



Revista Latinoamericana de Psicología

ISSN: 0120-0534

direccion.rlp@konradlorenz.edu.co

Fundación Universitaria Konrad Lorenz

Colombia

Vizueta, Aldo V.

Consideraciones éticas acerca del uso de la estimulación aversiva en terapia conductual

Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 11, núm. 3, 1979, pp. 403-409

Fundación Universitaria Konrad Lorenz

Bogotá, Colombia

Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80511308>

- How to cite
- Complete issue
- More information about this article
- Journal's homepage in redalyc.org

redalyc.org

Scientific Information System

Network of Scientific Journals from Latin America, the Caribbean, Spain and Portugal

Non-profit academic project, developed under the open access initiative

## CONSIDERACIONES ETICAS ACERCA DEL USO DE LA ESTIMULACION AVERSIVA EN TERAPIA CONDUCTUAL

ALDO V. VIZUETA\*

*Universidad de Chile*

The ethical criticisms against aversion therapy are analyzed, considering that although in many cases the criticisms are correct, they may lead some specialists to reject aversion therapy totally, without a complete analysis of this technique as an agent of behavioral change. The requirements necessary for an adequate use of aversion therapy are discussed, considering that in some cases it is the appropriate technique for modifying certain behaviors. However, it is pointed out that aversion therapy should only be applied by an expert adequately trained in the principles and procedures of the psychology of learning.

Uno de los principales problemas que ha debido enfrentar la terapia aversiva, quizás aún mayor que el de aumentar la real utilidad de sus técnicas, es el problema "ético" que su utilización suscita.

Hasta qué punto puede un sujeto ser tratado con estímulos dolorosos y desagradables y a pesar de ello, respetarse su integridad como ser humano? Esta es la principal fuente de críticas a los procedimientos de modificación de conducta, técnicas de control aversivo y que, en verdad, es la expresión parcial de un fenómeno que sólo en los años recientes se hace explícito en la terapia conductual: el problema del control de la conducta humana.

Las críticas se centran en señalar que la terapia aversiva es una técnica de control que sobrepasa la voluntad de los sujetos, quienes por lo general son obligados a seguirla en cárceles o en sanatorios

---

\* Dirección: Departamento de Psicología, Universidad de Chile, Sede Oriente, Casilla 15307, Santiago 11, Chile.

mentales (Reynolds, 1974) o, aún más, en el excesivo control que ha tomado la ley al determinar que un sujeto "insano", cometedor de un crimen debe seguir obligadamente una terapia, que muchas veces es una terapia aversiva (London, 1964; Robinson, 1973, 1974; Rothman, 1973; Schwitzgebel y Kelb, 1974; Szasz, 1963), y que significan una privación de los "Derechos Individuales" a elegir libremente lo que desea cada individuo (Davison y Stuart, 1975).

A pesar del gran número de críticas que por estas razones deben soportar quienes se dedican a la terapia conductual, estas críticas en un plano teórico neto no serían adecuadas, puesto que como señala Ernest Poser (1970): "Ninguna técnica o método conductual per se, pueden ser considerados lógicamente como éticos o no éticos. Estos adjetivos sólo pueden ser aplicados a quienes empleen tales técnicas". Nuestra opinión es que cada psicólogo o terapeuta conductual debe ser quien siguiendo los códigos de ética de su profesión, decida si está o no actuando éticamente. En todo caso, tal como lo señalan Rachman y Teasdale (1969), una forma ética de programar contingencias aversivas requiere de los siguientes requisitos mínimos:

1. Hacerlo con el conocimiento y consentimiento del consultante con quien de hecho, a veces, se acuerda el tipo de técnica y estímulo aversivo a usar. (En el caso de un sujeto incapacitado se obtiene el consentimiento de la familia).

2. Deberá ser usada sólo si no hay otro método alternativo.

3. El paciente no sólo debe estar informado en detalle acerca de la naturaleza del tratamiento, sino que lo deberá estar también de las posibilidades reales de éxito de la terapia.

4. No se debe usar ningún método coercitivo para forzar al paciente a seguir un determinado tratamiento aversivo, a pesar de que éste último punto es bastante discutible como se apreciará más adelante.

Es oportuno también aclarar que no todos los programas que se denominan como terapia de aversión lo son verdaderamente. Las restricciones físicas y la reclusión prolongada son medidas desesperadas que se emplean cuando un personal abrumado de trabajo no puede controlar la conducta de los pacientes por medio de métodos más eficaces y más humanos. Son antitéticos a la terapia aversiva y están desapareciendo, muchas veces debido a que son reemplazados por procedimientos genuinos de terapia aversiva o de otro tipo.

Por otro lado no debemos ignorar que si los problemas éticos de la terapia aversiva parecen ser más agudos que los de otras terapias, es por que en su mayor parte, el uso experto de la terapia aversiva muchas veces modifica la conducta mucho más eficazmente que las terapias tradicionales no comportamentales.

Una de las técnicas aversivas más criticadas desde un punto de vista ético, es el castigo, el cual es en realidad una de las muchas técnicas disponibles. Se usa muy poco y para tratar tipos de conducta muy específicos en una proporción muy baja de pacientes, aplicándose casi invariablemente con aquellos sujetos que no han respondido a otros tratamientos y que presentan conductas autodestructivas.

Mirón (1968), usó choques eléctricos para hacer disminuir la conducta autodestructiva de una niña de once años que había pasado tres años con las manos y los pies atados para evitar que se golpeara seriamente la cabeza y que se mutilara la cara, hurgándose los injertos de piel con las uñas. La restricción física, que de ningún modo es parte de un programa de terapia aversiva, era el único medio que tenía el personal de enfermeras para evitar que este sujeto se lesionara seriamente.

El choque eléctrico que se usa en estos casos tiene un amperaje muy bajo y por lo general proviene de baterías de lámparas portátiles. El choque eléctrico, aunque doloroso, no lo es más que dolor de aplicar inyecciones a una persona, y seguramente es menos brutal que la terapia electroconvulsiva y la psicocirugía, tan duramente criticada desde el punto de vista ético por Reynolds (1974).

En casos como el de la niña tratada por Miron, se tienen dos alternativas: el uso del castigo contingente o hacerla pasar la vida prisionera. Por lo demás, el empleo de estímulos dolorosos redujo con gran éxito la ocurrencia de las conductas violentas, hasta eliminarlas totalmente. Otro ejemplo es el trabajo de Lovaas, Freitag, Gold y Kassorla (1965), quienes usaron choques con una niña seriamente retardada que se había, ella misma, cegado un ojo y que, se había mordido tanto sus dedos que fue necesario amputárselos. Y con un niño que había mascado la mayor parte de la carne de su hombro derecho, dejando al descubierto el hueso. Ambos pacientes habían estado durante meses; pero en cuanto se les administraron choques eléctricos contingentes con sus conductas autodestructivas, dejaron de emitirlas en unos cuantos minutos. El seguimiento que se hizo tres años más tarde mostró que dichas conductas no habían reaparecido. En todo caso, debemos estar de acuerdo en que el uso del castigo como medio de eliminar la conducta debe planearse muy bien y debe supervisarse con cuidado. La terapia aversiva debe aplicarse sólo después de un entrenamiento extenso y minucioso en los principios y práctica de la teoría del aprendizaje.

El aislamiento no es una característica inherente de la terapia aversiva, pero si se lo usa adecuadamente, puede ser muy eficaz para reducir la ocurrencia de los berrinches o de otros comportamientos indeseables; en los programas genuinos de terapia aversiva, el aisla-

miento debe terminar inmediatamente después de que cese la conducta indeseable, o después de un intervalo de tiempo predeterminado en que se exhiba una conducta incompatible con la castigada. El aislamiento prolongado no sólo es inhumano e innecesario, sino que además es ineficaz.

El uso del aislamiento ha sido duramente atacado sobre todo cuando se usa conjuntamente con fichas en programas de refuerzo operante, ignorando los críticos que todos nosotros vivimos bajo un sistema económico similar (el dinero es un refuerzo tan generalizado, como lo son fichas y puntos).

Por otra parte, así como se ha visto que el refuerzo con fichas es una copia a menor escala de nuestro sistema económico, así también podemos decir que la terapia aversiva es un fiel reflejo de nuestro sistema cultural de valores y de organización civil, cuyo instrumento fundamental son la reprobación o castigo social y el refuerzo social negativo.

Siguiendo a Skinner (1959), podemos decir: "Que los miembros de todo grupo social se controlan entre sí mediante una técnica que en forma inapropiada recibe la denominación de "ética". Cuando un individuo se comporta de una manera aceptable para el grupo, recibe aprobación, admiración, afecto y muchos otros refuerzos de parte de sus congéneres, lo que aumenta la probabilidad de que siga comportándose de ese modo. Cuando el comportamiento que manifiesta no es aceptable, es criticado, censurado, avergonzado o castigado. En el primer caso el grupo le llama "bueno"; en el segundo lo tacha de "malo" ...y este es un tipo de control... por otro lado el Estado ha sido siempre el ejecutor más común del control aversivo. El Estado se define frecuentemente en términos de poder para castigar; y la jurisprudencia se apoya, principalmente, en la noción de responsabilidad personal. La misma educación se basa en valores de refuerzo y castigo, en que se premian ciertas actitudes y se castigan otras".

A estas alturas, muchos lectores se estarán haciendo la pregunta: ¿Y qué hay de las libertades civiles de los pacientes? Sí, pero ¿Cómo puede ser ético prohibir el uso de procedimientos que pueden tener como resultado la restitución exitosa de los pacientes crónicos a la comunidad? Como dice Miron (1968) "La verdadera privación en la cual deberíamos interesarnos, la más sospechosa éticamente, es la privación deliberada de los beneficios potenciales del paciente, cuando la otra alternativa equivale evidentemente a purgar una sentencia de por vida en una institución para enfermos mentales".

Por otra parte, Reynolds (1974) y Davison y Stuart (1975) han criticado duramente el que se obligue a los reclusos en las cárceles a seguir determinados tratamientos de tipo médico o psicológico.

Aunque en lo esencial, dichos autores tienen razón en sus apreciaciones, bien vale señalar lo que dice Skinner (1956) en el sentido que: "Habría muchos que impugnarian que se obligara a los prisioneros a participar como sujetos en experimentos médicos de índole peligrosa; sin embargo, pocos se opondrían a que fueran inducidos a servir a los mismos fines, si para ello se les ofrecen en compensación ciertos privilegios, incluso en aquellas condiciones en las que los efectos reforzantes de estos privilegios hayan sido creados por una privación violenta. En el esquema tradicional, el derecho a oponerse da garantías al individuo contra la coerción; se supone que de este modo se le resguarda defendiéndole para que no establezca convenios inadecuados o no se comprometa en contratos inconvenientes. Pero, preguntaríamos, ¿En qué grado puede oponerse un prisionero? Del mismo modo también nuestra libertad personal está restringida".

Los autores suponen que la privación en sí y la terapia aversiva en general, reducen por sí mismas al paciente a una condición subhumana; esta es verdaderamente una suposición de validez dudosa. El castigo y la privación son técnicas estándar que se utilizan en la crianza de niños y pocas personas ponen en duda la ética de enviar a un niño a la cama sin cenar como forma de castigo o de insistir en que se gane su mesada. Y aunque estas prácticas sin duda pueden no ser las mejores, las objeciones no deberían dirigirse hacia la privación misma, sino hacia el grado de elaboración con que se emplea y a las razones para las cuales se usa.

Cualquiera que haya trabajado con retardados y enfermos mentales debe aceptar tarde o temprano el hecho de que no se hospitaliza a la gente porque es retardada, esquizofrénica o paranoica. Se hospitaliza porque necesita cuidados intensos o supervisión médica y porque presenta "problemas de conducta". La mayoría no estaría en el hospital, a pesar de su diagnóstico, si su conducta no atemorizara, molestara, disgustara o enojara a algún miembro de la comunidad. Y el criterio para darles de alta no consiste en establecer si todavía son retardados, esquizofrénicos o paranóicos, sino en dar respuesta a preguntas tales como: ¿Qué probabilidad hay de que este paciente se comporte adecuadamente en la comunidad? ¿Seguirá estando entrenado para ir al baño? ¿Robará? ¿Golpeará a su hermano pequeño?. Todos los que trabajan en instituciones dedicadas al cuidado de los niños han observado alguna vez como los miembros del personal y los padres reforzaban inadvertidamente los lloriqueos, la agresividad, el untarse heces, y la conducta de autolesionarse, con interés bien intencionado, pero ingenuo, con atención y con otras recompensas, mientras que la conducta deseable pasaba inadvertida o era ignorada. El resultado de todo ello era el notable incremento que se producía inmediatamente en la respuesta.

Miron (1968) describe el caso de un padre que abrazaba a un niño que se abofeteaba a si mismo, las bofetadas en la cara del niño aumentaron muy rápidamente desde aproximadamente tres bofetadas por minuto a cerca de 48; sin embargo el padre seguía abrazando a su hijo.

Para finalizar, diremos que evidentemente todos nosotros debemos interesarnos en la ética de nuestros tratamientos y de nuestros programas experimentales, pero como dice Miron (1968) "Atenuar deliberadamente la eficacia del tratamiento prohibiendo el uso de herramientas poderosas y efectivas no es sólo ingenuo y tonto, sino que es verdaderamente inhumano y cruel". Lo que no tiene nada de ética es negarle beneficios máximos a cientos o miles de pacientes y a la sociedad, simplemente porque se teme la posibilidad de que alguien abuse de estas técnicas eficaces. En todo caso, el antídoto contra el posible abuso o descontrol de las técnicas no es eliminarlas, sino proporcionar un entrenamiento más completo para usarlas.

Más que proscribir técnicas debido a prejuicios y a malentendidos, primero deberíamos aprender tanto desde un punto de vista teórico como práctico que es lo que entrafía verdaderamente la terapia aversiva. Debemos familiarizarnos del todo con las publicaciones clínicas y experimentales que son cada vez más numerosas, incluso con los excelentes estudios objetivos que han evaluado otras alternativas. Insistimos, por otra parte, que los que planean y ponen en práctica los programas, y quienes los regulan, tengan una formación completa en el estudio de la teoría psicológica del aprendizaje y el análisis experimental del comportamiento. Y como señalan Davison y Stuart (1975) "Los procedimientos aversivos antes de ser aplicados en un hospital o cárcel, sobre todo en estas últimas, deberían ser revisados por un comité de derechos humanos que de cabida y esté representado por todos los integrantes del sistema social del lugar". Lo último, si se llevara a cabo, solucionaría en buena medida los sentimientos de temor que se expresan hacia la terapia aversiva por parte de la comunidad.

La ética de la terapia aversiva no es muy diferente de la ética de cualquier otro procedimiento que se pueda usar, pero en todo caso debemos insistir que el problema ético primario de la terapia aversiva deberá ser siempre el procurar el máximo beneficio al paciente y al grupo social del cual proviene, y al cual habrá de reintegrarse.

## REFERENCIAS

- Davison, G. C. y Stuart, R. B. Behavior therapy and civil liberties. *American Psychologist*, 1975, 30, 755-763.
- London, P. *The modes and morals of psychotherapy*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston, 1964.
- Lovaas, O. I., Freitag, G., Gold, V. J. y Kassorla, I. Experimental studies in childhood schizophrenia: Analysis of self-destructive behavior. *Journal of Experimental Child Psychology*, 1965, 2, 67-84.
- Miron, N. B. Problems and implications of the aversive therapy: The ethic fundamental problem. *Hospital and Community Psychiatry*, 1968, 5, 422-427.
- Poser, E. G. Fundamentals of behavior therapy. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 1970, 15, 487-491.
- Rachman, S. y Teasdale, J. *Aversion therapy and behavior disorders: An analysis*. Londres: Routledge and Kegan Paul, 1969.
- Reynolds, J. Aversive therapy. *Political Affairs*, 1974, 53, 15-26.
- Robinson, D. Therapies: A clear in present danger. *American Psychologist*, 1973, 28, 129-133.
- Robinson, D. Harm, offense, and nuisance: Some first steps in the establishment of an ethics of treatment. *American Psychologist*, 1974, 29, 233-238.
- Rothman, D. J. Decarcerating prisoners and patients. *Civil Liberties Review*, 1973, 1, 6-30.
- Schwitzgebel, R. K. y Kelb, D. A. *Changing human behavior: Principles of planned intervention*. Nueva York: Mc Graw-Hill, 1974.
- Skinner, B. F. Control of human behavior. *Science*, 1956, 124, 1057-1066.
- Szasz, T. S. *Law, liberty and psychiatry*. Nueva York: Mc Millan, 1963.