado cualesquier clasificación *a priori* que encasille al individuo bajo una etiqueta, etiqueta que no es indicativa ni de la génesis social

del problema ni de la dirección que debe tener cualquier intervención que busque su solución.

Tampoco puede partirse de un conjunto de personas que definan de antemano si el problema implica normalidad o anormalidad, pues los valores y la ideología sustentante deben explicitarse como *condiciones específicas* que enmarcan las interacciones episódicas entre los individuos y de los individuos con sus grupos de referencia, de este modo, planteamos que:

1) Existe una relación entre la génesis histórica y la disposición conductual presente frente a un problema, por lo que deben analizarse que recursos desde el punto de vista interactivo posee el individuo, y como se han expresado en forma episódica que le afectan a él o a otros;

2) Debe examinarse la interrelación entre las diversas dimensiones episódicas antes señaladas, para identificar los efectos recíprocos que mantienen el problema, las que probablemente no se manifiestan como relaciones unidireccionales, sino más bien en la forma de relaciones de interdependencia. A partir de este examen, deben señalarse las estrategias y procedimientos pertinentes para alterar estas interrelaciones; y

3) La intervención mencionada puede comprender diversas direcciones, entre ellas a saber:

- a) Modificar a partir de la conducta del individuo su propia conducta presente o futura;
- b) Modificar a partir de la conducta del individuo las relaciones que definen su propio medio;
- c) Modificar a partir de la conducta del individuo la conducta de (los) individuo(s) que lo afecta(n);
- d) Modificar a partir de otro, la conducta del individuo;
- e) Modificar a partir de otro, la conducta de aquellas que afectan al individuo; y
- f) Modificar el medio de otras a partir de la conducta del individuo.

En aquellos casos en que el individuo no constituye el segmento inicial de la intervención, su participación debe ser requerida, necesariamente, para mantener las nuevas interrelaciones así generadas.

E) Es importante subrayar que la estrategia de cambio conductual delineada contrasta radicalmente de los enfoques clínicos, incluso de aquellos que se fundan en conceptos como el de autocontrol, en la medida en que: a) se fundamenta en el análisis de interacciones episódicas, y no en el del comportamiento aislado del individuo; y b) plantea el análisis de dichas interrelaciones episódicas en el contexto específico de los valores e ideología del grupo de referencia del individuo.

De aquí se desprenden las implicaciones, que producen una divergencia marcada respecto a cualesquier planteamiento clínico:

- 1) En primer término, no existe una predeterminación conceptual de qué

y porqué es un problema. La delimitación del problema se elabora conjuntamente entre el individuo afectado y el analista conductual, proceso que se realiza sin que se asuma por parte de este último, un sistema de valores y no deben ser ideal al que deba de ajustarse el individuo afectado. Es más bien el individuo quien debe explicitar, bajo la asesoría *metodológica, analítica*, las interrelaciones que definen su problema y las variables que le afectan a él y a otros en esta interdependencia. La forma en que defina esta influencia, determinará la dirección del cambio: bien puede él cambiar para cambiar a otros o a su propio medio, bien pueden otros cambiar para cambiarle a él. No es el individuo "afectado" quien necesaria y exclusivamente debe cambiar, y mucho menos a consecuencia de la intervención externa, unidireccional de otros y su medio.

2) La estrategia de cambio tiene que plantearse sobre un eje central: la propia conducta del individuo "afectado" como promotor y participante activo en la modificación de las interrelaciones episódicas en las que se encuentra involucrado. No es el analista conductual quien debe poseer un reservorio de técnicas para alterar al individuo, sino que este, con la asesoría técnica del analista conductual —y la eventual transferencia de destrezas específicas— debe intervenir sobre sí mismo y su medio, representado por otros y las relaciones que con ellas establece. De este modo, se propone que, con base en lo que previamente hemos definido como desprofesionalización (Ribes, 1980; Talento y Ribes, 1980; Ribes, 1982), las aplicaciones del análisis conductual al cambio individual rompan con formas altamente profesionalizadas presas en la red de determinaciones ideológicas poco explícitas de un movimiento social.

REFERENCIAS

- Baer, D. M., Wolf, M. M., y Risley, T. R. Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1968, 1, 91-97.
- Goldiamond, I. Toward a Constructional Approach to Social Problems. *Behaviorism*, 1974, 2, 1-84.
- Ribes, E. Consideraciones metodológicas y profesionales sobre el análisis conductual aplicado. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 1980, 6, 89-102.
- Ribes, E. *El Conductismo: Reflexiones Críticas*. Barcelona: Fontanella, 1982.
- Talento, M. y Ribes, E. Consideraciones sobre el papel social de la profesión psicológica. En E. Ribes y otros, *Enseñanza, Ejercicio e Investigación de la Psicología: Un modelo integral*. México: Trillas, 1980.
- Ullman, P., y Krasner, L. *Case Studies in Behavior Modification*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston, 1965.
- Yates, A. *Behavior Therapy*. Nueva York: John Wiley, 1970.