

## Algunas contribuciones de la teoría skinneriana al área de la salud

*(Some contributions of Skinner's theory to health)*

**Juan José Sánchez Sosa**

Facultad de Psicología, UNAM

### RESUMEN

Se revisan varios procedimientos conductuales derivados del trabajo experimental de Skinner, cuya aplicación al campo de la salud han permitido mejorar las estrategias preventivas.

Palabras clave: Procedimientos conductuales, prevención en salud.

### *Abstract*

*Several behavioral procedures derived from experimental work by Skinner are reviewed, stressing how their application to health problems have allowed for the improvement of preventive strategies.*

*Keywords: Behavioral procedures, health prevention*

Sería difícil, y probablemente injusto, referirse a las contribuciones del trabajo de Skinner en el ámbito de la salud, en ausencia de un contexto histórico y teórico (referente a teoremas más que a teorías). Dicho contexto debería permitir el seguimiento de la forma en que se han derivado los principios básicos que regulan el comportamiento, generados dentro del enfoque skinneriano, las intervenciones terapéuticas o preventivas más eficaces en uso actual (Ullmann y Krasner, 1975). Una descripción pormenorizada de ese contexto tomaría más espacio del que permite este comentario. Lo que sí podemos hacer es bosquejar la forma en que algunos de los conceptos derivados del análisis de la conducta, desarrollado por Skinner, se han transformado en: a) explicaciones (al menos parciales) de muchas de las conductas que nos conducen a la enfermedad y, b) algu-

nas intervenciones para tratar o prevenir numerosos padecimientos epidemiológicamente relevantes en nuestro tiempo.

Probablemente las primeras explicaciones profesionalmente útiles, con su consecuente aplicación, se dieron dentro del campo denominado de la "salud mental". Los trabajos pioneros de Ayllon y Michael (1969) con psicóticos hospitalizados, los de Ferster y DeMyer (1965) con niños autistas, los de Liberman y colaboradores (1976) y O'Leary y Turkewitz (1977) con parejas disfuncionales, y los de muchos autores con niños y adultos con severos déficits conductuales (véase por ejemplo Bijou, 1966), son apenas algunos ejemplos del impacto que la teoría skinneriana tuvo en este ámbito. En efecto, por primera vez, y nos referimos a la década de los cincuenta y principios de los sesenta, se daba una demostración metodológica, contundente y profesionalmente confiable, de que numerosas técnicas operantes generaban cambios significativos en los planos individual, familiar y social de los pacientes atendidos. Unos cuantos ejemplos de estas técnicas ayudarán a comprender la importancia de estas contribuciones aún sin entrar en el detalle puntual de las características de cada estudio.

Una serie de procedimientos clínicos basados en el concepto operante de *saciedad* se han usado exitosamente para reducir la probabilidad de ocurrencia de conductas excesivas. Las demostraciones particulares ocurrieron en casos de conductas compulsivas tales como el almacenamiento exagerado e irracional de objetos por pacientes psicóticos hospitalizados (Ayllon y Michael, 1959). Se trata de un efecto de saturación de una consecuencia o situación ambiental por razón de su abundancia o exceso.

Otra técnica eficaz en la reducción clínica de comportamientos excesivos, se ha derivado del concepto *requisito de respuesta*. Se le podría describir como el grado relativo de esfuerzo (físico o funcional) que requiere la ocurrencia de una conducta. En la medida en que se incrementa dicho valor o requisito de esfuerzo, la probabilidad de emisión de dicha conducta se reduce concomitantemente. Los más frecuentes reportes clínicos o de investigación con humanos de aplicación de este procedimiento se refieren a la reducción de conductas adictivas, especialmente en pacientes tabaquistas, obesos o alcohólicos. Recientemente se han usado con éxito en la promoción del apego de pacientes con cuadros somáticos crónicos a sus regímenes medicamentosos.

Una tercera intervención clínica ha consistido en el aumento o disminución de una conducta por medio de la debilitación o fortalecimiento (respectivamente) de otra reacción, incompatible con la primera. Se dice que dos (o más) conductas son incompatibles cuando la ocurrencia de una imposibilita (o dificulta mucho) física o funcionalmente la ocurrencia de la otra. Este concepto operante de *incompatibilidad de respuestas* ha genera-

do algunas de las técnicas clínicas más eficaces en la historia reciente de la psicología; de hecho el procedimiento denominado 'inhibición recíproca' se inició como un caso particular del establecimiento de reacciones incompatibles (Hollingworth, 1930; Wolpe, 1958). Es importante señalar que este efecto clínico (o experimental) ocurre tanto para conducta instrumental como para conceptual (cognoscitiva) o emocional, lo cual deriva de este principio una poderosa intervención terapéutica o preventiva. Sus primeras aplicaciones mostraron éxito en el tratamiento de problemas fóbicos, adictivos y de adquisición de habilidades sociales entre otros (Wolpe y Lazarus, 1966).

Un cuarto grupo de intervenciones se deriva de los conceptos skinnerianos de *discriminación* y *generalización*. En efecto, cuando un paciente tiene problemas por su incapacidad de distinguir situaciones que requieren reacciones adaptativas específicas o diferentes, la aplicación de técnicas que propician o inducen esta habilidad ayudan mucho en la adquisición de conducta útil que le lleven a aquella consecuencia positiva (Ayllon y Houghton, 1962). En el otro extremo se tiene el ejemplo de personas cuyos problemas se deben en parte a la imposibilidad de comportarse de la misma manera ante situaciones diferentes que demandan conductas similares. En este caso, la intervención busca establecer repertorios adaptativos generalizados. Es importante señalar que este efecto clínico se puede lograr trabajando tanto por el lado del estímulo en la ecuación clásica S-O-R, como por el de la respuesta. Así, podemos ocuparnos de programar o inducir la similitud perceptual de las situaciones relevantes del ambiente del individuo, o bien fortalecer por medio de consecuencias específicas el efecto de generalización en su conducta.

Dos conjuntos de procedimiento skinneriano clásico, en el logro de los efectos descritos en el párrafo anterior, constituyen las técnicas de *desvanecimiento* ("hacia afuera" o "hacia adentro"). Estas intervenciones reprograman la magnitud de los cambios ambientales a los que va a reaccionar el paciente (Moore y Goldiamond, 1964). Se trata de ajustar estos cambios hasta hacerlos apenas perceptibles, trabajando, por tanto, por el lado del estímulo (Terrace, 1963). El segundo procedimiento incluye la técnica de *aproximaciones sucesivas* en la cual se induce el logro gradual de pequeños avances (conductuales, conceptuales o emocionales), mismos que dan acceso al individuo a las consecuencias gratificantes naturales de su ambiente familiar o social. En este último caso se trabaja principalmente por el lado de la respuesta. Ambos conjuntos de técnicas se han usado eficazmente para moldear, en muy diversos tipos de pacientes, conductas indispensables para su adaptación personal e incluso para su propia supervivencia. Los efectos clínicos incluyen la adquisición de habilidades socia-

les y de autocuidado en individuos retardados, y varias de las manifestaciones asociadas con los llamados cuadros depresivos (Ullmann y Krasner, 1975).

Un quinto conjunto de intervenciones en el área de la salud, dentro de la tradición skinneriana, constituye lo que tal vez sea su contribución más conocida: la aplicación sistemática de programas de consecuencias para la conducta de los humanos. En efecto, probablemente los conceptos que más fácilmente se asocian con Skinner son “programas de *reforzamiento*, castigo, etc.” Si bien es innegable que en torno a estos procedimientos gravitan muchos de los efectos experimentales o clínicos, también es importante señalar que de manera muy miope (tanto en sentido teórico como metodológico) se ha abusado de la caracterización de estos procedimientos como *la* principal contribución de Skinner.

Aunque es claro que las consecuencias de nuestras acciones regulan mucho de nuestro funcionamiento humano, la principal contribución de Skinner consiste precisamente en haber articulado explicaciones sistemáticas del comportamiento tanto en los niveles teórico como práctico. Lo que es más, esta articulación fue probablemente la primera que surgió de resultados de investigación experimental cuya calidad metodológica y confiabilidad no tenían precedente en la historia de la psicología (Sidman, 1960).

En cuanto a lo que podríamos denominar el ámbito de la salud en general (en términos de padecimientos “somáticos”), basta releer las consideraciones del presente trabajo a la luz de lo que implica que nuestra conducta exacerbe nuestras propensiones hereditarias y contribuya al desarrollo de enfermedades “físicas”. Se ha aceptado en los principales organismos que establecen políticas institucionales para el cuidado de la salud, que los factores más importantes responsables del desarrollo de las enfermedades son: a) las características hereditarias de los individuos, b) sus condiciones de vida, c) la calidad de los servicios de salud a que tengan acceso y d) su comportamiento.

En efecto, si revisamos las principales causas de enfermedad y muerte en nuestro país, nos encontramos frente a dos grandes grupos de padecimientos: los infecciosos, especialmente en tracto digestivo, en vías respiratorias y el sida; y los crónico-degenerativos —diabetes, cáncer, hipertensión arterial y otros problemas cardiovasculares como la arteroesclerosis y los infartos al miocardio— entre otros (Soberón, Kumate y Laguna, 1988). Si analizamos en retrospectiva el desarrollo de estas enfermedades, encontraremos que están precedidas por *conductas* en las que hemos incurrido durante periodos importantes (Sánchez Sosa, 1985). En cuanto a los primeros, algunos ejemplos de conductas que propician las

infecciones: el no lavarnos las manos, no hervir el agua, comer alimentos descompuesto o contaminados, exponernos a concentraciones importantes de smog, exponernos a enfriamientos severos o prolongados, y no usar condón, entre otras. Acerca de los segundos, algunas conductas de alto riesgo incluirían. comer demasiadas grasas saturadas, fumar, no hacer ejercicio diariamente, abusar del alcohol, estar obeso, no comer suficientes alimentos con fibra, comer entre comidas y no dormir suficiente, entre otras. De esta manera, la relación entre comportamiento y enfermedad es por demás clara y significativa.

Los últimos quince años han visto un aumento importante del uso de técnicas derivadas de los mismos principios skinnerianos analizados anteriormente, a la modificación de conductas que nos producen enfermedades. También se pueden aplicar las mismas técnicas operantes al establecimiento de conductas que nos permitan recuperarnos de una enfermedad aún si ya la padecemos. El arreglo de contingencias para la adopción de hábitos saludables no requiere sino un ejercicio de creatividad y rigor metodológico.

Recientemente se han visto contribuciones de esta área incluso en el nivel preventivo más precoz en que podemos intervenir: *la prevención primaria* (Cowen, 1983). Esta prevención es la que se instrumenta antes de que se manifiesten los primeros signos de deterioro en la salud. De hecho se le ha considerado como sinónimo de *educación para la salud*. Basta recordar las innumerables contribuciones del análisis de la conducta al proceso enseñanza-aprendizaje (Skinner, 1968) para estimar el potencial que ofrece al establecimiento de hábitos que protejan y conserven la salud.

Finalmente, debemos mencionar dos contribuciones fundamentales del enfoque skinneriano a un área básica para la salud, tanto en el sentido de servicio profesional como el de investigación aplicada, ambas en el campo de la *ética*. La primera se refiere a un vacío normativo importante que existía hasta mediados de la década de los setenta con respecto al uso del castigo como intervención para modificar la conducta (v. gr. Bucher, 1968; Heller y Strang, 1973). Fue la División 25 (del análisis experimental de la conducta) de la American Psychological Association, la que promovió sus lineamientos más importantes: a) en principio el castigo no debe usarse si existe cualquier otro procedimiento cuya eficacia pueda generar los cambios deseados; b) el castigo debe reducirse prácticamente a aquellos casos en que la conducta a suprimirse es de tipo autodestructivo; c) aún en dichos casos, bajo ninguna circunstancia se deben usar procedimientos de castigo que causen daño tisular.

En un contexto más amplio, fue precisamente la solidez metodológica del enfoque skinneriano, la que sirvió de base para un precepto ético que

ha asentado los más altos estándares para el ejercicio profesional en psicología. La propia División 25 conjuntamente con las más importantes asociaciones de corte skinneriano, han señalado que es una *responsabilidad* básica del proveedor de servicios psicológicos establecer y mostrar que ha sido principalmente su intervención profesional la responsable de los cambios positivos en los problemas del usuario de los servicios (Bijou, 1974).

A lo largo de su vida y la de muchos de sus seguidores, el Dr. Skinner y su análisis de la conducta han sido objeto de grandes reconocimientos y apasionadas polémicas. En el área de la salud como en tantas otras, adquiere significado una afortunada frase de Valderrama (1990): "se puede estar con Skinner o contra él, pero no sin él".

## BIBLIOGRAFÍA

- Ayllon, T. & Haughton, E. (1962). Control of the behavior of schizophrenic patients by food. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 5, 343-352.
- Ayllon, T. " Michael, J. (1959). The psychiatric nurse as a behavioral engineer. *Journal of the Experimental Analysis of behavior*, 2, 323-334.
- Bijou, S. W. (1966). A functional analysis of retarded development. En: N.R. Ellis (Ed.) *International Review of Research in Mental Retardation, Vol I*. New York: Academic Press.
- Bijou, S. W. (1974). Report to APA's Division 25 Committee on Ethics and Professional Regulation. *Annual Convention of the American Psychological Association*. Chicago, Ill., 1974.
- Bucher, B. D. (1968). A pocket-portable shock device with application to nailbiting. *Behaviour Research and therapy*, 6 389-392.
- Cowen, E.L. (1983). Primary prevention in mental health: past, present and future. In R.D. Felner, L.A. Jason, J.N. Moritsugu & S.S. Farber (Eds.) *Preventive psychology: theory, Research and practice*. New York: Pergamon Press (P. 11-30).
- Ferster, C.B. & DeMyer, M.K. (1961). The development of performances in autistic children in an automatically controlled environment. *Journal of Chronic Diseases*, 13, 312-345.
- Heller, R.F. & Strang, H.R. (1973). Controlling bruxism through automated aversive conditioning. *Behaviour research and therapy*, 11 327-329.
- Hollingworth, H. L. (1930). *Abnormal psychology*. New York: Rolland Press.
- Lieberman, R.P., Levine, J., Wheeler, E., Sanders, N. & Wallace, C. J. (1976). Marital therapy in groups; a comparative evaluation of behavioral and interactional formats. *Acta Psychiatrica Scandinavica (Supplementum)*, 266, 1-34.
- Moore, R. & Goldiamond, I. (1964). Errorless establishment of visual discrimination using fading procedures. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 7, 269-272.
- O'Leary, K.D. & Turkewitz, H. (1977). The treatment of marital disorders from a behavioral perspective. En: T. Paolino & B. McCrady (Eds.) *Marriage and the Treatment of marital disorders: psychoanalytical, behavioral and systems theory perspectives*. Providence, Rhode Island: Butler Hospital.
- Sánchez Sosa, J.J. (1985). Psychology and primary prevention in public health: some implications for developing nations and a progress report. En: J.J. Sánchez Sosa (Ed.) *Health and Clinical Psychology*. Amsterdam: Elsevier Science Publishers. Pp. 403-414.

- Sidman, M. (1960). *Tactics of scientific research: evaluating experimental data in psychology*. New York: Basic Books.
- Skinner, B.F. (1957). *Verbal Behavior*. New York; Appleton.
- Skinner, B.F. (1968). *The technology of teaching*. New York: Appleton.
- Soberón, G. Kumate, J. y Laguna, J. (1988). *La salud en México*. Serie testimonios. México: Fondo de Cultura Económica.
- Terrace, H.S. (1963). Discrimination learning with and without "errors". *Journal of the Experimental analysis of Behavior*, 6, 1-27.
- Ullmann, L.P. & Krasner, L. (1975). *A psychological approach to abnormal behavior*, Second Edition. New York: Prentice-Hall. (pp. 233-234; 283-284).
- Valderrama, P. (1990). Se puede estar con Skinner o contra él, pero no sin él. *El Día Latinoamericano*, Secc. Ciencia y Tecnología. México; No. 15, 3 de septiembre.
- Wolpe, J. (1985). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.
- Wolpe, J. & Lazarus, A.A. (1966). *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neuroses*. New York: Pergamon Press.