V. EL MODELO CONDUCTUAL

Como ha señalado Thomas Kuhn, la sustitución de un paradigma científico no se produce únicamente por la denuncia de sus insuficiencias e inadecuaciones, sino sobre todo por la aparición de una nueva teoría alternativa y claramente superior. A principios de la década de los sesenta, el modelo conductual se perfilaba en Estados Unidos y en Europa como un nuevo paradigma de la psicología clínica, alternativo a las insuficiencias del modelo médico (antes descrito) y en principio más explicativo y útil. Aparte de la insatisfacción con el modelo biomédico, la emergencia del modelo conductual se produjo merced al auge experimentado por la psicología del aprendizaje. Así pues, podríamos decir que los dos factores primarios que determinaron el surgimiento del modelo conductual en psicopatología fueron la madurez alcanzada por la psicología del aprendizaje (aplicación de principios del condicionamiento clásico y operante al control de la conducta anormal) y la insatisfacción con el estatus científico y modus operandi del modelo médico respecto a la conducta anormal. El modelo conductual, si bien se perfiló como una alternativa teórica fascinante en psicopatología, pronto comenzó a sufrir críticas internas, sobre todo procedentes de autores insatisfechos con la extrema rigidez del esquema estímulo-respuesta propuesto inicialmente.

La propia evolución histórica de la perspectiva conductual ha dado lugar a diferentes orientaciones o submodelos que se asumen y aplican alternativamente en la actualidad, tanto desde la concepción de la propia conducta anormal como en el campo aplicado de la modificación de conducta. En los epígrafes correspondientes a este apartado veremos algunas cuestiones relacionadas con estos cuatro aspectos, esto es:

1) inadecuaciones del modelo médico;
2) desarrollo y principios generales del modelo conductual;
3) críticas al modelo conductual,
4) perspectivas actuales del modelo.

A. EL MODELO CONDUCTUAL COMO ALTERNATIVA A LAS INADECUACIONES DE LOS MODELOS MÉDICOS
(MODELOS DE ENFERMEDAD)

La insatisfacción que se experimentó a finales de los años cincuenta y principios de los sesenta en la psicología europea y norteamericana con respecto al modelo médico (incluyendo el modelo psicodinámico) se debía tanto a factores teóricos (epistemológicos y metodológicos) como prácticos (rol del psicólogo clínico, diagnóstico y tratamiento).

1. **Debilidad de la teoría biomédica**

Se ha dicho que uno de los principales errores científicos de la psiquiatría consistió en haber trasvasado el modelo médico de la enfermedad física al campo de los trastornos mentales.

Este ≪trasplante≫, como muy bien ha sido denunciado por varios defensores del modelo conductual (por ejemplo, Ullman y Krasner, 1965; Yates, 1973), incluso por los propios psiquiatras (Szasz, 1960), significó efectuar una transposición del modelo médico a un problema no médico (Yates, 1973). Como ha señalado este autor, el trasplante del modelo biomédico al campo de los trastornos del comportamiento se debió a varios factores. Uno de estos factores es descrito por Yates de la siguiente manera:

Un factor, que se ha omitido por mucho tiempo, es la relativa ignorancia por parte de los psiquiatras hasta de los hechos psicológicos más elementales inclusive. La gran mayoría de los psiquiatras son médicos con entrenamiento de posgraduado en psiquiatría, que abarca lo que solamente se puede describir como una cantidad mínima de psicología... El efecto que produjo el énfasis predominantemente médico en el entrenamiento de los psiquiatras ha dado como resultado el que conceptos y métodos de demostrada utilidad en las enfermedades físicas se trasplanten al campo de las ≪enfermedades mentales ≫. Así pues, se ha considerado a los trastornos del comportamiento como enfermedades para las que se debe encontrar una etiología, que finalmente conducirá a una forma específica de tratamiento. De ahí el énfasis en la importancia del diagnóstico y la creencia de que se hallarán causas específicas de enfermedades mentales... La tendencia de los psiquiatras ortodoxos a confiar en métodos físicos de tratamiento (manifestada recientemente en el uso a gran escala de tranquilizantes) es un reflejo de la idea global que se inculca en el entrenamiento médico general (Yates, 1973, p.14).

De este modo, el modelo de enfermedad fue ampliamente aceptado para explicar la conducta desadaptada estudiada en psicología y psiquiatría, como una extrapolación de la eficaz aproximación usada en medicina para explicar los trastornos físicos (Kazdin, 1983). Sin embargo, un serio problema asociado al más ortodoxo modelo biomédico fue su incapacidad para establecer cómo las alteraciones fisiológicas inducen los síntomas psíquicos o comportamentales.

Como han sugerido Willerman y Cohen (1990), tal vez aún más importante es que el modelo médico frecuentemente hipotetiza la existencia de anormalidades fisiológicas que jamás han sido demostradas. Tal vez, en línea con los argumentos de Szasz (1960), en los casos en que exista realmente una alteración orgánica (no meramente funcional) del sistema nervioso central, debería denominarse enfermedad neurológica, no enfermedad mental (la mente, dice este autor, es una abstracción y como tal no puede enfermar; las denominadas enfermedades mentales, sugiere Szasz, reflejan únicamente desviaciones comportamentales de las normas sociales, éticas y legales).

Algunos trastornos psicológicos, como por ejemplo la esquizofrenia, parecen estar fuertemente asociados a alteraciones neurofisiológicas. En casos de este tipo es posible que el modelo

biomédico pueda ser relevante. Sin embargo, en la mayoría de los trastornos psicológicos (por ejemplo, todos los comúnmente denominados trastornos neuróticos) los factores ambientales, más que los biológicos, parecen desempeñar un papel etiológico esencial. Autores procedentes del propio modelo medico biológico constataron que en muchos trastornos mentales (como la histeria) no existía evidencia de alteración orgánica. Esta fuente de insatisfacción con el paradigma propiamente fisiológico de la enfermedad mental fue la causa de orientaciones más psicológicas, pero en última instancia seguían manteniendo las estructuras básicas del modelo médico, esto es, la existencia de ≪complejos ≫ subyacentes alterados en el organismo como causantes de los síntomas (se mantiene, así mismo, el concepto de enfermedad).

La más importante y representativa teoría de este tipo es la psicoanalítica. Tanto el modelo psicoanalítico como otras derivaciones del modelo médico no cambiaron sustancialmente los problemas del modelo médico. Por tanto, los problemas que discutimos en ésta y otras secciones de este apartado general son extensivos a cualquier forma del modelo médico, no únicamente a su variante fisiológica (a no ser que se especifique lo contrario).

2. Problemas asociados al diagnóstico médico

Muchas de las críticas que se han interpuesto al modelo de enfermedad se han centrado en lo inapropiado que puede resultar la aplicación del diagnóstico médico a los trastornos mentales. Yates (1973) ha criticado duramente la derivación al campo del comportamiento de los sistemas de diagnóstico médico, dando como resultado el ≪encasillamiento≫ de los pacientes, etiquetación que a veces produce resultados nefastos sobre éstos. Sobre todo, el autor centra sus objeciones en torno a tres aspectos relacionados con el diagnóstico médico: la baja fiabilidad, la baja validez y la escasa utilidad del diagnóstico psiquiátrico.

El problema de la ≪etiquetación≫ del paciente posee efectos negativos sobre el propio individuo (por ejemplo, tener la convicción de ser un neurótico). Pero el problema resulta más grave si tal ≪rotulación≫ carece de fiabilidad y es poco válida. Por otra parte, la escasa utilidad clínica desaconsejaría emplear los procedimientos de rotulación psiquiátrica. ¿Qué valor terapéutico posee asignar una categoría diagnóstica a un paciente? Thomas Szasz, así como otros psiquiatras, dirían que la utilidad es más bien de tipo sociopolítica que terapéutica.

De todos modos, actualmente no es sostenible la idea de que el diagnóstico categorial sea por sí mismo negativo. Los sistemas actuales de diagnóstico categorial (como el DSM) son para muchos trastornos bastante fiables y válidos, y son aceptados por muchos psicólogos. Por otra parte, su utilidad psicopatológica ha sido suficientemente demostrada.

Pero para que esto sea así han tenido que cambiar en los últimos diez años bastantes cosas. Por ejemplo, el DSM-IIIR y el DSM-IV (APA, 1987, 1994) son más descriptivos, objetivos, versátiles y libres de influencias teóricas de escuela que cualquier otro sistema categorial de diagnóstico psicopatológico.

No obstante, el DSM-III (APA, 1980), uno de los sistemas de clasificación categorial más influyente durante los últimos años, también ha sido a veces discutido; un análisis crítico de este tipo puede encontrarse en Eysenck, Wakefield y Friedman (1983).

3. Problemas relacionados con el tratamiento

Las críticas que se han vertido sobre el modelo médico no se refieren únicamente a problemas teóricos y de diagnóstico.

Toda teoría psicopatológica, aparte de describir, explicar y predecir la conducta anormal, debe servir para, a partir de sus principios, poder perfilar técnicas apropiadas de tratamiento.

El modelo médico, sin embargo, ha sido en general de muy escasa utilidad para este menester (excepto en los trastornos con fuerte base fisiológica, como por ejemplo la esquizofrenia o los

trastornos maniacodepresivos). El proceso ha sido, por el contrario, inverso a lo que toda teoría científica exige: establecer la teoría partiendo de los supuestos buenos resultados del tratamiento médico (por ejemplo farmacológico). Así, por ejemplo, se ha postulado la teoría de la hiperactividad dopaminérgica de la esquizofrenia primordialmente sobre la base del relativo éxito terapéutico de los neurolépticos (éstos inhiben la actividad dopaminérgica) (véase Sandín, 1984). Sin embargo, emplear una estrategia indirecta como ésta (a nuestro juicio acientífica) podría llevarnos a graves errores (nadie afirma, por ejemplo, que el dolor de cabeza crónico se debe a un déficit de ácido acetil salicílico, por el simple hecho de que la aspirina reduce o elimina dicho dolor).

B. DESARROLLO Y PRINCIPIOS DE LA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

La perspectiva conductual supuso el establecimiento de una reconceptuación sobre la conducta alterada, sobre el diagnóstico y sobre la terapia. Es obligatorio afirmar que la constitución del modelo conductual (o conductista, en sus orígenes) sobre la conducta anormal corrió paralelo al desarrollo de la modificación de conducta (o terapia de conducta, como se denominó en Europa). Por tanto, un buen conocimiento sobre la historia de la modificación de conducta favorecería la asimilación de la perspectiva conductual de la psicopatología. En este sentido, aconsejamos al lector interesado las excelentes descripciones sobre el panorama de la modificación de conducta llevada a cabo por Pelechano (1978, 1979), Carrobles (1985) y Kazdin (1983,1991).

Si bien la base del modelo conductual se encuentra en el desarrollo y aplicación de los principios del aprendizaje llevado a cabo en Estados Unidos a partir de autores como J. B. Watson (condicionamiento de respuestas emocionales), E. L.

Thorndike (acuñó el término de ≪conductas instrumentales≫ y formuló la ley del efecto), C. L. Hall (variables intermedias motivacionales, como la relevancia del impulso o drive), E. C. Tolman (conductas intermedias intencionadas, como las cogniciones), O. H. Mowrer (integración clásico-operante) y B. F. Skinner (máximo exponente de la aproximación operante; ≪análisis experimental de la conducta≫), los antecedentes científicos más remotos que han influido de forma decisiva en la génesis de la teoría conductual se remontan a los autores soviéticos I. M. Sechenov (1829-1905), I. P. Pavlov (1849-1936) y V. M. Bechterev (1857-1927). No es este el lugar apropiado para referir las prominentes aportaciones de estos autores que conforman la base de la reflexología soviética (véase a tal efecto la obra de Kazdin, 1983).

La influencia de estos autores soviéticos sobre la psicología norteamericana se plasmó, a través de la enorme influencia de J. B. Watson (1878-1958), en torno a dos conceptos fundamentales: uno metodológico, el objetivismo, y otro teórico, el condicionamiento como eje central de la conducta.

Watson rechazó el estructuralismo y el funcionalismo (ambas teorías empleaban la introspección como método de investigación) y situó el conductismo como única alternativa psicológica; al igual que la reflexología soviética, las unidades de análisis del conductismo son variables objetivas (observables). Así mismo, el condicionamiento (de forma similar que en la reflexología) se convirtió, más que en un método de estudio, en un concepto central para explicar los mecanismos de la conducta compleja (Kazdin, 1983). En cierto modo, pues, Watson parece ser el máximo responsable de que se consolidase en occidente un nuevo marco teórico, centrado en la objetividad y el condicionamiento. También a partir de su trabajo pionero con Rosalie Rayner —entonces su esposa— (Watson y Rayner, 1920) se van a perfilar los cimientos del futuro modelo conductual del comportamiento anormal (inicialmente de la conducta neurótica).

Las primeras formulaciones sobre la teoría conductual de la conducta anormal se establecen a comienzos de la década de los sesenta en publicaciones como las de Wolpe (1958), Eysenck (1960a) y Jones (1960). Estos autores, que se centran básicamente en la explicación de la conducta neurótica, establecen las bases de la nueva teoría, según la cual la conducta neurótica consiste en hábitos desadaptativos adquiridos mediante procesos de aprendizaje. Los autores aportan evidencia experimental en apoyo de esta teoría.

Durante esta primera etapa era habitual partir del experimento de Watson y Rayner (1920), ya que proporcionaba una clara demostración experimental, fundamentada en el condicionamiento pavloviano, de la adquisición de una fobia infantil. Rachman y Costello (1975, p. 257) resumen en los siguientes puntos los aspectos esenciales de la teoría conductual de las fobias:

1. Las fobias son respuestas aprendidas.
2. Los estímulos fóbicos, simples o complejos, se desarrollan cuando se asocian temporal y espacialmente a un estado de cosas que producen miedo.
3. Los estímulos neutros que tienen relación con la situación que produce miedo y/o tienen un impacto sobre la persona en esta situación, desarrollarán cualidades fóbicas con mayor probabilidad que los estímulos débiles o ajenos a la situación.
4. La repetición de la asociación entre la situación de miedo y los nuevos estímulos fóbicos reforzará la fobia.
5. Las asociaciones entre situaciones de miedo muy intenso y estímulos neutros producirán con mayor probabilidad reacciones fóbicas.
6. Se producirá generalización del estímulo fóbico original a otros estímulos de naturaleza similar.

Rachman y Costello sugieren que todos y cada uno de estos puntos se basan en pruebas experimentales y parecen coincidir con la experiencia clínica con terapia de conducta.

Asimismo, indican que ≪puede decirse con toda legitimidad que estas proposiciones se ven apoyadas por la casi total vigencia acumulada en la investigación sobre el proceso de aprendizaje≫ (p. 257).

El experimento de Watson y Rayner (1920) demostraba la importancia del condicionamiento pavloviano en la génesis y mantenimiento de las neurosis. El notable desarrollo, producido durante los comienzos de los sesenta, de la terapia de conducta en Inglaterra (fundamentalmente liderado por Eysenck) y Suráfrica (Lazarus, 1961; Wolpe, 1958) se basó en gran medida en la aplicación de los principios del condicionamiento clásico, significado en las aportaciones cruciales de autores como Watson y Rayner (condicionamiento de respuestas de miedo), M. C. Jones (desacondicionamiento de reacciones de miedo) y O. H. Mowrer y W. M. Mowrer (definieron la enuresis en base a los principios del condicionamiento pavloviano). Así pues, no resulta extraño que Kazdin (1983) afirme, en su monografía sobre la historia de la modificación de conducta, que la aplicación de los principios del aprendizaje a los problemas del comportamiento, como fue demostrado por Watson, Rayner, Jones y los Mowrer, proporcionó la presentación de la modificación de conducta; nosotros añadiríamos que estos autores proporcionaron, así mismo, la presentación del modelo conductual de la psicopatología.

Así como en Inglaterra, significado por el grupo de Eysenck, predominó la orientación basada primordialmente en el condicionamiento clásico (influencia predominante de Pavlov, y de los neoconductistas Mowrer y Hull), en Estados Unidos la modificación de conducta y el concepto de comportamiento anormal estuvo dominado por los principios del condicionamiento operante, sobre todo por el enorme influjo de los trabajos de Skinner. No pocos autores han destacado a Skinner como el autor con mayor impacto directo sobre la modificación de conducta

contemporánea (Kazdin, 1991; Pelechano, 1979). A este respecto, Pelechano (1979, p. 429) dice lo siguiente:

El acercamiento skinneriano resulta, de entre todos los existentes, aquel que posee mayor número de aplicaciones en la actualidad, y a pesar de la acusación de parcialismo e ingenuidad que le atribuyen sus críticos, no existe, hoy por hoy, un modelo científico dentro de la psicología del que pueda entresacarse más.

Skinner, además de defender y potenciar el aprendizaje instrumental, desarrolló sobre la base de este tipo de aprendizaje un nuevo enfoque teórico y metodológico conocido como ≪análisis experimental de la conducta≫. La aplicación de este enfoque a la conducta anormal, bien por el propio Skinner, bien por algunos de sus seguidores (como Lindsley, 1960), supone grados máximos de experimentación y objetividad (se rechaza la consideración de cualquier posible variable intermedia) y la asunción de un modelo de conductismo radical. Contrasta, por tanto, con otros enfoques más flexibles (conductismo metodológico), tales como los representados por Mowrer (1948) o por el grupo inglés del Maudsley Hospital representado por Eysenck.

Vemos, por tanto, que la perspectiva conductual se perfila según tres importantes focos de desarrollo: Sudáfrica, Inglaterra y Estados Unidos. Se evidencian también importantes diferencias entre el más puro enfoque norteamericano (análisis experimental de la conducta) y el enfoque europeo (asume la participación de variables intermedias introducidas por Hall o Mowrer, tales como el concepto de ≪impulso≫). El modelo europeo se centró más en la conducta neurótica, mientras que el enfoque del análisis experimental de la conducta abordó también la conducta psicótica.

Aparte de las notables diferencias que existen entre estos enfoques, se perfilan algunas características propias de la perspectiva conductual y comunes a ambos. De entre estas características merecen citarse las siguientes:

1. Objetividad. El modelo conductual se basa en la objetividad y la experimentación. Contrasta con el modelo médico (fisiológico y psicodinámico) porque este último se ha centrado en gran medida en la introspección, la intuición y la especulación. El modelo conductual, en lugar de centrarse en especulaciones sobre posibles ≪complejos≫ o anormalidades de la mente o del cerebro, se centra en los fenómenos objetivos, en relaciones causales entre los fenómenos ambientales y la conducta.

2. Los principios del aprendizaje como base teórica. La conducta psicopatológica consiste básicamente en hábitos desadaptativos que han llegado a condicionarse a ciertos tipos de estímulos (bien por condicionamiento clásico, instrumental o por ambos). Tales hábitos constituyen los síntomas clínicos y la propia conducta anormal (no existen causas subyacentes responsables de los síntomas), y son generados de acuerdo con las leyes y principios del aprendizaje. El tratamiento de la conducta anormal, según este modelo, debe basarse en la aplicación de los propios principios del aprendizaje (terapia de conducta) para extinguir las conductas indeseables.

3. Rechazo del concepto de enfermedad. Puesto que el modelo conductual no asume la existencia de causas subyacentes a los síntomas, rechaza igualmente el concepto de enfermedad. La teoría conductual entiende que el concepto médico de enfermedad no es aplicable a los trastornos del comportamiento. La enuresis funcional, por ejemplo, es entendida por el modelo médico como un síntoma producido por otros problemas psicológicos (enfermedad) que tiene el niño (p. ej., algún complejo reprimido); el modelo conductual entiende, en cambio, que la enuresis es en sí misma el problema, producida por un deficiente condicionamiento del control de esfínteres.

4. Aproximación dimensional.

Al rechazar el concepto de enfermedad el modelo conductual rechaza igualmente la conceptuación categorial de los trastornos psicológicos propia del modelo médico. Partiendo de la inexistencia de ≪personas enfermas mentalmente≫, no cabe establecer categorías de etiquetación de la conducta anormal. Como alternativa al diagnóstico médico tradicional se ha propuesto el denominado ≪diagnóstico funcional de la conducta≫ (véase Chorot, 1986, y Fernández-Ballesteros y Staats, 1992, para un análisis específico sobre este problema). La perspectiva conductual entiende que la clasificación de la conducta anormal debe hacerse según dimensiones (por ejemplo, neuroticismo, psicoticismo, etc.; o bien, afecto, motivación, emoción, inteligencia, etc.) en las que se sitúan los diferentes individuos. La conducta anormal, por tanto, se diferencia cuantitativamente de la normal, pero no cualitativamente (no es factible, pues, la etiquetación). La anormalidad, dice Eysenck (1983), no implica a personas que sufren de enfermedades mentales producidas por ≪causas≫ definidas; implica más bien el funcionamiento defectuoso de ciertos sistemas psicológicos (dimensiones).

5. Relevancia de los factores ambientales.

Así como el modelo biológico insiste en la causación orgánica (anomalías en el funcionamiento del sistema nervioso), y el modelo psicodinámico en la existencia de factores causales psicológicos subyacentes (traumas infantiles inconscientes, etc.), la perspectiva conductual considera que la causa de los trastornos comportamentales obedece a factores ambientales que se han ido condicionando a través de toda la experiencia del individuo (no únicamente por traumas durante la infancia).

Esta orientación ambientalista es extrema en el enfoque skinneriano.

6. Teoría científica.

La teoría conductual ha sido propuesta como una auténtica teoría científica. Ofrece una explicación parsimoniosa sobre las causas y el tratamiento de la conducta anormal, sus variables han sido definidas de forma objetiva y operacional, y las hipótesis pueden ser contrastadas empíricamente (pueden ser verificadas o rechazadas).

Por otra parte, las relaciones e hipótesis que establece la teoría han sido suficientemente probadas de forma experimental, así como también se ha demostrado la superior eficacia de la terapia basada en esta teoría, en comparación con otros tipos de terapia existentes hasta su aparición (por ejemplo, terapias farmacológicas, psicoterapias, etc.).

C. CRÍTICAS A LA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

Aun cuando parece tratarse de una teoría sobre el comportamiento anormal aparentemente perfecta, lo cierto es que pronto se evidenciaron algunas deficiencias, sobre todo en relación con los sectores más radicales. Por ejemplo, la asunción de que únicamente los factores ambientales son responsables de la conducta anormal se oponía a abundantes datos empíricos indicativos de que ciertos trastornos (como la esquizofrenia) presentaban determinado grado de transmisión hereditaria. Esta crítica. no obstante, no afectaba a todos los enfoques conductuales (recordemos que Eysenck, por ejemplo, siempre ha otorgado una gran importancia a los factores genéticos).

Un tipo de crítica más determinante es el que se ha centrado en el papel de las variables intermedias. Una focalización estricta en las consecuencias objetivamente verificables de los estímulos externos dejaría fuera del campo de estudio aspectos tan relevantes como el pensamiento o la experiencia subjetiva en general. En principio, parece lógico asumir que los sucesos externos poseen efectos diferenciales para los individuos en función de cómo éstos los perciben y evalúan (Lazarus y Folkman 1984), los procesan y los recuerdan. El ser humano no

es simplemente un conjunto de reflejos condicionados; también es capaz de pensar. Gran parte de lo que observamos, dice Beach (1974), en la conducta de los pacientes y mucho de lo que ellos dicen, parece abogar por un énfasis mayor sobre ≪cogniciones≫ que sobre su conducta manifiesta.

Por otra parte, si bien los cambios conductuales pueden originar cambios cognitivos, también parece ser cierto que hay muchos cambios conductuales inducidos por cambios en los procesos cognitivos. La conducta humana (tanto la normal como la anormal) resulta ser demasiado compleja como para poder ser explicada únicamente sobre la base de estímulos y respuestas.

Un problema que se ha observado es que la práctica de la modificación de conducta no suele aplicar lo que la teoría predica; por ejemplo, mientras que los defensores de la modificación de conducta tendían a rechazar los factores internos, a la hora de la práctica muchos hacían alusión a causas subyacentes (por ejemplo, la ansiedad como factor inductor de síntomas motores). Cuando el modelo conductual apenas llevaba poco más de media década de existencia, surge la primera gran crítica dentro de la propia perspectiva conductual por medio de la publicación de Breger y McGaugh (1965). En el fondo, la crítica de estos autores vino a reflejar las discrepancias teóricas existentes dentro de la entonces nueva teoría.

Aparte de otras críticas vertidas sobre la modificación de conducta, el artículo de Breger y McGaugh enfatiza la necesidad de una teoría que explique la conducta compleja que implica factores internos (cognitivos) no reductibles a relaciones de estímulo-respuesta (E-R). Los autores sugieren que la teoría E-R aporta una base irreal para la terapia de conducta, ya que los terapeutas deben emplear constructos no claramente definidos por la teoría, como la imaginación, la fantasía, etc. Llamar respuestas a estos constructos, dicen los autores, supone forzar la realidad para que concuerde con una teoría del aprendizaje. Breger y McGaugh propusieron como alternativa una ≪teoría de estrategia central≫.

En ella afirman que en la neurosis se aprenden una serie de estrategias centrales que guían la adaptación del individuo a su medio. Tal formulación, que fue duramente rechazada por algunos autores (como Rachman y Eysenck, 1966), fue aceptada parcialmente por otros (como Beach, 1974). A juicio de este último autor, la orientación cognitiva de Breger y McGaugh, sin que suponga un enfoque alternativo dentro de la teoría conductual de las neurosis, sí posee interés por enfatizar las deficiencias de los modelos más convencionales de la teoría del aprendizaje como explicaciones completas de la conducta anormal, obligándonos a buscar explicaciones que se sustenten en procesos del pensamiento.

Ya desde sus comienzos se observa que el modelo conductual no es un fenómeno uniforme. Algo semejante, diría Kazdin (1983, 1991), ocurre con la modificación de conducta.

Más bien parece tratarse de diversos enfoques conceptuales y metodológicos que valoran de forma diferente los conceptos mediacionales y las variables intervinientes. Sin embargo, la necesidad de incluir variables mediacionales o encubiertas parece insalvable (véase Pelechano, 1979). Aun asumiendo la existencia de planteamientos distantes, como el mediacional de autores como Mowrer o Eysenck, y el análisis experimental de la conducta de Skinner, la principal fuente de desestabilización del modelo conductual como algo monolítico ya fue apuntada por Breger y McGaugh: es la necesidad de incluir los procesos cognitivos como elementos esenciales del modelo. Los propios representantes del sector mediacional (por ejemplo Eysenck, 1979) son reacios a identificar los factores cognitivos como componentes centrales del modelo conductual del comportamiento anormal. Sin embargo, no pocos autores han hecho hincapié en la necesidad de incluir tal tipo de factores, ya que muchos trastornos psicológicos consisten, en sí mismos, en problemas cognitivos, tales como las obsesiones, las

interpretaciones inapropiadas de la realidad, los pensamientos ilógicos o los trastornos de la percepción (p. ej., las alucinaciones).

D. DIRECCIONES ACTUALES

Tal vez nos gustaría contar con un único enfoque conductual que fuese capaz de articular las bases psicopatológicas de los diferentes trastornos psicológicos. La realidad, no obstante, es algo diferente. Actualmente conviven varias orientaciones conductuales. Tres de ellas ocupan un lugar prominente:

l) la mediacional (clásica o clásica/operante);

2) la operante o análisis experimental de la conducta,

3) la conductual-cognitiva.

Las dos primeras se centran prioritariamente en facetas observables de la conducta (relaciones entre estímulos y respuestas), mientras que la tercera lo hace explícitamente en los procesos cognitivos (percepción e interpretación de los eventos externos e internos) y su interacción con el comportamiento. A veces, la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977) ha sido conceptuada como intermedia e integradora de las posiciones mediacional/operante y cognitiva (véase Franks, 1991), ya que considera como elementos centrales tanto las respuestas observables como los procesos cognitivos.

La explicación de la conducta anormal en términos del aprendizaje no puede considerarse como algo estático, ya que con el paso del tiempo ha experimentado continuas actualizaciones y reformulaciones. La teoría de la preparación Öhman, 1986; Seligman, 1971), la inclusión de la ley de incubación (véase Chorot, 1989; Eysenck, 1985; Sandín, Chorot y Fernández Trespalacios, 1989), la teoría pavloviana de expectativas del miedo (Reiss, 1980), la implicación psicopatológica del denominado ≪condicionamiento evaluativo ≫ (Levey y Martin, 1987), la reevaluación cognitiva del estímulo incondicionado (Davey, 1989), o la consideración específica de las diferencias individuales de vulnerabilidad (Eysenck, 1979), son ejemplos de mejoras o actualizaciones del modelo que, en algunos casos, conllevan además procesos de reconceptuación del mismo. En términos generales, el marco teórico y metodológico actual del modelo conductual, al menos en la vertiente que implica de algún modo al condicionamiento pavloviano, es entendido en términos más complejos y de menor rigidez, tal y como se desprende del moderno neo condicionamiento (véase Rachman, 1991).

La tendencia actual dominante en la perspectiva conductual es un reconocimiento creciente de la relevancia de los procesos cognitivos, relevancia que ha sido significada previamente por los propios teóricos del aprendizaje (por ejemplo, Mackintosh, 1983; Rescorla, 1988). El camino recorrido por el condicionamiento pavloviano es largo, y su rango y flexibilidad es muy superior al que se supuso en principio. El condicionamiento puede ocurrir incluso cuando los estímulos están separados en el espacio y en el tiempo; se puede producir condicionamiento no sólo a estímulos discretos, sino también a relaciones abstractas entre dos o más estímulos. El condicionamiento es un proceso altamente flexible y funcional (Rachman, 1991). Progresivamente se ha ido modificando en direcciones que le unen cada vez de forma más estrecha con la psicología cognitiva. Más que centrarse en asociaciones de contigüidad entre estímulos, enfatiza relaciones de información (por ejemplo, aprendizaje de relaciones entre eventos).

La asunción de que el condicionamiento pavloviano implica la presencia de factores cognitivos no es nueva en absoluto (también en el condicionamiento operante se han reconocido los fenómenos cognitivos, tal como ocurre, por ejemplo, en el concepto de ≪autocontrol≫). Recordemos que ya Tolman reconoció la importancia de la cognición en el aprendizaje al sugerir

que lo que se aprende son estrategias cognitivas; también Pavlov postuló el denominado segundo sistema de señales para referirse al condicionamiento semántico, esto es, al condicionamiento sin contacto directo con el estímulo incondicionado, o a lo que actualmente se entiende en términos de paradigmas E-E (asociaciones estímulo-estímulo) en lugar del clásico E-R (asociaciones estímulo-respuesta) (véase Rescorla y Wagner, 1972). Tampoco son nuevas las orientaciones teóricas conductuales sobre el comportamiento anormal que incluyen conceptos cognitivos diversos como elementos centrales de la misma (por ejemplo, Abramson, Seligman y Teasdale, 1978; Bandura, 1969; Breger y McGaugh, 1965; Reiss, 1980; Seligman y Johnston, 1973). No obstante, en el momento presente el modelo conductual atraviesa un estado de expansión cognitivista.

Esto no significa suponer un cambio de paradigma, ya que la base en la que se apoya, el neo condicionamiento, sirve como marco teórico apropiado para dar cuenta de las nuevas exigencias cognitivistas (inclusión de conceptos mediacionales cognitivos y privados, como expectativas, memoria, atención, imaginación, pensamientos, percepción, evaluación, etc.) (véase Rachman, 1991; Rescorla, 1988; Rescorla y Wagner, 1972). Como sugiere Rachman (1991), la nueva orientación del condicionamiento (el neo condicionamiento) no consiste en un mero ejercicio de descrédito de las explicaciones clásicas, sino que trata de integrar nuevos fenómenos que han sido descubiertos y que permiten, a su desde el mero aprendizaje asociativo. La simple contigüidad es insuficiente; la información es esencial (el condicionamiento implica aprender relaciones de información entre estímulos). Como diría Rescorla (1988), el condicionamiento pavloviano no es un proceso estúpido mediante el cual el organismo establece asociaciones ≪a la fuerza≫ entre estímulos que tienden a concurrir en el espacio y en el tiempo, sino que más bien es un buscador de información, que usa relaciones lógicas y perceptivas entre los eventos para formar una representación sofisticada del mundo.

El camino del modelo conductual hacia una ≪cognitivización≫ tiene el inconveniente de salirse de la vía metodológica original caracterizada por el objetivismo. Sin embargo, el rechazo de los fenómenos cognitivos, al más puro estilo watsoniano o skinneriano, conduciría a un modelo obsoleto incapaz de explicar los problemas psicológicos complejos. El hecho de que el modelo conductual se haga más cognitivo a medida que progresa en la misma dirección la propia teoría del aprendizaje, no significa otra cosa que seguir la tradición de la psicología científica. Sin embargo, cuando en lugar de asumir un cognitivismo metodológico existe una adhesión al cognitivismo epistemológico, el problema reviste notas diferentes ya que en cierto modo significaría un cierto cambio en el objeto de la propia psicopatología. Si bien actualmente aún no existe un claro acuerdo sobre esta cuestión, lo cierto es que algunos autores parecen adherirse a esta segunda alternativa, situando los procesos cognitivos como centro de los contenidos y funcionamiento de los procesos psicopatológicos.

Es necesario, por tanto, que veamos los aspectos más relevantes de la perspectiva cognitiva.