VII. MODELOS Y REALIDAD CLÍNICA

Como hemos señalado más atrás, las perspectivas teóricas sobre la conducta anormal son múltiples. Modelos y más modelos ha sido la tónica teórica dominante en psicopatología.

Modelos médicos, de estrés–coping, humanistas, existenciales, sociales, culturales, cognitivos, conductuales, etcétera. Da la impresión que cada variante de la psicología se ha permitido el lujo de formular ≪su propia psicopatología≫. Esta multiplicidad de enfoques en general ha servido más para crear confusión dentro de la psicopatología que para formar una idea coherente sobre el concepto de esta disciplina. En nuestro análisis hemos pretendido huir de esta tradición centrándonos únicamente en las tres perspectivas más relevantes en el momento presente, esto es, la conductual, la cognitiva y la fisiológica (médica). Algunos autores, no obstante, opinan que la conducta psicopatológica es algo tan complejo que difícilmente puede ser explicado con un solo modelo, sea éste cual sea.

Un primer problema que surge ante cualquier planteamiento teórico es que la realidad clínica no parece ajustarse muy bien a los modelos que le respaldan. Un claro ejemplo, por no poner otros más dramáticos, es lo que ocurre con la aplicación de la terapia de conducta. Como sabemos, en teoría este tipo de tratamiento debe basarse en la aplicación de los principios del modelo conductual. Sin embargo, la realidad es muy diferente; los terapeutas de conducta, como cualquier otro terapeuta, utilizan todos aquellos procedimientos que consideran de utilidad y tienden a ajustar la teoría a la práctica clínica, en lugar de hacerlo al revés. Tal vez el enorme distanciamiento entre la teoría y la práctica se debe a lo que Lazarus (1981) definía como eclecticismo técnico (citado por Franks, 1991); en línea con lo defendido por Lazarus, si bien un científico no debe ser un ecléctico, un clínico no debe o no puede permitirse el lujo de no ser ecléctico. Bien es cierto que la terapia de conducta no procede de un cuerpo homogéneo de doctrina, sino más bien de múltiples escuelas del pensamiento, de sistemas filosóficos y teóricos diversos e incluso de metodologías contrapuestas (Franks, 1991). No obstante, esto no justifica la extravagante proliferación de métodos diferentes, a veces contradictorios, de terapia de conducta que se practican en la actualidad, muchas veces sin base teórica alguna. Tal vez por esta razón, algunos autores como Franks (1991) reconocen cosas como las siguientes:

Parecería que hubiéramos entrado en un dique seco en lo que a la innovación teórica se refiere, incluso aunque sigan ocurriendo avances tecnológicos. El comienzo de la cuarta década de la terapia de conducta trae consigo desarrollos alentadores. En primer lugar se encuentra el progresivo interés en una vuelta a nuestras bases teóricas y conceptuales. Hasta ahora, quizá porque los reforzadores del éxito profesional son más potentes que los que conlleva el progreso del conocimiento, la mayoría de los terapeutas de conducta se encuentran intelectual y emocionalmente comprometidos con el aspecto profesional (p. 23).

En la actualidad se habla de orientaciones conductuales (más o menos radicales) y cognitivas como paradigmas diferenciales.

Muchos autores, no obstante, asumen que todas las técnicas de terapia de conducta utilizan en mayor o menor medida los fenómenos cognitivos; o dicho en otros términos, que toda terapia de conducta es simultáneamente conductual y cognitiva. Muchos autores que se definen a sí mismos como cognitivistas emplean en mayor o menor grado procedimientos comportamentales. Vemos, por tanto, que la realidad con que se aplica la psicopatología, esto es, la psicología clínica, no se ajusta a un modelo teórico concreto, diferenciado y más o menos coherente.

Un primer acercamiento crítico a esta problemática podría basarse en la necesidad de una aproximación multidisciplinar en lo que concierne a los problemas psicopatológicos.

A este respecto, tal vez tengan razón autores como Willerman y Cohen (1990) cuando afirman

que cada modelo teórico de la psicopatología en realidad es un conjunto de enunciados que explican algunos pero no todos los aspectos de lo psicopatológico. Usar un solo modelo para explicar la conducta anormal —dicen estos autores—es como tratar de explicar un cilindro basándose únicamente en una de las sombras que puede proyectar. Cuando la luz se envía desde un extremo del cilindro, la sombra que éste proyecta es circular. Cuando la luz se arroja desde un lado del cilindro, éste proyecta una sombra rectangular. Cualquier inferencia sobre la naturaleza del cilindro basada en un tipo de sombra proyectada es sólo parcialmente correcta. Claramente, la naturaleza cilíndrica del objeto es algo más que su aspecto circular o rectangular, e incluso más que la suma de los dos.

En conclusión, si damos por válido el símil del cilindro, cabría decir que ningún modelo particular de psicopatología captura todas las formas de las psicopatologías humanas.

Tal vez la necesidad de una aproximación multidisciplinar sea más metodológica que epistemológica. Prácticamente todos los manuales de psicopatología describen una serie de modelos o perspectivas teóricas más o menos irreconciliables.

Cuando se aboga, cosa que es frecuente, por la necesidad de un enfoque multidisciplinario para abordar los problemas psicopatológicos, no suele quedar claro qué se pretende con ello, lo cual tiende a incrementar la propia confusión del lector. Puede significar que cualquier modelo de psicopatología debe incluir variables de análisis menos propias, es decir, más características de otros modelos. Por ejemplo, el modelo conductual debe considerar —aparte de estímulos y respuestas— variables cognitivas (atención, memoria, imaginación, etc.) y fisiológicas (herencia, actividad neuroendocrina, etc.); esto es, variables propias del modelo cognitivo y del modelo biomédico, respectivamente. En la actualidad, tanto los psicopatólogos conductuales como los cognitivos emplean frecuentemente y sin sonrojo en investigación el sistema categorial vigente de clasificación y diagnóstico de la American Psychiatric Association (APA). Bien es cierto que este sistema dista mucho de sus primeras ediciones (actualmente participan en su elaboración psicólogos, y los criterios de diagnóstico se establecen fundamentalmente sobre la base de conductas observables directa o indirectamente, es estrictamente descriptivo y no implica asunciones teóricas); sin embargo, también es cierto que este sistema es fruto principalmente del modelo médico.

Esto no plantearía problemas graves al modelo teórico, ni implicaría consideraciones adicionales aparte de las propiamente metodológicas. Los cognitivistas, por ejemplo, conceden gran importancia a los factores neurológicos y a la simulación por ordenador. Los conductistas, salvo algunos sectores, siempre han reconocido y asimilado la relevancia de los factores fisiológicos (véase, por ejemplo, la historia del aprendizaje pavloviano). El problema surge cuando se trata de hacer una aproximación multidisciplinaria epistemológica de sistemas teóricos irreconciliables. En este caso, tal vez no sería aceptable afirmar que todos los modelos son igualmente válidos.

Esta última cuestión, al aplicarla a la psicopatología, presenta un problema particularmente delicado a la luz del desarrollo científico actual. Desde el punto de vista psicológico, la cuestión se centra en la aparente incompatibilidad entre los dos principales modelos de la psicopatología, esto es, el conductual y el cognitivo. Si bien desde ciertos sectores se aboga por dos paradigmas diferenciales, lo cierto es que, al menos en psicopatología, esto no parece ser tan claro.

A nuestro juicio, tal separación parece reflejar más bien equipos de trabajo metodológicamente diferentes, en lugar de dos sistemas científicos diferentes con objeto, explicación, descripción y predicciones psicopatológicas independientes.

¿Supone realmente en psicopatología la denominada ≪revolución cognitiva≫ un cambio de paradigma, o únicamente una reconsideración metodológica dentro de la psicología conductual actual? Lo cierto es que no pocos autores consideran lo segundo como más apropiado (véanse Davey, 1987; Rescorla, 1988; Zinbarg, 1993).

La historia reciente parece decirnos que en estos últimos años hemos pasado de un extremo al otro; de posiciones E–R más o menos radicales a enfoques cognitivos más o menos radicales. Un error que se ha estado cometiendo es que las críticas dirigidas al conductismo radical se han tomado como críticas al modelo conductual como un todo (incluido el conductismo metodológico). Si la ≪revolución cognitiva ≫ consiste, como parece ser, en introducir el uso de variables intervinientes teóricas tales como el pensamiento, más que un cambio de paradigma, en realidad es un retorno al conductismo metodológico (si quien hace el cambio es un psicólogo conductual), es un retorno al Tolman de hace más de 50 años (Maltzman, 1987). Como afirma este autor, un psicólogo cognitivista puede ser conductista o mentalista, todo depende del estatus de los términos ≪intencionales≫ dentro de su psicología, que sean trasladados en términos conductuales o no. En el primer caso se trata de un conductismo de corte cognitivo (algunos lo denominan conductual cognitivo); en el último caso es una psicología cognitiva centrada en la conciencia. Lo característico del modelo conductual es explicar la conducta en cuestión; para ello se vale tanto de eventos observables como de conceptos teóricos no observables directamente (cogniciones, atención, genética, neurotransmisores, etc.). La revolución de Watson consistió en trasladar el objeto de la psicología de la mente a la conducta. La revolución cognitiva hace lo contrario, volver a los contenidos de la mente como finalidad (por ejemplo, cómo trabaja la mente). Sin embargo, un problema referido por Maltzman (1987) es que, mientras que un psicólogo mentalista tiende a inferir procesos mentales a partir de la conducta del individuo, un psicólogo conductual define tales procesos en términos conductuales (conducta prepositiva, conducta de expectativa, etc.; lo que interesa es explicar la conducta definida con estos términos). El psicólogo mentalista —indica este autor— suele usar los términos intencionales sin definirlos previamente.

Como hemos indicado en el apartado anterior, existe actualmente un importante cuerpo de evidencia científica en psicopatología que en principio podría englobarse en lo que hemos denominado modelo cognitivo. Sin embargo, una de las principales dificultades con que nos encontramos en el momento presente para asumir que este modelo de psicopatología tiene un estatus científico claramente diferente del conductual es el gran solapamiento conceptual que existe entre ambos; en concreto entre los conceptos de cognición y condicionamiento. Así mismo, el socorrido recurso a la etiquetación ≪conductual-cognitivo≫ contiene información redundante (Zinbarg, 1993). Muchas de las teorías psicopatológicas que se han propuesto como cognitivas son igualmente conductuales, o al menos incluyen conceptos conductuales fundamentales (por ejemplo, Bandura, 1969, 1977; Lang, 1985). Existe, igualmente, una inextricable interrelación entre los procesos conductuales y los denominados cognitivos. Por ejemplo, existe evidencia que demuestra que uno de los principales procedimientos empleados en terapia de conducta, esto es, la exposición, induce cambios conductuales dramáticos, mediados éstos por mecanismos del procesamiento de la información (véase Lang, 1985).

Otro ejemplo diferente: tan cierto como que las cogniciones y la evaluación cognitiva afectan al condicionamiento, lo es que el condicionamiento genera cogniciones que, a su vez, afectan al curso del condicionamiento (véase Davey, 1987). Los avances recientes en la teoría del condicionamiento, particularmente el condicionamiento pavloviano, podrían aportar una estructura teórica coherente para integrar los enfoques conductual y cognitivo.

Como ya hemos resaltado anteriormente, el condicionamiento pavloviano (neo condicionamiento) se entiende actualmente en términos de procesamiento de la información (Rescorla, 1988; Rescorla y Wagner, 1972; Zinbarg, 1993).

Por ejemplo, el modelo SOP (Standard Operating Procedures) de Wagner (1981) enfatiza los mecanismos estándar de operación de la memoria a corto plazo, y la representación cognitiva de los estímulos como unidades de información (EC y EI).

Esta idea de que el estímulo conlleva información que es procesada está en línea con el desarrollo de los recientes modelos de condicionamiento definidos en términos E-E en lugar de E-R (Rescorla, 1988); una aplicación de estos modelos en psicopatología es, por ejemplo, el concepto de ≪expectativa de ansiedad≫. Tales re-conceptuaciones también han sido aplicadas al condicionamiento operante (conductas dirigidas a metas).

A veces se han separado los procesos del condicionamiento y los cognitivos sobre la base de conceptos como no consciente y consciente, automático y controlado, involuntario y voluntario, etc. Sin embargo, este tipo de diferencias no sólo han resultado inútiles en este sentido, sino sobre todo irreales (Rapee, 1991). Ni el condicionamiento se limita a lo involuntario, inconsciente y automático, ni lo cognitivo a lo consciente, controlado y voluntario. Este autor concluye que los términos cognición y condicionamiento no están bien definidos y generalmente se refieren a fenómenos altamente solapados que incluyen tanto los procesos automáticos como los que implican esfuerzo. Tal vez, como sugiere Rapee, no sea muy productivo ni científicamente válido establecer tal dicotomía. Por usar erróneamente tales conceptos, actualmente se está produciendo un enorme e in necesario debate donde muchas veces se confunden los procesos con los procedimientos. Sabemos desde hace bastantes años, por ejemplo, que las fobias pueden adquirirse, aparte de por condicionamiento directo, por aprendizaje vicario. La adquisición de una fobia por este procedimiento, ¿es condicionada (no requiere la verbalización) o es cognitiva (no requiere la experiencia directa)? Las señales interoceptivas de miedo en los ataques de pánico, ¿son condicionadas o son cognitivas? (ambos aspectos han sido señalados). Nos gustaría terminar este apartado con las siguientes palabras de Rapee (1991):

≪Los términos cognitivo y condicionado han sido utilizados durante muchos años con un sentido eminentemente político.

Mientras que las connotaciones políticas pueden tener un papel en algunas esferas, presumiblemente éste no es el caso en la escena científica. La investigación conductual (tal como la naturaleza de la formación de asociaciones) tiene mucho que ofrecer al conocimiento futuro de la psicopatología. Ciertamente, si abandonamos las inclinaciones políticas respecto al condicionamiento versus cognición y utilizamos orientaciones (E-E) más contemporáneas, entonces ciertos fenómenos psicopatológicos pueden comenzar a ser comprendidos desde la perspectiva del condicionamiento.

Es probable que la futura investigación conductual pueda avanzar nuestro conocimiento sobre la psicopatología una vez que sea adoptado un marco de referencia menos emocional.

Esperemos, y esto lo decimos nosotros, que en los próximos años se perfile con mayor precisión el estatus y alcance científico que corresponde a cada una de estas perspectivas teóricas de la psicopatología, así como también sus legítimas propiedades e incompatibilidades≫ (pp. 200-201).

VIII. RESUMEN DE ASPECTOS FUNDAMENTALES

El primer problema que se plantea en la psicopatología como ciencia es la definición de su propio campo de estudio.

En términos generales se asume que es el estudio de la conducta anormal. Por ello, el paso previo es definir lo que se entiende por anormal. Sobre este aspecto aún no existe un acuerdo unitario, ya que siguen coexistiendo múltiples criterios de anormalidad, tales como el estadístico, el social, el subjetivo y el biológico. Entre las razones que justifican tal diversidad de criterios se encuentran la propia indeterminación histórico-conceptual de la psicopatología y la relatividad de los propios criterios (según el momento histórico y el contexto sociocultural).

Si bien sería deseable un único criterio de anormalidad, lo cierto es que analizando los anteriormente mencionados parece desprenderse la necesidad de todos ellos. Ninguno por separado resulta suficiente para tomarlo como punto de referencia para la determinación del objeto de la psicopatología.

Así, por ejemplo, el criterio subjetivo puede ser apropiado para delimitar un trastorno de ansiedad, pero desde luego inadecuado para el diagnóstico de un cuadro de esquizofrenia. Un aspecto adicional de suma relevancia futura en psicopatología es la necesidad de considerar no sólo lo negativo, es decir, la anormalidad o enfermedad, sino también la faceta positiva, la salud, la cual no es únicamente ausencia de trastorno, sino también presencia de bienestar.

Los diversos criterios de anormalidad se han venido plasmando de forma más o menos consistente en modelos generales que tratan de dar cuenta sobre los diferentes problemas que plantea la psicopatología. No todos los modelos revisten el mismo grado de cientificidad, coherencia y poder predictivo y explicativo sobre la conducta anormal. Hemos hecho hincapié en tres de estos modelos por su particular relevancia actual: el biomédico (biológico), el conductual y el cognitivo.

Los defensores del modelo biológico entienden el comportamiento anormal como una enfermedad producida por el funcionamiento patológico de alguna parte del organismo.

Se presupone que la alteración del cerebro (orgánica o funcional), o en última instancia del SNC, es la causa primaria de la conducta anormal. Los clínicos han distinguido tradicionalmente los trastornos mentales orgánicos de los trastornos mentales funcionales, que son patrones de conducta anormales sin claros indicios de alteraciones orgánicas cerebrales.

Se ha puesto de relieve la frecuencia con que ocurren los trastornos mentales entre parientes biológicos. Desde este modelo se plantea que si un determinado trastorno ocurre con una relativa frecuencia en una familia en relación a la población general, quizá es porque alguno de los miembros de esa familia ha heredado una predisposición genética a padecerlo.

No obstante, el modelo biológico adolece de diversos problemas y limitaciones. En su ambición explicativa más extrema parece hipotetizar que toda la conducta humana se explica en términos biológicos y por tanto puede ser tratada con técnicas biológicas. Este reduccionismo puede limitar más que potenciar nuestro conocimiento del comportamiento anormal. Aunque es cierto que los procesos biológicos afectan a nuestros pensamientos y emociones, también lo es que ellos mismos están influenciados por variables psicológicas y sociales. Nuestra vida mental es una interacción de factores biológicos y no biológicos (psicológicos, sociales, culturales, ambientales, etc.), por lo que es más relevante explicar esa interacción que centrarse exclusivamente en las variables biológicas.

El modelo conductual surgió a comienzos de la década de los sesenta como una reacción a las inadecuaciones del modelo médico, a los planteamientos especulativos, subjetivos e intuitivos de la época, y como un intento de aplicar los principios de la psicología experimental al campo

del comportamiento anormal. El modelo conductual se formula de forma prioritaria en relación con los trastornos neuróticos, y sus principios fundamentales son la objetividad y el aprendizaje de los trastornos del comportamiento (principios del condicionamiento clásico y operante). Entiende los problemas psicopatológicos como conductas desadaptativas aprendidas a través de la historia del individuo (importancia del ambiente). Rechaza el concepto de enfermedad por considerar que, aunque puede ser apropiado para las enfermedades físicas, no se ajusta a los problemas de conducta.

El modelo ha sido criticado por ser excesivamente reduccionista (limitarse a relaciones entre estímulos y respuestas) y ser excesivamente ambientalista. Estas críticas, no obstante, sólo son válidas en relación con las versiones radicales del modelo (orientación skinneriana), ya que el conductismo metodológico asume diversas formas de variables subjetivas y no observables directamente (cogniciones, atención, imaginación, imitación, etc.). En particular, los enfoques modernos, tales como los basados en el neo condicionamiento pavloviano, permiten un acercamiento más complejo y realista sobre la conducta anormal, ya que entienden el aprendizaje en términos del procesamiento de la información y no únicamente en términos de relaciones de contigüidad entre los estímulos y las respuestas. Así mismo, las asociaciones según esta forma de aprendizaje son asociaciones del tipo E–E, y no únicamente del tipo E–R. Se incluyen, por tanto, las variables cognitivas como elementos metodológicos y conceptuales del aprendizaje implicado en el desarrollo de la conducta anormal.

El modelo conductual cumple los requisitos de una teoría científica. Sus hipótesis han sido probadas experimentalmente, y como tal el modelo ha servido para explicar y predecir eficazmente la conducta desadaptada. La aplicación de los principios del modelo conductual, mediante la denominada terapia de conducta, ha resultado ser superior a otros procedimientos de intervención terapéutica conocidos.

En la actualidad, el modelo evoluciona hacia una mayor consideración de los componentes cognitivos relacionados con la conducta anormal.

Otro de los grandes modelos o perspectivas de la psicopatología, cuyo desarrollo se ha producido en épocas más recientes que los dos anteriores, es el modelo cognitivo. La perspectiva cognitiva de la psicopatología se basa en el desarrollo de la propia psicología cognitiva. Las fuentes de la psicología cognitiva son más dispersas y heterogéneas que las correspondientes a la psicología conductual. Al menos debemos tener en cuenta los siguientes antecedentes recientes de la psicología cognitiva:

1) Teoría del procesamiento de la información; desde esta línea ha influido de forma decisiva el desarrollo de las ciencias de la computación y, a su vez, la simulación del procesamiento de la información del cerebro humano a partir del funcionamiento del ordenador (se trata de estudiar los fenómenos mentales a partir de procedimientos externos de simulación).

2) Psicología de la Gestalt y psicología social cognitiva; conceptos esenciales como los de expectativa, atribución, valores, creencias, etc., se desarrollan a partir de estos movimientos teóricos.

3) Psicología de la personalidad (por ejemplo, teoría sobre los constructos personales de Kelly).

Y 4) Psicología de las emociones (Schachter y otros). Todas estas fuentes, cada una a su modo, han influido y están influyendo de forma semejante en la psicopatología cognitiva. Así, mientras que la teoría del procesamiento de la información se ha aplicado más a los procesos y estructuras mentales, la influencia de la psicología social ha sido en general más patente sobre los contenidos mentales.

La psicología cognitiva ha delimitado algunos conceptos básicos relacionados principalmente

con el procesamiento de la información. La consideración teórica, así como su operativización experimental, de muchos de estos principios ha resultado ser de enorme interés en la investigación de los problemas psicopatológicos. Así, por ejemplo, es precisa y útil la delimitación del procesamiento automático en contra posición a controlado, o la separación entre procesamiento secuencial y procesamiento en paralelo, amén de la consideración de otros conceptos como las jerarquías de control o las contingencias en el procesamiento.

La psicopatología cognitiva, o perspectiva cognitiva de la psicopatología, al igual que la propia psicología cognitiva, es algo heterogéneo que se caracteriza por una multiplicidad de contenidos y opciones, lo cual hace difícil su consideración como un paradigma o modelo unitario. No obstante, el enfoque cognitivo de la psicopatología maneja ciertos conceptos que lo identifican. En principio, su objeto de estudio, más que centrarse en la conducta lo hace en los fenómenos mentales. Es, en cierto modo, una vuelta a la introspección y a la conciencia (aunque también se interesa por el procesamiento automático), si bien con una metodología y unos marcos teóricos de referencia notablemente mejorados.

A partir del análisis de los diferentes modelos de la psicopatología se podría concluir la importancia que reviste un acercamiento metodológico multidisciplinar. Cada uno de los tres modelos (biológico, conductual y cognitivo) tiende a enfatizar un aspecto de la problemática psicopatológica (mecanismos fisiológicos, conducta y procesos mentales, respectivamente). A veces se ha sugerido la necesidad de contemplar las aportaciones de los diferentes enfoques teóricos, en lugar de encerrarse en una sola orientación, en orden a poder abordar las distintas facetas que implica la psicopatología.

Por otra parte, se ha indicado también la posibilidad de que ciertos modelos sean más apropiados para determinados trastornos; por ejemplo, el modelo conductual para la conducta neurótica, el modelo cognitivo para los fenómenos mentales (alucinaciones, obsesiones, etc.), y el biológico para los trastornos neuropsicológicos (demencias, esquizofrenia, etc.). El futuro decidirá, no obstante, sobre la validez y utilidad de estas u otras formas de eclecticismo, así como de su coherencia epistemológica.

.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Belloch, A., Bonifacio, S., & Francisco, R. (2008). Manual de psicopatología.