



UNIVERSIDAD
DE GRANADA

Departamento de Psicología

INTRODUCCION AL ESTUDIO DE LA CONDUCTA ANORMAL: DEFINIENDO ANORMALIDAD*.

Jesús Gil Roales-Nieto.
Universidad de Granada
1981

Resumen

El estudio de la conducta anormal ha estado tradicionalmente apartado de los criterios científicos, lo que se refleja, en primer lugar, en la definición de anormalidad o conducta anormal que las diferentes corrientes han establecido a través de los tiempos. Ofrecemos una alternativa de definición que pretende vincular el estudio de la conducta anormal a la metodología científica, y que se fundamenta en criterios conductuales y sociales.

Uno de los mayores retos que se ofrecen hoy al psicólogo científico interesado en una perspectiva clínica, es el estudio y comprensión de los trastornos o alteraciones de la conducta humana. Existen personas cuya conducta entendemos por "rara", que sufren o hacen sufrir a otros como consecuencia de comportamientos que no "pueden evitar", o cuyos limitados repertorios les impiden una interacción autónoma con su medio. Otras atentan contra su propia vida, y podríamos seguir mencionando multitud de ejemplos más. Todas estas personas conforman el conglomerado colectivo que, tradicionalmente, viene siendo denominado como "enfermos mentales", y de cuyo tratamiento y estudio se ha ocupado en los últimos siglos la medicina. Sólo recientemente parece que la psicología ha reconocido lo que no es sino uno de sus genuinos campos de trabajo, y se apresta a su estudio científico (Kazdin 1975; Krasner y Ullmann 1965; Maher 1966; Yates 1970).

* Versión reformada en 1986 de la original de 1981.

En el caso de las enfermedades corporales, el papel del médico resulta relativamente fácil en su esencia. Si algo falla en un organismo se trata fundamentalmente de localizar su causa a través de las señales y síntomas que se manifiestan en el proceso de la enfermedad. Habrá algún órgano, parte de órgano, o función que se encuentren alterados por la invasión de algún microorganismo, por la acción de sustancias ajenas, o por una lesión o fallo estructural. En definitiva, es cuestión de tiempo y esfuerzo investigador, ya que como C. Bernard indicaba "la Medicina comienza necesariamente por la clínica, puesto que ésta es la que determina y define el objeto de la Medicina, es decir, el problema médico; pero no por ser el primer estudio del médico es la clínica la base de la Medicina científica" (1975, edic. española, p.165). Lo mismo puede ser afirmado para la Psicopatología.

La Medicina contó pronto con auxiliares eficaces, tales como la Fisiología, y los avances de la Física, la Química y la Biología, que le permitieron un conocimiento adecuado del funcionamiento y estructura normal del organismo humano. La patología se obtiene por comparación a este funcionamiento y estructura normales. Para el psicólogo el camino no ha sido, ni es, tan sencillo. Si una persona sale a la calle desnuda, grita continua y desaforadamente y ataca a los transeúntes que encuentra a su paso ¿por qué lo hace?; si otra habla a veces de manera ininteligible, a veces correctamente, manifiesta ser perseguido por extraños y diminutos hombrecillos, u otra cree ser la reencarnación de un rey medieval, que su cuerpo es de cristal, o tiene miedo atroz a los espacios cerrados ¿por qué lo hacen? ¿Están enfermos? ¿Qué órgano de su cuerpo está mal o funciona mal? ¿El cerebro acaso? ¿Quiere esto decir que lo que hacen y dicen no son sino síntomas de alguna enfermedad que padecen, probablemente de su cerebro?

Síntoma es la manifestación externa de algo subyacente que lo motiva, su *causa* o *etiología*. En las enfermedades orgánicas con frecuencia esta relación es clara; la fiebre es un síntoma de una alteración subyacente que la causa, en sí misma no es importante, lo es en cuanto señal de que algo va mal. El dolor es otro de los síntomas universales. Pero en lo referente al comportamiento de un individuo, esta relación síntoma-etiología o causa, esta relación no está tan clara. Las conductas, extrañas conductas, anteriores ¿de qué son síntomas? La extrapolación del modelo de enfermedad a los llamados *trastornos mentales* se produjo por algo ajeno a su propia naturaleza. Se produjo

por el hecho de ser la profesión médica la primera que abordó disciplinadamente el problema de la conducta anormal, y por el hecho de no contar con otro paradigma "científico" que el de enfermedad, en el momento histórico en que tal circunstancia tuvo lugar. En la medida que la atención a los sujetos que manifestaban tal tipo de conductas, provino de un contexto médico, fueron aplicados a sus problemas la terminología y los principios médicos (Szasz, 1960). De esta forma, las conductas alteradas sólo se consideran síntomas de una causa o patología interna, cuya naturaleza se presupone orgánica y/o (con el advenimiento del psicoanálisis) psíquica. Los médicos (psiquiatras) y psicólogos interesados en la conducta anormal así lo han creído durante décadas, y así lo continúan creyendo una buena parte de ellos. Lo que una persona hace o dice es producto de su mente, aparato psíquico, alma, procesos mentales o similar, de forma que si lo que hace o dice es "anormal" será un síntoma de que algo va mal en su interior, de que está mentalmente enfermo.

La historia nos muestra como en cada época los estudiosos han ideado la causa interna de la conducta que su ambiente sociocultural les moldeó, por ello es importante conocer el origen de los conceptos que hoy utilizamos en psicopatología con tanta soltura y desparpajo que fácilmente confundimos su nivel descriptivo con un supuesto nivel explicativo.

La psicología que estudia las alteraciones de la conducta desde una perspectiva científico-natural no mantiene ya postulados como los anteriormente expuestos, y no opina en la misma forma respecto a la supuesta naturaleza meramente sintomatológica de la conducta. Desde este punto de vista, la conducta es el producto de la interacción de un organismo con su medio ambiente (exterior e interior), y en la búsqueda de sus orígenes las contingencias adquieren un papel relevante, a la vez que lo hacen otros aspectos de la interacción, como es el caso de los antecedentes. La conducta anormal no se supone cualitativamente diferente de la normal, esto es, no hay diferencias en cuanto a su naturaleza (Ullmann y Krasner 1975).

VARIABLES tales como la historia previa, el contexto social presente, el ambiente familiar, laboral, etcétera, han pasado a ser consideradas como las claves para la explicación de la conducta anormal de un individuo; sustituyendo así a los "motivos", "tendencias", "conflictos

intrapsíquicos", "rasgos de personalidad" y constructos semejantes. Que denominemos a una conducta normal o anormal, es algo que va a depender más de lo que tradicionalmente se ha considerado de una serie de circunstancias que nada tienen que ver con la presunción de una diferencia de cualidad entre las mismas (Ullmann y Krasner, 1975). En qué casos será aplicable la calificación de anormalidad, y por qué razones lo es, es la cuestión a discernir.

DEFINICION Y EXPLICACIONES DE LA ANORMALIDAD

Se han intentado un buen número de definiciones de anormalidad desde todos los puntos de vista y reflejando diversas posiciones epistemológicas. Una definición, por ejemplo, usada todavía por los psicólogos implica la simple utilización de un criterio estadístico en la delimitación de la anormalidad. Lo anormal sería, así, lo raro, lo poco frecuente. Así pues, la conducta anormal será aquél tipo de comportamientos raros y poco frecuentes que suponen una desviación de la media "normal" de la población. Tal definición, no obstante, resulta a todas luces insatisfactoria e insuficiente. Y ello es así porque tan raro y poco frecuente resulta que un individuo realice un importante descubrimiento científico, como que emita alguno de los comportamientos más arriba mencionados. Item más, resulta realmente más raro el primer caso que el segundo. Sin embargo a la primera "rareza" le denominamos ingenio y a la segunda locura, convertimos en modelo a imitar al primer individuo, y encerramos en centros de tratamiento al segundo.

Un simple criterio estadístico como definición de anormalidad es, pues, rechazable ya que no nos informa acerca de la "cualificación social" de la conducta anormal o rara (esto es, de las consecuencias que se van a seguir en uno u otro caso), así como tampoco informa en absoluto

acerca de las variables relacionadas con su aparición y eventual desaparición.

Otro tipo de definición implica la consideración de la conducta anormal como una *desviación* de las normas sociales de una comunidad dada, en un sentido negativo de *desadaptación*. En este nuevo caso, serían los usos y contumbres de una comunidad los principales determinantes que dictarían la definición específica de anormalidad. Este punto de vista resulta descriptivamente cierto en la realidad, pero continua sin informarnos sobre la posible naturaleza de la conducta anormal; esto es, se trata de un punto de vista que nos informa sobre *cuando* un comportamiento puede ser considerado anormal, pero no nos informa de *por qué razones* lo será, ni tampoco cómo surgió y como puede ser eliminado. Empero por lo muy recomendable que resulta su planteamiento global, retomaremos esta definición de nuevo cuando finalmente intentemos encontrar una definición de anormalidad lo más comprehensiva posible.

El enfoque predominante, sin embargo, es el que entiende la anormalidad como *enfermedad mental*. En forma muy resumida, y por tanto notablemente imperfecta, podemos señalar que este punto de vista se remonta poco menos que a la antigüedad clásica. La creencia de que el ser humano posee un cuerpo y una mente (miméticamente transformada en alma, conciencia, conocimiento, intelecto..., a lo largo de los siglos) se encuentra a la base de esta posición. En igual manera que el cuerpo, la mente podría enfermar, manifestándose sus alteraciones en forma de *de-mentias*. Las razones de este enfermar giraron en torno a posiciones psicogenéticas (espiritualistas, sobrenaturales, psíquicas) o a posiciones somatogenéticas (humores, cerebro...), alternando las predominancias de una u otra con épocas de convivencia intermedia.

Desde este punto de vista, en cuanto que la conducta es dictada y gobernada por la mente, una conducta anormal

sólo podría estar causada por una mente alterada o "enferma". El concepto de enfermedad mental nació como un resumen de dos palabras, como una forma de reunir en un concepto una serie más o menos larga de hechos, como una forma de referirse a conductas -cosas que el individuo hacía o decía. Pero no nació, en cada caso donde fue aplicado, porque alguien hubiera visto ni comprobado la supuesta enfermedad de la tal mente.

El daño más grave se ha consumado cuando tal concepto, a través de un razonamiento circular, ha pasado a convertirse en algo más que un término con simple validez descriptiva, olvidando por completo como fue su génesis. La prueba de tan estupenda metamorfosis es relativamente sencilla. Bastaría con interrogar tanto a profanos como a profesionales por que razones determinada persona es tan agresiva, o intenta suicidarse, o no se cuida y pone en peligro su vida, o dice ver cosas que no existen. Invariablemente oiríamos una respuesta similar: "es un enfermo mental", su mente está enferma, padece una enfermedad mental que le hace comportarse así. En esta sencilla manera, algo que sólo servía para **describir**, nos sirve ahora para **explicar**. De etiqueta se convierte en causa. Es decir, acordamos otorgar el nombre genérico de enfermo mental -y el apellido concreto de "depresivo"-, a una persona que ha intentado quitarse la vida sucesivas veces, que se niega a cuidarse y alimentarse y que no habla con nadie; hasta aquí haciendo esto simplemente hemos "resumido" un grupo de eventos observables y medibles en una etiqueta, en un nombre que nos permite describir las conductas de una persona. Bien, si posteriormente -y esta es la trampa conceptual-, al interrogarnos sobre las razones de tales comportamientos, sobre las causas por las que alguien las manifiesta, nuestra respuesta es del tipo "desea suicidarse **porque** está deprimido", "no se cuida o no habla con nadie **porque** tiene una depresión", estaremos

inventando entidades causales donde sólo las había descriptivas.

Si una persona desea suicidarse podemos decir que es un enfermo mental, o bien que está deprimido, o que tiene ideas suicidas causadas por su depresión, pero nada de esto son causas de su comportamiento, nada de esto puede **explicar por qué** realiza tal acción.

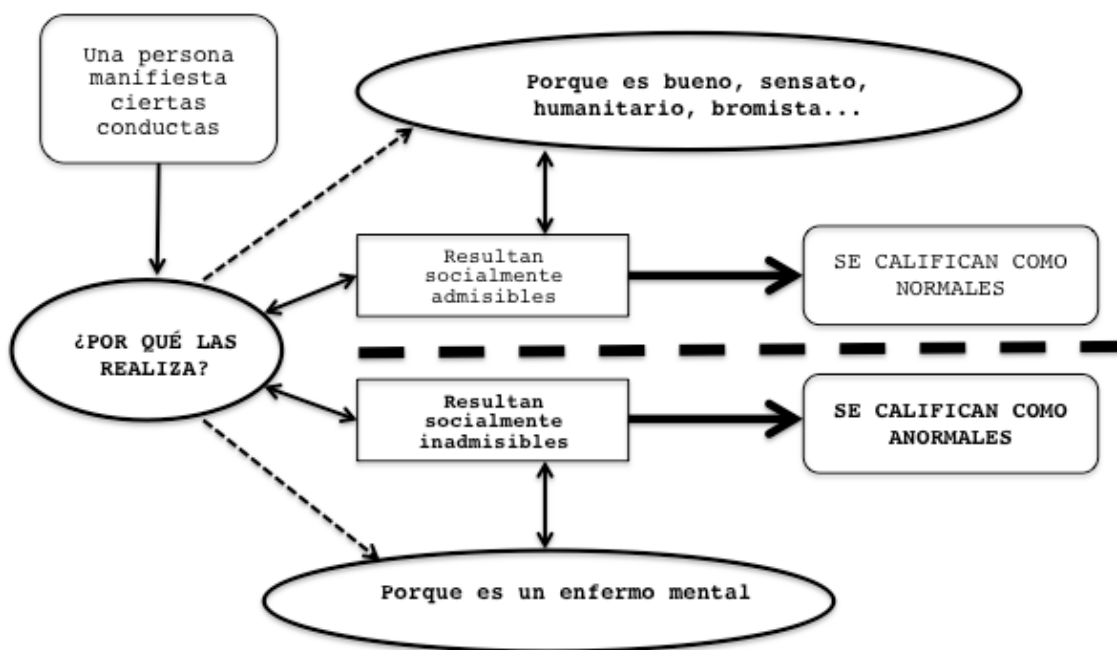


Figura 1. Esquema del proceso de adscripción de causalidad.

Tal forma de proceder resulta un falacia con serias consecuencias a nivel práctico. Los hechos se explican mediante el mismo nombre con el que fueron designados. De esta forma, una enfermedad mental no se demuestra como un estado, ni como algo interior o exterior al individuo que la "sufre", se trata de una etiqueta que describe ciertas formas de proceder a las cuales no se encuentra explicación racional alguna, tal como aparece en la figura 1, y para ser justos sólo así debe ser considerada.

Ante esto, es obligado para la psicología que pretende ser científica encontrar una alternativa definicional que evite estas *explicaciones por el nombre*, y trate de considerar en la definición las verdaderas causas de la conducta anormal. Para ello, un principio básico sostiene que lo importante son los hechos en sí, la conducta, y no los nombres que a ellas se le otorguen. Lo importante es lo que una persona **hace** y las **circunstancias** en las que lo

hace, y no nuestra interpretación circular acerca del fenómeno.

Sediento, agresivo, esquizofrénico, delincuente sólo son etiquetas que ponemos a las personas por las cosas que hacen y/o dicen; esto es, por su conducta manifiesta. Beber, hacer daño a otros, robar, hablar con seres que no existen o ver cosas que nadie más ve, son de hecho **conductas**, y en el momento de interrogarse acerca de sus causas hemos de evitar la circularidad de acudir a nuestra propia etiqueta inventada.

UNA ALTERNATIVA A LA DEFINICION DE ANORMALIDAD

Partiendo desde una perspectiva muy diferente al tipo de razonamiento antes descrito, la psicopatología científico-natural intenta ofrecer una definición alternativa de anormalidad, que representa un punto de partida para un análisis de naturaleza conductual del fenómeno de la llamada "conducta anormal" (Sandler y Davidson 1973; Ullmann y Krasner, 1975). Nuestra propuesta se elabora a partir de las propiedades que definen la unidad básica de análisis conductual, extrapolables al caso de las conductas denominadas anormales. Dichas propiedades son:

- (1) La clase de respuesta topográficamente definida.
- (2) Las condiciones de estimulación antecedentes funcionalmente vinculadas a la conducta en cuestión.
- (3) Las condiciones de estimulación consecuentes funcionalmente vinculadas a la conducta en cuestión.

En el terreno clínico dos reglas generales nos ayudarán a proporcionar una correcta aplicación de la definición de anormalidad que podamos establecer. Estas son: (1) fijarse sólo en los hechos, la conducta y sus relaciones funcionales (interacción), en tanto que a partir de ello podremos explicar la causa de la ocurrencia mantenida de tal o cual comportamiento; y (2) en la medida de lo posible renunciar al uso de "etiquetas", y cuando no sea posible, utilizarlas en forma que sean empleadas en su exacto valor real -esto es, descriptivo-, y nunca en sentido explicativo, o causas o explicaciones de la conducta.

El argumento de partida de la psicopatología científica establece que la conducta llamada "anormal" no es diferente en su naturaleza de la que llamamos normal, esto es, no es diferente en lo que respecta a su origen, desarrollo, mantenimiento y posibilidades de cambio (Ullmann y Krasner, 1975). De esta manera la primera enseñanza de todo psicólogo conductual es la necesidad de formarse un nuevo concepto de lo que la conducta anormal es. Tal como escribía Ullmann (1971):

"Las dificultades por las que atraviesa una persona no constituyen la excrecencia de una psiquis completamente perturbada, al igual que tampoco son el resultado de una componenda entre conflictos intrapsíquicos. La persona es un ser único, no una etiqueta ni la categorización de un diagnóstico" (pág. 383).

Así, diagnosticar o identificar la existencia de conducta anormal, se convierte para el psicólogo clínico y el psicopatólogo científicos en el intento de identificación de las *variables* de las cuales la conducta es función. La situación parece clara: ciertos comportamientos que emiten algunas personas son considerados anormales o "patológicos", fundamentalmente a causa de que sus *dimensiones paramétricas* (situación o control estimular, frecuencia, intensidad, latencia, duración) no son las esperadas o deseadas por la comunidad; o bien, lo que representa otra posibilidad, sus consecuencias sobre el propio individuo emisor, u otros, son juzgadas como indeseables por la comunidad. Por una u otra razón, o por una mezcla de ambas, algunas conductas son juzgadas como merecedoras del título de "anormales".

Tendríamos, pues, dos situaciones generales potencialmente generadoras de la asignación de la etiqueta de "anormal" a una conducta (y por ende el calificativo general de "enfermo mental" a su emisor). Estas son:

- (a) la emisión de conductas consideradas socialmente como inadecuadas o desadaptativas, y que implican básicamente la emisión de comportamientos cuyas dimensiones paramétricas son interpretadas como excesivas o inadecuadas. (Llorar demasiado, aislarse de todo contacto con los demás, tener miedo de cosas inofensivas, "ver" algo que no existe, etcétera, son ejemplos de esta índole.
- (b) la no emisión de conductas consideradas socialmente como adecuadas o adaptativas; esto es, ausencia de conductas tales como hablar o hacerlo con una topografía incorrecta, no controlar esfínteres, no saber vestirse solo, etcétera.

La consideración de una conducta como "excesiva" o "deficitaria", depende de las normas comunitarias en cuanto a valores que las diferentes dimensiones paramétricas de un comportamiento deben exhibir. El conocimiento de dichos criterios paramétricos nos sirve para determinar cuando será más probable que una conducta determinada vaya a ser calificada como "excesiva" o "deficitaria" y, por tanto, *necesitada* de cambio terapéutico. Los parámetros a considerar implican la frecuencia, intensidad, duración, situación y topografía de la conducta.

CONCLUSIÓN

Necesitamos, pues, una definición de anormalidad lo más comprehensiva posible, pero que a la vez nos sirva como guía en el intrincado camino del estudio científico de las

alteraciones de la conducta. Dicha definición debería contemplar las consideraciones que explicábamos antes, y que hacen referencia tanto a la "naturaleza" de la conducta anormal como a sus características. En su forma general, un intento de definición podría ser el siguiente:

Determinaremos la existencia de anormalidad o desviación de la conducta en aquellos casos en los que un exceso o déficit conductuales originan que un individuo bien busque ayuda profesional o bien se convierta como causa de su conducta en un peligro para sí mismo o para los demás.

Esta definición no representa sino un primer y tímido intento de aproximación para solucionar la importante cuestión que representa la necesidad de contar con una guía clara de lo que consideramos el objeto de estudio de nuestra disciplina.

Referencias

- Bernard C (1865). *Introducción al estudio de la medicina experimental*. París. (Ed. Fontanella, 1976 para la versión en castellano).
- Kazdin AE (1975). *Behavior Modification in Applied Settings*. Homewood: Dorsey Press.
- Kazdin AE (1980). Basic concepts and models of abnormal behavior. En AE Kazdin, AS Bellack y M Hersen (Eds.), *New Perspectives in Abnormal Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Kanfer FH y Saslow G (1965). Behavioral Analysis. *Archives of General Psychiatry*, 12, 529-539.
- Krasner L y Ullmann LP (1965). *Research in Behavior Modification. New Developments and Implications*. New York: Holt R&W.
- Maher BH (1966). *Principles of Psychopathology*. New York: McGraw Hill.
- Szasz TS (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15: 113-118.
- Ullmann LP (1971). Conceptos fundamentales a enseñar a quienes se adiestran en la terapéutica de la conducta. En AM Graciano (Ed.). *Terapéutica de conducta en la infancia*. Barcelona: Fontanella.
- Ullmann LP y Krasner L(1975). *A psychological approach to abnormal behavior. 2nd. Ed.* New York: Prentice Hall.
- Yates AJ(1970). *Behavior Therapy*. New York: Wiley.