TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.

UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL.

Antonio del Pino Pérez

Catedrático del Área de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos**.**

Profesor de Tratamientos Psicológicos.

Universidad de La Laguna.

Í N D I C E.

PRÓLOGO.

PARTE PRIMERA:

PERSPECTIVA GENERAL DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS: EL ENFOQUE CONDUCTUAL.

CAPÍTULO 1. LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS Y EL ENFOQUE CONDUCTUAL.

1. DEFINICIÓN DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.
2. VISIÓN PARADIGMÁTICA DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.

    2.1. EL CONCEPTO DE PARADIGMA
    2.2. EL PARADIGMA PSICOANALÍTICO.

        2.2.1. Principios Teóricos Comunes.
        2.2.2. Procedimientos terapéuticos comunes.

    2.3. EL PARADIGMA DE LA TERCERA VÍA.
    2.4. EL PARADIGMA CONDUCTUAL.

        2.4.1. El paradigma de Terapia de Conducta antiguo.

        2.4.1.1. Problemas de denominación.
        2.4.1.2. Problemas de definición.
        2.4.1.3. El paradigma de Terapia de Conducta Antiguo y el condicionamiento.

        2.4.2. El Paradigma Conductual.

CAPÍTULO 2. CONTEXTO Y CONTRIBUCIONES AL NACIMIENTO DEL ENFOQUE CONDUCTUAL DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.

1. CONSIDERACIONES GENERALES.

    1.1. ESTRATEGIAS DE PRESENTACIÓN DEL CAMPO.
    1.2. REFLEXIONES PREVIAS A TODA EXPOSICIÓN HISTÓRICA.

2. CONTEXTUALIZACIÓN FILOSÓFICA

    2.1. EL POSITIVISMO.
    2.2. EL CONDUCTISMO.

        2.2.1. El Conductismo Programático de Watson.
        2.2.2. El Conductismo Empírico de Hull.
        2.2.3. El Conductismo Radical de Skinner.

3. CONTEXTUALIZACIÓN SOCIAL.
4. CONTEXTUALIZACIÓN PROFESIONAL.
5. CONTRIBUCIONES DESDE LA PSICOLOGÍA AL NACIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS CONDUCTUALES.

    5.1. LA APORTACIÓN RUSA.

5.2. AVANCES EN PSICOLOGÍA DEL APRENDIZAJE
5.3. INVESTIGACIONES DE LABORATORIO Y ANÁLOGOS
5.4. APLICACIONES CLÍNICAMENTE RELEVANTES
5.5. INTERPRETACIÓN DEL PSICOANÁLISIS EN TÉRMINOS DE LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE.
5.6. INVESTIGACIÓN SOBRE CONDICIONAMIENTO VERBAL
5.7. DESARROLLO DE TÉCNICAS ESPECÍFICAS
5.8. APLICACIONES CLÍNICA Y SOCIALMENTE RELEVANTES DEL CONDICIONAMIENTO OPERANTE
5.9. DESARROLLO EN ÁFRICA DEL SUR
5.10. DESARROLLO EN INGLATERRA.

6. INDICADORES DE LA PRESENCIA SOCIAL DE LOS TRATAMIENTOS CONDUCTUALES.
7. NACIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS CONDUCTUALES.

PARTE SEGUNDA.

LA PRIMERA OLA DE LOS TRATAMIENTOS CONDUCTUALES.

BLOQUE 1. EL ANÁLISIS DE CONDUCTA Y LOS PROCEDIMIENTOS OPERANTES.

CAPÍTULO 3. INTRODUCCIÓN AL ANÁLISIS DE CONDUCTA APLICADO Y AL MODELO Y PROCEDIMIENTOS OPERANTES.

1. INTRODUCCIÓN.
2. EL ANÁLISIS DE CONDUCTA APLICADO.

2.1. CARACTERÍSTICAS DEL ANÁLISIS DE CONDUCTA.
2.2. NOTAS DEFINITORIAS DEL ANÁLISIS DE CONDUCTA APLICADO.
2.3. EL DESARROLLO DEL ANÁLISIS DE CONDUCTA APLICADO.

3. EL MODELO OPERANTE.
4. PROCEDIMIENTOS OPERANTES.
5. TAXONOMÍA OPERANTE DE LAS CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS.

CAPÍTULO 4. PROCEDIMIENTOS PARA INCREMENTAR Y MANTENER CONDUCTAS.

1. INTRODUCCIÓN
2. EL REFORZAMIENTO POSITIVO.

2.1. DIVISIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS REFORZADORES.
2.2. EL PRINCIPIO DE PREMACK.
2.3. IDENTIFICACIÓN, ESTABLECIMIENTO Y APLICACIÓN DE REFORZADORES.

2.3.1. Cómo identificar los reforzadores.
2.3.2. Características de un reforzador útil.
2.3.3. El establecimiento de reforzadores condicionados.
2.3.4. Reglas en la aplicación de reforzadores.

3. EL REFORZAMIENTO NEGATIVO.

3.1. DEFINICIÓN.

3.2. CONDICIONES QUE MAXIMIZAN LA CONDUCTA DE ESCAPE.
3.3. LA CONDUCTA DE EVITACIÓN.

4. LOS ÍNDICES DE REFORZAMIENTO Y EL MANTENIMIENTO DE LA CONDUCTA.
.
4.1. TIPOS DE ÍNDICES DE REFORZAMIENTO.
4.2. EL MANTENIMIENTO DE LA CONDUCTA.

CAPÍTULO 5. PROCEDIMIENTOS PARA REDUCIR CONDUCTAS.

1. INTRODUCCIÓN AL USO DE PROCEDIMIENTOS AVERSIVOS PARA REDUCIR LA FRECUENCIA DE CONDUCTAS.
2. EL CASTIGO.

2.1. DEFINICIÓN.
2.2. RECOMENDACIONES PREVIAS AL USO DEL CASTIGO.
2.3. ORIENTACIONES SOBRE EL USO EFECTIVO DEL CASTIGO.

3. EL COSTO DE RESPUESTA.
4. LA SACIACIÓN DE ESTÍMULOS.
5. LA SOBRECORRECCIÓN.
6. LA EXTINCIÓN.
7. EL REFORZAMIENTO DIFERENCIAL.
8. EL " TIME OUT " O AISLAMIENTO DEL REFORZAMIENTO.

8.1. DEFINICIÓN.
8.2. LA EJECUCIÓN DEL AISLAMIENTO.
8.3. LA APLICACIÓN DEL AISLAMIENTO.
.

CAPÍTULO 6. PROCEDIMIENTOS PARA LA ADQUISICIÓN DE NUEVAS CONDUCTAS. 99

1. INTRODUCCIÓN.
2. EL MOLDEAMIENTO.

2.1. ORIENTACIONES PARA EL USO DEL MOLDEAMIENTO.
2.2. ASPECTOS PRÁCTICOS PARA EL DESARROLLO DEL MOLDEAMIENTO
2.3. LA APLICACIÓN DEL MOLDEAMIENTO.

3. EL ENCADENAMIENTO.

3.1. EL ESTABLECIMIENTO DE CADENAS DE CONDUCTA.
3.2. EL USO EFECTIVO DE LA TÉCNICA DE ENCADENAMIENTO.

4. EL DESVANECIMIENTO.
5. LAS AYUDAS EN CASO DE EJECUCIONES DEFICITARIAS.

5.1. INDICACIONES GENERALES
5.2. LAS INSTRUCCIONES.

5.2.1. Orientaciones para el uso de las instrucciones.
5.2.2. Retirada de las instrucciones.

5.3. OTROS TIPOS DE AYUDAS.

CAPÍTULO 7. PROCEDIMIENTOS PARA LOGRAR QUE LAS CONDUCTAS OCURRAN Y SE GENERALICEN A LOS LUGARES Y MOMENTO OPORTUNOS.

1. INTRODUCCIÓN
2. CONTROL Y DISCRIMINACIÓN DE ESTÍMULOS.

2.1. PRESENTACIÓN DE ESTÍMULOS DISCRIMINATIVOS Y DESARROLLO DEL CONTROL DE ESTÍMULOS.
2.2. DESARROLLO DEL CONTROL EFECTIVO DE ESTÍMULOS.

2.2.1. Aspectos referidos al estímulo.
2.2.2. Aspectos referidos a la respuesta.

3. GENERALIZACIÓN.

3.1. GENERALIZACIÓN DEL ESTIMULO.
3.2. GENERALIZACIÓN DE LA RESPUESTA.
3.3. PROCEDIMIENTOS FACILITADORES DE LA GENERALIZACIÓN

CAPÍTULO 8. LA APLICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS OPERANTES EN UN CONTEXTO SOCIAL: LA ECONOMÍA DE FICHAS.

1. INTRODUCCIÓN.
2. LA TÉCNICA DE LA ECONOMÍA DE FICHAS.

2.1. COMPONENTES BÁSICOS DE LA ECONOMÍA DE FICHAS.
2.2. OBJETIVOS DE LA ECONOMÍA DE FICHAS.
2.3. VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LA ECONOMÍA DE FICHAS.

3. PROCEDIMIENTOS PARA DISEÑAR Y PONER EN PRACTICA UNA ECONOMÍA DE FICHAS.

3.1. ESPECIFICACIÓN DE UNIDADES DE CONDUCTA REFORZABLES.
3.2. IDENTIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE REFORZADORES DE APOYO APROPIADOS.
3.3. REGLAS CONCERNIENTES A LOS REFORZADORES DE APOYO DE LA CONDUCTA.
3.4. SELECCIÓN, USO Y CAMBIOS DE FICHAS.
3.5. USO DE CONTINGENCIAS PUNITIVAS.
3.6. OTRAS CONSIDERACIONES EN CUANTO A LA ECONOMÍA DE FICHAS.
3.7. GENERALIZACIÓN.

4. EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS DE FICHAS.

4.1. VARIABLES REFERIDAS A LOS RESPONSABLES DEL PROGRAMA.
4.2. VARIABLES REFERIDAS A LOS PARTICIPANTES EN EL PROGRAMA.
4.3. VARIABLES REFERIDAS AL PROGRAMA.

5. VALORACIÓN DE LA ECONOMÍA DE FICHAS.

5.1. MEJORA DE LOS EFECTOS DE LA ECONOMÍA DE FICHAS.
5.2. EFECTOS A LARGO PLAZO.
5.3. INTEGRIDAD DEL TRATAMIENTO.

5.4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y ORGANIZATIVOS.
5.5. DISEMINACIÓN DE LA ECONOMÍA DE FICHAS.

CAPÍTULO 9. EVOLUCIÓN DEL ANÁLISIS DE CONDUCTA.

1. INTRODUCCIÓN.
2. EVOLUCIÓN CONTINUISTA.
3. EVOLUCIÓN INNOVADORA.

3.1. LA PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL.
3.2. LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO.

4. EL PARADIGMA DEL NUEVO CONDUCTISMO.

BLOQUE 2. EL NEOCONDUCTISMO MEDIACIONAL E-R.

CAPÍTULO 10. INTRODUCCIÓN AL NEOCONDUCTISMO MEDIACIONAL Y A LAS TÉCNICAS BASADAS EN ÉL

1. DEFINICIÓN DEL NEOCONDUCTISMO MEDIACIONAL E-R.
2. PRESENCIA Y DESARROLLO DEL NEOCONDUCTISMO MEDIACIONAL
3. CUESTIONES CONTROVERTIDAS.
4. EVOLUCIÓN DEL NEOCONDUCTISMO MEDIACIONAL.
5. TÉCNICAS BASADAS EN EL NEOCONDUCTISMO MEDIACIONAL.
6. EL PARADIGMA DE EXPOSICIÓN.

CAPÍTULO 11. EL CONDICIONAMIENTO AVERSIVO.

1. ACTITUDES CLÁSICAS Y PARADOJAS RESPECTO A LA INTERVENCIÓN AVERSIVA.
2. LA TERAPIA AVERSIVA.
3. OTRAS EXPLICACIONES TEÓRICAS DE LAS TERAPIAS AVERSIVAS
4. TIPOS DE TERAPIA EN FUNCIÓN DEL ESTÍMULO AVERSIVO USADO.

4.1. CONDICIONAMIENTO AVERSIVO ELÉCTRICO.
4.2. CONDICIONAMIENTO AVERSIVO QUÍMICO.
4.3. OTROS TIPOS DE ESTÍMULOS FÍSICOS.
4.4. CONDICIONAMIENTO AVERSIVO GENERADO SIMBÓLICAMENTE.

5. CONSIDERACIONES FINALES.

CAPÍTULO 12. LA DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA.

1. INTRODUCCIÓN.
2. CONDICIONES DE APLICACIÓN Y PROCEDIMIENTOS BÁSICOS DE LA DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA.

2.1. REQUISITOS PREVIOS.
2.2. EL ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN.
2.3. LA CONSTRUCCIÓN DE LAS JERARQUÍAS.
2.4. EL PROCESO DE DESENSIBILIZACIÓN.

3. VARIANTES DE LA DESINSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA IMAGINARIA.

3.1. VARIANTES REFERIDAS A LA GRADACIÓN EN LA PRESENTACIÓN DE ESCENAS Y AL ESTADO DE RELAJACIÓN.
3.2. VARIANTES REFERIDAS A PRESENCIA Y A LA RELACIÓN INDIVIDUAL CON EL TERAPEUTA.
3.3. VARIANTES REFERIDAS A LA MODALIDAD DE PRESENTACIÓN DE LOS ÍTEMS DE LA JERARQUÍA.
3.4. VARIANTES REFERIDAS A LA UTILIZACIÓN DE OTRAS RESPUESTAS INHIBIDORAS DE LA ANSIEDAD.
3.5. VARIANTES REFERIDAS AL OBJETIVO TERAPÉUTICO DE LA DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA.

4. LA DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA EN VIVO.
5. EFECTIVIDAD DE LA DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA.
6. INTERPRETACIONES TEÓRICAS DE LA DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA.

CAPÍTULO 13. IMPLOSIÓN E INUNDACIÓN.

1. INTRODUCCIÓN.
2. LA TERAPIA IMPLOSIVA.
3. LA INUNDACIÓN.

3.1. BASES EXPERIMENTALES.
3.2. TEORÍAS EXPLICATIVAS DE LA EFICACIA DE LA INUNDACIÓN.
3.3. MODALIDADES DE APLICACIÓN DE LA INUNDACIÓN.

3.3.1. La inundación en vivo.
3.3.2. La inundación en imaginación.
3.3.3. La inundación en grupo.

3.4. LA INUNDACIÓN EN VIVO COMBINADA CON OTROS PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS.
3.5. PREDICTORES DE ÉXITO TERAPÉUTICO EN LA TERAPIA DE INUNDACIÓN
3.6. VALORACIÓN DE LA INUNDACIÓN.

PARTE TERCERA.

LA SEGUNDA OLA DE LOS TRATAMIENTOS CONDUCTUALES.

BLOQUE 1. LA TRANSICIÓN A NUEVOS MODELOS DE TRATAMIENTO.

CAPÍTULO 14. REFERENTES DE LA TRANSICIÓN DESDE LOS MODELOS DE TERAPIA POR CONDICIONAMIENTO AL MODELO DE TERAPIA COGNITIVA.

1. CRÍTICAS AL APRENDIZAJE POR CONDICIONAMIENTO Y EVOLUCIÓN DEL CONDUCTISMO.
2. EL CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO.
3. EL APRENDIZAJE SOCIAL.
4. LA AUTORREGULACIÓN.

4.1. EL AUTOCONTROL.

4.2. EL *BIOFEEDBACK*.
4.3. UNA FILOSOFÍA DE LA CIENCIA PARA LOS MODELOS DE AUTOCONTROL.

5. TÉCNICAS PREDOMINANTES EN LA FASE DE TRANSICIÓN A NUEVOS MODELOS DE TRATAMIENTO.

CAPÍTULO 15. PROCEDIMIENTOS ENCUBIERTOS.

AUTORES**:** Conrado Viña, Manuel Herrero y Juan I. Capafóns.

1. INTRODUCCIÓN.
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.
3. PROCEDIMIENTOS.

3.1. LA SENSIBILIZACIÓN ENCUBIERTA (SE).
3.2. EL REFORZAMIENTO POSITIVO ENCUBIERTO (RPE).
3.3. EL REFORZAMIENTO NEGATIVO ENCUBIERTO (RNE).
3.4. LA EXTINCIÓN ENCUBIERTA (EE).
3.5. EL COSTO DE RESPUESTA ENCUBIERTO (CRE).
3.6. EL MODELADO ENCUBIERTO (ME).
3.7. LA DETENCIÓN DEL PENSAMIENTO (DP).
3.8. COMBINACIÓN DE PROCEDIMIENTOS.

4. ÁREAS DE APLICACIÓN Y EFICACIA.
5. A MODO DE CONCLUSIÓN.

CAPÍTULO 16. EL MODELADO.

1. INTRODUCCIÓN.
2. ANÁLISIS DEL APRENDIZAJE POR OBSERVACIÓN
3. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL MODELADO.

3.1. FACTORES QUE MEJORAN LA ADQUISICIÓN.

3.1.1. Características del modelo.
3.1.2. Características del observador.
3.1.3. Características de la presentación del modelado.

3.2. FACTORES QUE MEJORAN LA EJECUCIÓN.

3.2.1. La reproducción motórica.
3.2.2. Procesos de motivación.

4. APLICACIONES DEL MODELADO.

4.1. INCREMENTO DE LA CONDUCTA MEDIANTE EL MODELADO.

4.1.1. Efectos de adquisición.
4.1.2. Efectos desinhibidores.
4.1.3. Efectos de facilitación.

4.2. REDUCCIÓN DE LA CONDUCTA MEDIANTE EL MODELADO.

4.2.1. Efectos inhibitorios.

4.2.2. El modelado de la conducta incompatible.

5. EXPLICACIÓN COGNITIVA DE LOS EFECTOS DEL MODELADO.

CAPÍTULO 17. EL AUTOCONTROL.

1. INTRODUCCIÓN.
2. CONCEPCIONES DEL AUTOCONTROL.
3. UN MODELO TEÓRICO DE AUTORREGULACIÓN, KANFER (1980).
4. TÉCNICAS DE AUTOCONTROL.

4.1. TÉCNICAS PARA FACILITAR EL CAMBIO DE CONDUCTA.

4.1.1. Crear el contexto para el cambio.
4.1.2. La asignación de tareas.
4.1.3. Los contratos de contingencias.
4.1.4. La autoobservación

4.2. TÉCNICAS DE PLANIFICACIÓN AMBIENTAL.

4.2.1. Modificación del contexto.
4.2.2. Organización de las consecuencias de la conducta.

4.3. TÉCNICAS DE PROGRAMACIÓN CONDUCTUAL.

4.3.1. El autorreforzamiento positivo.
4.3.2. Las consecuencias aversivas autogeneradas.

5. CONSIDERACIONES FINALES.

CAPÍTULO 18. EL *BIOFEEDBACK*.

AUTORES: Manuel Herrero y Carmen D. Sosa.

1. INTRODUCCIÓN.
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA
3. PROCEDIMIENTO.

3.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESAMIENTO DE LA SEÑAL.
3.2. MODALIDADES DE *BIOFEEDBACK*.
3.3. PROCEDIMIENTO TÍPICO.

4. ÁREAS DE APLICACIÓN Y EFICACIA.
5. A MODO DE CONCLUSIÓN.

BLOQUE 2. EL MODELO COGNITIVO EN TERAPIA.

CAPÍTULO 19. CONTEXTO, DESARROLLO Y CARACTERÍSTICAS DE LA TERAPIA COGNITIVA.

1. ANTECEDENTES DEL MODELO DE TERAPIA COGNITIVA.
2. INICIO Y PRIMEROS DESARROLLOS DEL MODELO DE TERAPIA COGNITIVA.
3. CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS DE LA TERAPIA COGNITIVA.

3.1. SUPUESTOS BÁSICOS DE LA TERAPIA DE CONDUCTA.
3.2. COMUNALIDADES ENTRE LOS ACERCAMIENTOS COGNITIVOS.

4. IMPACTO DE LA TERAPIA COGNITIVA.

4.1. LA TERAPIA COGNITIVA Y LA TERAPIA DE CONDUCTA DE LA PRIMERA OLA.
4.2. LA TERAPIA COGNITIVA Y EL PSICOANÁLISIS.

5. VARIEDADES DE LA TERAPIA COGNITIVA.

APARTADO A. TERAPIAS COGNITIVAS BASADAS EN EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.

CAPÍTULO 20. LAS TERAPIAS DE ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

1. INTRODUCCIÓN.
2. DEFINICIONES Y DESCRIPCIÓN GENERAL.
3. UN MODELO PRESCRIPTIVO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS SOCIALES.
4. VARIACIONES EN LOS PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.
5. APLICACIONES Y DESARROLLOS RECIENTES DE LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

5.1. SOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.
5.2. SOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN CENTROS EDUCATIVOS.
5.3. SOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN LA INDUSTRIA.

CAPÍTULO 21. LAS TERAPIAS DE AFRONTAMIENTO.

AUTORES: Carmen D. Sosa, Conrado M. Viña y Juan I. Capafóns.

1. INTRODUCCIÓN.
2. ENTRENAMIENTO EN INOCULACIÓN DE ESTRÉS (EIE).

2.1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.
2.2. PROCEDIMIENTO.
2.3. APLICACIONES Y EFICACIA DEL ENTRENAMIENTO EN INOCULACIÓN DE ESTRÉS.

3. ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE LA ANSIEDAD

3.1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.
3.2. PROCEDIMIENTO.
3.3. APLICACIONES.

CAPÍTULO 22. EL ENTRENAMIENTO AUTOINSTRUCCIONAL DE MEICHENBAUM.

1. INTRODUCCIÓN.
2. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN.
3. FUENTES DEL ENTRENAMIENTO AUTOINSTRUCCIONAL.
4. PROCESO Y COMPONENTES DEL ENTRENAMIENTO AUTOINSTRUCCIONAL.

4.1. PROCEDIMIENTO DEL ENTRENAMIENTO AUTOINSTRUCCIONAL.
4.2. FACTORES QUE MEJORAN EL ENTRENAMIENTO AUTOINSTRUCCIONAL.

5. EFICACIA DEL ENTRENAMIENTO AUTOINSTRUCCIONAL.

APARTADO B. TERAPIAS DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA Y EVOLUCIÓN DEL MODELO COGNITIVO.

CAPÍTULO 23. TERAPIAS COGNITIVO-RACIONALES.

1. LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVO-CONDUCTUAL DE ELLIS

1.1. SUPUESTOS TEÓRICOS.
1.2. DESCRIPCIÓN DEL MODELO TERAPÉUTICO.
1.3. EL PROCESO TERAPÉUTICO.
1.4. TÉCNICAS TERAPÉUTICAS.
1.5. EVOLUCIÓN DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVO-CONDUCTUAL.
1.6. EVALUACIÓN CRITICA DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVO-CONDUCTUAL.

2. LA REESTRUCTURACIÓN RACIONAL SISTEMÁTICA.

CAPÍTULO 24. LA TERAPIA COGNITIVA DE BECK.

1. INTRODUCCIÓN.
2. SUPUESTOS TEÓRICOS BÁSICOS DEL MODELO COGNITIVO DE BECK.
3. MODELO COGNITIVO DE LA DISFUNCIÓN.
4. EL PROCESO TERAPÉUTICO.

4.1. PRINCIPIOS DIRECTRICES DE LA TERAPIA COGNITIVA.
4.2. LAS SESIONES TERAPÉUTICAS.

5. TÉCNICAS TERAPÉUTICAS.

5.1. TÉCNICAS CONDUCTUALES.
5.2. TÉCNICAS COGNITIVAS.

6. EVOLUCIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVA DE BECK.
7. VALORACIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVA.

CAPÍTULO 25. EVOLUCIÓN DEL MODELO COGNITIVO EN TERAPIA 130

1. INTRODUCCIÓN.
2. NUEVAS APORTACIONES A LA TERAPIA COGNITIVA TRADICIONAL

2.1. LA TERAPIA CENTRADA EN ESQUEMAS DE YOUNG
2.2. LA TERAPIA DE VALORACIÓN COGNITIVA DE WESSLER

3. LAS TERAPIAS COGNITIVAS CONSTRUCTIVISTAS.

3.1. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL ENFOQUE CONSTRUCTIVISTA.
3.2. ORIENTACIONES CONSTRUCTIVISTAS EN TERAPIA.

3.2.1. La Terapia de los Constructos Personales de Kelly
3.2.2. La Terapia Cognitiva Evolutivo-Estructural
3.2.3. La Reconstrucción Narrativa.

BLOQUE 3. EL MOVIMIENTO HACIA LA INTEGRACIÓN.

CAPÍTULO 26. POSICIONES INTEGRADORAS.

1. DELEITACIÓN DE TÉRMINOS.
2. DETERMINANTES Y MANIFESTACIONES DEL MOVIMIENTO HACIA LA INTEGRACIÓN.
3. ORIENTACIONES EN EL MOVIMIENTO HACIA LA INTEGRACIÓN.
4. EVOLUCIÓN Y VITALIDAD DEL MOVIMIENTO HACIA LA INTEGRACIÓN A FINALES DEL SIGLO XX.

    4.1. EVOLUCIÓN Y VITALIDAD DEL MOVIMIENTO HACIA LA INTEGRACIÓN TEÓRICA.
    4.2. EVOLUCIÓN Y VITALIDAD DEL ENFOQUE EN LA BÚSQUEDA DE FACTORES COMUNES.
    4.3. EVOLUCIÓN Y VITALIDAD DEL ECLECTICISMO TÉCNICO.

5. VALORACIÓN DEL MOVIMIENTO HACIA LA INTEGRACIÓN.
6. LA TERAPIA/ANÁLISIS CONDUCTUAL PSICOLÓGICO COMO PROPUESTA DE INTEGRACIÓN.

PARTE CUARTA:

VALORACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

CAPÍTULO 27. MARCO METATEÓRICO PARA LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.

1. PARADIGMAS EPISTEMOLÓGICOS.

    1.1. EL PARADIGMA MODERNISTA: EL POSITIVISMO LÓGICO
    1.2. EL PARADIGMA POSTMODERNISTA: EL CONSTRUCTIVISMO.
    1.3. EL PARADIGMA PRAGMÁTICO: UNA PROPUESTA ALTERNATIVA.
    1.4. EVALUACIÓN DE LOS PARADIGMAS EPISTEMOLÓGICOS.

    1.4.1. Evaluación del paradigma postmodernista: El constructivismo.
    1.4.2. Evaluación de una epistemología objetiva.

2. VISIONES FILOSÓFICAS DEL MUNDO.
3. PERSPECTIVA DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN UN MARCO DE REFERENCIA METATEÓRICO

CAPÍTULO 28. LA INVESTIGACIÓN EN TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.

1. INTRODUCCIÓN.
2. ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN DE LAS TÉCNICAS Y/O PROGRAMAS DE TRATAMIENTO.

    2.1. LA ESTRATEGIA DE PAQUETE DE TRATAMIENTO
    2.2. LA ESTRATEGIA CONSTRUCTIVA.
    2.3. LA ESTRATEGIA DE DESMANTELAMIENTO.
    2.4. LA ESTRATEGIA PARAMÉTRICA.
    2.5. LA ESTRATEGIA COMPARATIVA.
    2.6. LA ESTRATEGIA DE VARIACIÓN DEL CLIENTE Y EL TERAPEUTA.
    2.7. EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN DE LAS TÉCNICAS Y/O PROGRAMAS DE TRATAMIENTO.

3. INVESTIGACIÓN DEL PROCESO
4. INVESTIGACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. ESTÁNDARES PARA VALORAR HIPÓTESIS Y RESULTADOS.

4.1.1. Estándares no experimentales.
4.1.2. Estándares experimentales.

4.2. FUNCIONES DE LOS DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN.
4.3. EL ANÁLISIS DE RESULTADOS DE ESTUDIOS MÚLTIPLES.

4.3.1. Procedimientos analítico-racionales
4.3.2. Procedimientos cuantitativos

CAPÍTULO 29. VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.

1. INTRODUCCIÓN.
2. LIMITACIONES EN LA VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS

2.1. LA ASUNCIÓN DE LA UNIFORMIDAD DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS
2.2. LA INADECUADA MEDIDA DE LOS RESULTADOS.

3. CRITERIOS DE VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS.

3.1. CRITERIOS REFERIDOS AL CAMBIO DEL CLIENTE.
3.2. CRITERIOS REFERIDOS A LA RELACIÓN COSTO/EFICACIA DEL TRATAMIENTO.
3.3. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO POR PARTE DEL CONSUMIDOR.

4. APOYO EMPÍRICO A LOS TRATAMIENTOS CONDUCTUALES.

4.1. CRITERIOS OPERATIVOS PARA DETERMINAR EL APOYO EMPÍRICO A LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.
4.2. TRATAMIENTOS CONDUCTUALES CON APOYO EMPÍRICO.

4.2.1. Procedimientos operantes con apoyo empírico.
4.2.2. Procedimientos con apoyo empírico que descansan en el condicionamiento clásico.
4.2.3. Procedimientos de modelado y *biofeedback* con apoyo empírico.
4.2.4. Procedimientos cognitivo-conductuales con apoyo empírico.
4.2.5. Procedimientos cognitivos con apoyo empírico.

5. VALORACIÓN DEL APOYO EMPÍRICO A LOS TRATAMIENTOS CONDUCTUALES.

5.1. VALORACIÓN DEL APOYO EMPÍRICO A LOS PROCEDIMIENTOS DEL VIEJO Y NUEVO CONDUCTISMO.
5.2. VALORACIÓN DEL APOYO EMPÍRICO A LA TERAPIA COGNITIVA TRADICIONAL.
5.3. VALORACIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVA CONSTRUCTIVISTA.

PARTE QUINTA:

PANORÁMICA GENERAL DEL ENFOQUE CONDUCTUAL.

CAPÍTULO 30. MOMENTO PRESENTE Y PROYECCIÓN FUTURA DEL ENFOQUE CONDUCTUAL.

1. PANORÁMICA GENERAL DEL MOMENTO PRESENTE.
2. PERSPECTIVAS DE FUTURO.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

PRÓLOGO

Esta obra pretende cubrir el doble objetivo de servir de libro de texto para los alumnos de Tratamientos Psicológicos y, al mismo tiempo, ofrecer una perspectiva amplia, que no completa, de una perspectiva conductual de los Tratamientos Psicológicos. Este doble objetivo comporta la necesidad de situarse en una posición que facilite una visión didáctica y práctica de los Tratamientos Psicológicos sin dejar de presentar un marco de referencia amplio en que insertar los mismos.

Nos mueve a escribir este texto, por un lado, ofrecer a nuestros alumnos la perspectiva desde la que vemos los Tratamientos Psicológicos y, por otro, el deseo de superar el hecho constatado de que la mayoría de los manuales de terapia y/o modificación de conducta, disponibles en lengua española, se limitan a ofrecer unas técnicas a continuación de otras sin facilitar un marco de referencia histórico, teórico y filosófico en que situar las técnicas que se ofrecen. Se da por supuesto, al no entrar a discutir la entidad de los Tratamientos Psicológicos y de la terapia y/o modificación de conducta, que estas disciplinas son lo que se incluye en los textos o manuales, dejando, por otro lado, a las técnicas y/o procedimientos que se ofrecen huérfanas de un contexto teórico general que las justifique y permita explicar la evolución que se va produciendo en el tiempo.

Nuestro intento de contextualización necesariamente tiene que ser breve si atendemos a los destinatarios primarios, pero debe ser suficiente para que se entiendan los supuestos de que participa la perspectiva conductual y los modelos insertos en ella que aquí se presentan. Queremos, pues, que sea algo más que un manual, pero no tan pretencioso como un ensayo, sobre los Tratamientos Psicológicos que se imparten en un curriculum enmarcado en la especialidad de Psicología.

El texto se compone de cinco partes y pretende conjugar la presentación y evolución teórica de los distintos modelos y terapias existentes dentro de la perspectiva conductual de los Tratamientos Psicológicos con la evolución teórica que se va produciendo al mismo tiempo en la psicología.

La **parte primera** se dedica a exponer en dos capítulos una perspectiva general de los Tratamientos Psicológicos y la concepción particular de la perspectiva conductual. En el capítulo 1 se hace una presentación paradigmática de las tres grandes orientaciones en Tratamientos Psicológicos: La orientación psicodinámica, la orientación humanista-fenomenológica-existencial y la orientación conductual. Es una aproximación mínima a estas orientaciones con la intención de dar a conocer los supuestos y principios en que descansan y de hacer patente que existen otras orientaciones en Tratamientos Psicológicos además de la conductual que queda definida por su defensa de la observación conductual tanto en el momento de inferir constructos y comprobarlos como de verificar el cambio producido tras la aplicación de los tratamientos. Esta concepción de la perspectiva conductual permite incluir en ella, como se hace en el texto, tanto posicionamientos afines al aprendizaje por condicionamiento como al aprendizaje cognitivo. En el capítulo 2, tras hacer algunas consideraciones preliminares en torno a las posibles estrategias de presentación y sobre las precauciones que deben tomarse al intentar hacer una exposición histórica, se ofrece el contexto y las aportaciones que hicieron posible la aparición y consolidación del enfoque conductual en Tratamientos Psicológicos.

La **parte segunda** ofrece los modelos y técnicas presentes en **la primera ola**, siguiendo la denominación de Krasner (1990, 1992), del enfoque conductual de los Tratamientos Psicológicos. Esta primera ola se extiende desde el nacimiento del enfoque conductual a finales de la década de los cincuenta hasta mediada la década de los setenta en que empieza a producirse un distanciamiento de los modelos de condicionamiento y, en tratamientos, comienzan a aparecer propuestas de modelos con claros componentes de un aprendizaje cognitivo. En *el primer bloque* de esta parte se presenta el modelo operante, capítulo 3, y las técnicas y procedimientos correspondientes que permiten incrementar y mantener la conducta, reducir la conducta, adquirir nuevas conductas, facilitar la ocurrencia de la conducta en los lugares y momentos oportunos y la aplicación de los procedimientos operantes en un contexto social, capítulos 4 a 8. En el capítulo 9 se rompe el esquema temporal seguido en la exposición en aras de la coherencia teórica. Se presentan en él los avances recientes habidos dentro de este modelo y, especialmente, la Psicoterapia Analítica Funcional y la Terapia de Aceptación y Compromiso. En *el segundo bloque* se presenta el modelo neoconductista mediacional E-R y su evolución y valoración en el momento presente (capítulo 10) y los procedimientos más típicos: los aversivos (capítulo 11), la desensibilización sistemática (capítulo 12) y la implosión y la inundación (capítulo 13).

La **parte tercera**, que dividimos en tres bloques, presenta la **segunda ola** de los tratamientos conductuales, que se extiende desde mediados de la década de los setenta hasta nuestros días, y el movimiento hacia la integración. En ***el bloque 1*** se presenta la justificación teórica de la transición a nuevos modelos de tratamiento. El capítulo 14 recoge las críticas al aprendizaje por condicionamiento, la evolución del conductismo y

los primeros indicios del modelo emergente en terapia psicológica que es el cognitivismo. El capítulo 15 se dedica a los procedimientos encubiertos, el 16 al modelado, el 17 al autocontrol y el 18 al *biofeedback*. ***El bloque 2*** presenta inicialmente, en el capítulo 19, la exposición del modelo cognitivo. Los restantes capítulos se estructuran en dos apartados. *El apartado A* comprende las terapias cognitivas basadas en el procesamiento de la información: las terapias de entrenamiento en solución de problemas, capítulo 20, las terapias de entrenamiento en habilidades de afrontamiento, capítulo 21, y el entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum, capítulo 22. *El apartado B* presenta las terapias de reestructuración cognitiva y las evoluciones recientes del modelo cognitivo. En el capítulo 23 se exponen las terapias cognitivo-racionales (La terapia racional emotivo-conductual y la reestructuración racional sistemática). El capítulo 24 se dedica a la terapia cognitiva de Beck y el 25 a la evolución del modelo cognitivo dentro de los Tratamientos Psicológicos. ***El bloque 3***, que consta de un sólo capítulo, el 26, se dedica a exponer el movimiento a la integración.

La parte cuarta, compuesta por tres capítulos, está dedicada a ofrecer los elementos para una valoración de los Tratamientos Psicológicos en general y una valoración empírica de los tratamientos conductuales en particular. El capítulo 27 ofrece un marco metateórico en que situar los Tratamientos Psicológicos y las asunciones teóricas y metodológicas que los definen y determinan o condicionan su ejercicio. El capítulo 28 está dedicado a la investigación en Tratamientos Psicológicos: investigación de las técnicas o programas, investigación del proceso e investigación de los resultados. El capítulo 29 se centra en establecer criterios para valorar los resultados y en mostrar el apoyo empírico con que cuentan los tratamientos conductuales.

La parte quinta, un único capítulo, el 30, destaca algunos problemas actuales y perspectivas de desarrollo en el campo de los Tratamientos Psicológicos.

Finalizamos la presentación de esta obra deseando que esta aportación facilite la comprensión de los Tratamientos psicológicos a los estudiantes y a los profesionales que pueden encontrar aquí un recurso mediante el que actualizar sus conocimientos. Espero que, de las críticas y comentarios que puedan hacerse, se siga en un día no muy lejano una versión que responda mejor a las demandas de los destinatarios primeros de esta obra.

PARTE PRIMERA

PERSPECTIVA GENERAL DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS: EL ENFOQUE CONDUCTUAL.

En esta parte primera estructurada en dos capítulos presentamos desde una perspectiva histórica y conceptual la orientación conductual en Tratamientos Psicológicos. Empezar directamente a exponer este enfoque facilitaría muchísimo la labor, pero limitaría el conocimiento de lo que son los Tratamientos Psicológicos y de las orientaciones que pueden distinguirse en ellos.

Con relativa frecuencia se hace referencia al trabajo de Karasu (1986) en que se estima existen más de 400 terapias, estimación que Mahoney (1994) eleva hasta situar en 500 las propuestas concretas de psicoterapia. Sin entrar a discutir esta estimación, sí es cierto que la proliferación de terapias habida a partir de la propuesta de los grandes sistemas de terapias hecha en gran medida en la década de los 60 lleva a los estudiantes y profesionales a la dificultad de orientarse en este entramado y de tomar decisiones respecto al enfoque a elegir en su actividad profesional. Por ello, el tema 1, tras definir los Tratamientos Psicológicos, se dedica a hacer una exposición paradigmática de las grandes orientaciones en Tratamientos Psicológicos facilitando de esta forma el conocimiento del lugar que ocupa en ellos la orientación conductual.
El tema 2, por su parte, recoge ya de forma concreta el contexto, los supuestos y las contribuciones concretas que hacen realidad el nacimiento de la orientación conductual dentro de los Tratamientos Psicológicos.

Las grandes orientaciones terapéuticas de este período, además de la orientación conductual, son el Psicoanálisis y el enfoque humanista-fenomenológico-existencial. Una orientación adicional es el movimiento hacia la integración (Ford y Urban, 1998). En esta parte primera de la obra no se considera este movimiento porque en él domina el pragmatismo de la eficacia terapéutica sin coherencia teórica alguna y las posiciones de este tipo obstaculizan más que favorecen el desarrollo del conocimiento (Richardson, 1993). Esta obra quiere ser una ayuda para que los alumnos y profesionales conozcan los tratamientos conductuales y se posicione en un marco teórico general con relación a las otras grandes orientaciones. Esto no nos priva de presentar esta orientación en la parte tercera del libro como una característica de la práctica terapéutica de nuestro tiempo.

CAPÍTULO 1. LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS Y EL ENFOQUE CONDUCTUAL.

Los Tratamientos Psicológicos, que sepamos, apenas han sido objeto de reflexión para intentar definirlos como *corpus* teórico o práctico. Recientemente en nuestro país, posiblemente al amparo de la denominación de una subárea de conocimientos dentro de la organización de los estudios universitarios de Psicología, publicaciones como las de Botella (1986) y M. Pérez (1996a) utilizan estos términos en el título de sus obras sin detenerse a justificar por qué han prescindido del término psicoterapia que sí tiene historia y definiciones, aunque quizás en exceso (Ávila, 1994; Garrido, 1996).

Nosotros tenemos la impresión de que la denominación Tratamientos Psicológicos para una subárea y disciplina pudiera responder a un estado de cosas en que, reconociendo la existencia de la Psicoterapia y la Terapia y/o Modificación de Conducta y las connotaciones que encierran, en vez de tomar una opción que abogara por cualquiera de estos términos con las implicaciones teóricas y socioprofesionales que le son propias, se hubiera optado por los términos Tratamientos Psicológicos que comportan neutralidad y convivencia pacífica en el campo de la terapia psicológica. Nos recuerda esta propuesta a la que hace Koch (1981) respecto a la psicología. Koch, al ver los problemas que tiene la psicología para mantener su identidad, opta por el reconocimiento de la no cohesión en su seno y sugiere que el término psicología se reemplace por una alocución, *estudios psicológicos* (p. 268). Con esta propuesta parece que *mutatis mutandis* Koch se hubiera adelantado unos quince años a lo que ha terminado por ocurrir en nuestros planes de estudios. Teníamos unas disciplinas (Psicoterapia y Terapia y/o Modificación de conducta) que tenían y tienen problemas de identidad y, sin duda, de intereses profesionales. Ahora nos encontramos con que ambos términos han sido sustituidos por otro, Tratamientos Psicológicos, y se deja, a quienes enseñamos en este campo, la tarea de definir o delimitar su campo.

1. DEFINICIÓN DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.

La dificultad en encontrar antecedentes históricos de qué sean los Tratamientos Psicológicos y la realidad de encontrarnos con enfoques muy diversos a la hora de abordar la ayuda que se ha prestado al hombre en los aspectos concernientes a su existir a partir de los conocimientos emanados del saber psicológico, nos sitúa ante el dilema de asimilar la denominación a otra previa, que pudiera tener connotaciones parecidas, o proponer *ex novo* una definición. Los dos libros que conocemos con el título de Tratamientos Psicológicos optan por presentar un contenido similar al que aparece en las publicaciones que llevan por título *Psicoterapia*. Incluyen el psicoanálisis, la terapia de conducta y la orientación humanista-fenomenológico-existencial, esto es, consideran, como consideramos nosotros, Tratamientos Psicológicos las grandes orientaciones terapéuticas que desde la psicología han pretendido ofrecer explicaciones para los problemas psicológicos del hombre y procedimientos de solución a estos problemas para que éste alcance un grado de armonía, bienestar y desarrollo personal, familiar y social satisfactorio. Asimilamos, pues, el enunciado Tratamientos Psicológicos al contenido previamente presentado como psicoterapia. Se deja fuera de los Tratamientos Psicológicos, en general, el enfoque biopsiquiátrico porque no funda su eficacia en los recursos psicológicos básicamente y, porque, al contar con la administración de fármacos en su práctica ordinaria, estaría fuera de las competencias profesionales del psicólogo español por el momento.

En el ámbito académico el campo propio de los Tratamientos Psicológicos viene delimitado por la coherencia exigible a todo campo de conocimientos, por el propio desarrollo y pertenencia a un área que la historia ha ido delimitando y por las áreas adyacentes que postulan y ejercen algún tipo de intervención como puede ser la

social y educativa. Para el Área de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos quedaría la intervención orientada a conseguir *la adaptación, la competencia personal y social y la promoción de la salud.*

2. VISIÓN PARADIGMÁTICA DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.

El uso del concepto *paradigma* puede ser útil para organizar las teorías y terapias, pero puede ser al mismo tiempo inadecuado por la existencia de terapeutas eclécticos y por la existencia de desacuerdos considerables dentro de un mismo paradigma y respecto a qué sea un paradigma. A pesar de estas inadecuaciones con la realidad puede resultar útil intentar hacer patentes algunas de las asunciones fundamentales de los paradigmas principales, sus consideraciones teóricas y sus ejemplares compartidos y exponerlas a una discusión racional.

Los paradigmas que suelen distinguirse en Tratamientos Psicológicos son el psicoanalítico, el humanista-fenomenológico-existencial y el conductual. Como contexto en que situar el enfoque conductual ofrecemos una presentación paradigmática de estos tratamientos después de exponer el concepto de paradigma.

2.1. EL CONCEPTO DE PARADIGMA.

El concepto de paradigma en las disciplinas científicas fue popularizado por Kuhn en *La estructura de las revoluciones científicas* (Kuhn 1962; Pollie, 1983), aunque el término estuviera documentado en castellano e inglés desde principios del siglo XVI (Leahey, 1992). La perspectiva de Kuhn sobre los paradigmas estuvo influida por una oscura monografía escrita en 1935 por Fleck (Citado en O'Donohue y Krasner, 1995a) que examinó el impacto de la base social del conocimiento sobre el estudio científico de la sífilis.

Desgraciadamente, Kuhn usó el término paradigma con diversos sentidos y cierta vaguedad como él mismo reconoció más tarde (Kuhn, 1974). En este trabajo él mismo recoge que Masterman (1970) reúne hasta 22 usos diferentes del término paradigma. Hay que decir, además, que él limitó su discusión sobre los paradigmas a las ciencias naturales.

Masterman (1970) identifica en el libro de Kuhn (1962) tres categorías amplias entre las múltiples definiciones y sentidos del término *paradigma*:

1. *Paradigmas metafísicos o metaparadigmas*. Consisten en una nueva forma de ver, un principio de organización que gobierna la percepción misma, o un mapa cognitivo de la realidad.

2. *Paradigmas artefactuales*. Se componen de los instrumentos básicos y concretos de una disciplina, tales como sus instrumentos y métodos de trabajo, sus libros de texto y otros escritos ejemplares.

3. *Paradigmas sociológicos*. Están compuestos por los logros científicos universalmente reconocidos, por el conjunto de instituciones políticas o legislación y decisiones judiciales que ayudan a definir una disciplina.

En respuesta a las críticas y con la pretensión de una mayor claridad y sistematización, Kuhn (1974) desarrolló un cuarto sentido del término paradigma:

4. *Paradigma como matriz o estructura disciplinar*, que incorpora generalizaciones simbólicas, creencias en los modelos, valores compartidos (p. e., precisión, cuantificación), y *ejemplares* o soluciones a problemas reconocidos.

Fishman, Rotgers y Franks (1988), al analizar el alcance de las cuestiones referidas a los paradigmas en terapia de conducta, encuentran conceptualmente útil unir a estas cuatro diferentes acepciones del concepto de paradigma cinco ámbitos diferenciados de la terapia de conducta en que emergen y se desarrollan las cuestiones paradigmáticas. Los cinco ámbitos en que pueden plantearse las cuestiones paradigmáticas son: 1) el epistemológico, 2) el científico y teórico, 3) el tecnológico, 4) el ético y 5) el histórico, social y político. Las cuatro acepciones y los cinco ámbitos se proyectan en la dimensión de tiempo presente frente a futuro y se crea una matriz de 4 x 5 x 2 que, al menos en teoría, facilita 40 contextos posibles en los que puede discutirse la naturaleza de los paradigmas. De aquí resultaría una discusión muy compleja que ni siquiera ellos pretenden abordar en su libro y que sólo recogemos para advertir sobre los variados contextos en que pueden plantearse las discusiones sobre los paradigmas en Tratamientos Psicológicos.

Erwin (1997), al exponer los paradigmas en psicoterapia, considera que un paradigma incluye varios elementos: 1) Un ejemplar tal como propone Kuhn (1977), pero que él amplía para incluir una estrategia de investigación (p. e., la aplicación del condicionamiento por parte de Watson al pequeño Alberto para demostrar que las neurosis se basaban en el aprendizaje) o una estrategia terapéutica aparentemente exitosa (p. e., el uso por parte de M.C. Jones de las ideas de Watson para tratar una fobia). Ambas entiende Erwin que son *ejemplares*, esto es, importantes ejemplos que fueron influyentes en el desarrollo de la Terapia de Conducta. 2) Una o más formas de tratamientos psicológicos y una o más teorías empíricas relativas a cómo se originan los problemas clínicos o cómo funcionan las terapias. 3) Diversas asunciones sobre metodología, valores, filosofía o sobre los tres. Fishman y Franks (1997), por su parte, recogen las siguientes notas como definitorias de un paradigma: a) La adhesión a ciertos supuestos epistemológicos y de filosofía de la ciencia. b) Un particular conjunto de posiciones teóricas. c) Un cuerpo de datos científicos y de otro tipo. d) Conjunto particular de técnicas y tecnologías. e) Valores específicos y posiciones éticas. f) Un contexto histórico, político y sociológico particular.

Como vemos, de una o de otra forma, las cuatro categorías de paradigmas extraídas de las consideraciones de Masterman y Kuhn son usadas por distintos autores posteriores y aquí nos van a servir de guía y referente para hacer notar que un determinado paradigma existe y que dentro de los Tratamientos Psicológicos se han producido en el tiempo cambios que pueden considerarse paradigmáticos. Queremos hacer notar especialmente que en los paradigmas existen distintos niveles y ámbitos y que, cuando se habla de cambio de paradigma, puede que el cambio sólo se esté produciendo en uno de estos ámbitos o niveles y que el cambio de paradigma no tiene por qué llevar a la desaparición del paradigma anterior como demuestran Friman y otros (1993). Para estos autores ni el conductismo desplazó al psicoanálisis, ni la psicología cognitiva al conductismo. Todos han crecido y en el momento presente gozan de buena salud.

2.2. EL PARADIGMA PSICOANALÍTICO.

Eysenck (1988) sugiere que el cuerpo general de la teoría *dinámica* y las aplicaciones psicoterapéuticas de esta teoría por Freud y sus seguidores ha constituido un paradigma en un sentido más o menos próximo al que Kuhn (1962) da a este término. Según Eysenck, ninguno que fuera un estudiante de psicología en los años precedentes o posteriores a la segunda Guerra Mundial pondría en duda que el psicoanálisis poseía muchas de las características de un paradigma kuhniano. La gran mayoría de los psiquíatras y psicólogos clínicos, ayudados e instigados por muchos psicólogos de la personalidad y psicólogos sociales, aceptaron la posición de Freud como un *paradigma metafísico* (Masterman, 1970), esto es, como una nueva forma de ver y un principio organizador que dirige la misma percepción. Puede considerarse también el psicoanálisis como un *paradigma artefactual* que se compone de los instrumentos concretos, básicos de la disciplina incluyendo los métodos (interpretación de los sueños, asociación libre) así como sus libros de texto y otros escritos ejemplares. En tercer lugar se aceptó como un *paradigma sociológico*, ya que sus seguidores, muchos de ellos sin ser psicoanalistas, hablaban de sus logros científicos universalmente reconocidos y reconocían la autoridad de sus instituciones políticas, las únicas que podían actuar como corporaciones de entrenamiento y conferir el estatus de psicoanalistas entrenados a los novicios.

Eysenck (1988) reconoce que el psicoanálisis además de ser un paradigma en las tres perspectivas reconocidas por Masterman lo es en un cuarto sentido, como estructura disciplinar o matriz disciplinar. En este sentido de paradigma sociológico en sentido amplio se refleja la necesidad de la disciplina por comunicarse, organizarse y perpetuarse a través de la enseñanza a los estudiantes (Catalano, 1979). Este sentido del paradigma adquiere particular importancia para el psicoanálisis, a juicio de Eysenck, por los procedimientos explícitos de *lavado de cerebro* a que somete a sus estudiantes (Eysenck, 1985). Para Eysenck, el psicoanálisis es, pues, un paradigma en las cuatro acepciones más generales del término.

2.2.1. Principios Teóricos Comunes.

Baker (1988) identifica cinco características que comparten las diversas escuelas de psicoanálisis y Wolitzky (1995) presenta ocho proposiciones centrales e interrelacionadas de la teoría tradicional de Freud que presentamos armonizándolas como las asunciones conceptuales centrales de la orientación psicoanalítica. Podríamos llamar a estas notas las características del *metaparadigma* psicoanalítico. Las características comunes son:

1. *El principio del determinismo psíquico*. El psicoanálisis mantiene que existe una regularidad normal en la vida mental, de forma que fenómenos mentales accidentales o aparentemente azarosos tienen causas. El psicoanálisis enfatiza, entre las variables significativas que determinan el curso de la conducta y pensamiento, la historia de desarrollo del individuo y el determinismo biológico que acentúa el papel de los instintos y los impulsos biológicos en la motivación de la conducta. La acción y el pensamiento humano se examinan desde la interacción básica entre el cuerpo y la mente.

2. *El determinismo múltiple de la conducta* (a veces llamado, erróneamente, *sobredeterminación*) se refiere a los hechos de causalidad convergente y divergente, esto es, el mismo motivo puede dar origen a miríadas de conductas y una conducta determinada puede ser función de múltiples motivos. El psicoanálisis sitúa la determinación de la conducta en un conjunto de distintas vías que se supone operan simultáneamente. Cada una de las variables provenientes de las distintas vías puede tener diferentes grados de influencia, pero cada una de ellas debe ser comprendida con el fin de explicar exhaustivamente la conducta o la acción que se está examinando.

3. *El énfasis en el inconsciente*. Los teóricos del psicoanálisis han prestado una atención considerable al contenido del inconsciente, a su naturaleza y a los tipos de leyes psicológicas que gobiernan su actividad, aunque el individuo puede ser consciente de muchos de los determinantes de la conducta.

4. *La convicción de que la conducta tiene significado*. Este principio es una extensión de la idea de que la conducta es regular, intencionada y está determinada. Sugiere que ninguna acción o pensamiento es puramente casual, sino más bien el resultado significativo de variables y procesos específicos determinantes. Se considera, frecuentemente, que la acción de estas variables es metafórica o simbólica y ha conducido a los psicoanalistas a ocuparse de fenómenos como los sueños, los *lapsus linguae*, el humor, las conductas no verbales y los significados simbólicos de los síntomas neuróticos.

5. *La creencia en el papel del conflicto en el origen de la neurosis*. Este conflicto, a menudo, se ha entendido en términos de la dicotomía de las fuerzas internas que buscan expresión en un ambiente social o cultural que demanda su inhibición. Numerosas conductas se explican como compromisos para resolver este conflicto.

6. *La asunción de que toda conducta está motivada por un deseo*, primero por el de evitar la indefensión por la estimulación excesiva y, segundo por el de maximizar el placer y minimizar el dolor (el principio de placer).

7. *La funcionalidad de la ansiedad*. La ansiedad en pequeñas dosis es una señal de peligro que dispara los mecanismos de defensa.

8. *La complementariedad de las series*. La noción de Freud de series complementarias permite la contribución conjunta e interacción de los factores genético/constitucionales y ambientales como determinantes de la conducta.

2.2.2. Procedimientos terapéuticos comunes.

La mayoría de los analistas y terapeutas comparten diversos principios estratégicos básicos que caracterizan al tratamiento psicoanalítico y continúan practicándolo de un modo muy similar al desarrollado por Freud y sus primeros discípulos. Pine (1990) dice que cien años después del nacimiento del psicoanálisis, el núcleo de la técnica de Freud (escuchar tranquilamente en un estado de atención apaciblemente mantenida, una postura de objetividad y abstención, intervenciones basadas en la interpretación y trabajar la resistencia y transferencia) permanece como piedra angular de la práctica psicoanalítica.

El centro de atención de muchos de los procesos terapéuticos es el material inconsciente. Se utilizan diversas técnicas para facilitar el desarrollo del conocimiento consciente, fundamentalmente, la relajación de la represión y el desarrollo del *insight*. Este proceso no sólo facilita la autoconsciencia, la autocomprensión y un incremento de la capacidad de autorregulación racional, sino que también da lugar al fortalecimiento del Yo y a la liberación de energías para la actividad creativa, previamente destinadas a las luchas defensivas y a los conflictos intrapsíquicos. La movilización del material inconsciente en el tratamiento psicoanalítico se alcanza a través de dos procesos fundamentales (Alexander, 1963), la interpretación del material que emerge durante la hora de terapia, y la interpretación de las experiencias emocionales e interpersonales del paciente con el analista durante la situación terapéutica. El primer proceso, generalmente, utiliza la técnica de la libre asociación o una entrevista más bien centrada en la recogida de material para la interpretación. El segundo proceso enfatiza la transferencia y la neurosis de transferencia asociada. Los enfoques del tratamiento psicoanalítico que enfatizan la importancia de la regresión transferencial tienden a enfatizar también la necesidad de que el analista mantenga una actitud y postura objetiva, no evaluativa e impersonal, de forma que no impida el desarrollo de la transferencia. Otro rasgo central del tratamiento psicoanalítico es el énfasis en la comprensión y superación de la resistencia que los pacientes muestran y que les impide el reconocimiento del material inconsciente. Puesto que la transferencia se cree que representa una repetición de los conflictos infantiles, su resolución es una parte importante de la elaboración de los orígenes dinámicos de la conducta inadaptada.

Si se describiera en términos de balance dinámico, bloques conflictivos o integración estructural, se podría decir que todo el tratamiento psicoanalítico intenta fomentar la organización sana de la estructura psicológica del individuo, para resultar en una eficiencia máxima de la función y adaptación y en una capacidad para continuar el crecimiento y la maduración.

La perspectiva más tradicional sobre la acción terapéutica del psicoanálisis ha tendido a enfatizar la importancia central del *insight* (Loewald, 1960). La compresión inicial de Freud en relación al *insight* enfatizaba el reconocimiento consciente de recuerdos y fantasías previamente reprimidos. En las formulaciones más recientes, el concepto del *insight* se ha extendido hasta incluir el autoconocimiento y la comprensión general. Se considera que el *insight* tiene componentes cognitivos y emocionales. Ambos son necesarios para que el *insight* ocurra. Cuando el paciente logra entender los aspectos de su conducta, esa comprensión es probablemente la que genera la liberación de sentimientos profundos. Se considera que el autoconocimiento sin este componente emocional es simplemente un ejercicio intelectual, mientras que una cierta cantidad de abreacción emocional es indicadora de un *insight* verdadero.

Las funciones curativas del *insight* se han descrito a lo largo de varias dimensiones diferentes. Una función curativa descansa en el autoconocimiento y la autocomprensión que permiten la capacidad de un control consciente, control que se produciría por la liberación de aquellas energías libidinales previamente destinadas al conflicto inconsciente y a la defensa, de forma que puedan hacerse disponibles al Yo para la actividad productiva y creativa (Fenichel, 1945). Una segunda función curativa del *insight* se describe en términos de la *objetivación del sí mismo*. La capacidad de observar objetivamente la propia conducta ayuda a poner las cosas en una perspectiva nueva y puede ser un precursor importante en el cambio de actitudes, sentimientos y conductas. Una tercera función importante del *insight* enfatiza el contexto relacional en que se desarrolla con su carga emocional incluida más que sus funciones cognitivas.

Podemos resumir diciendo que las diversas tradiciones del psicoanálisis tienden a apoyarse en asunciones conceptuales parecidas elaboradas a partir, en gran parte, de aspectos del psicoanálisis clásico. De forma que nos encontraríamos en este apartado con los componentes compartidos del paradigma psicoanalítico. En general, el psicoanálisis clásico es realmente un tratamiento selectivo y limitado, que enfatiza la reorganización y reajuste de la estructura psíquica, más que la mejora de los síntomas y la resolución de problemas. Otras formas contemporáneas del tratamiento psicoanalítico se centran más directamente en brindar apoyo para lograr la autonomía y eficiencia del Yo, enfatizando la comprensión actual, en lugar de la reconstrucción de la historia y de las experiencias del desarrollo.

2.3. EL PARADIGMA DE LA TERCERA VÍA.

Elegimos este título para referirnos a una rebelión contra lo que se denominó *establishment* psicoanalítico mecanicista, impersonal, formalizado, jerárquico y elitista, y contra un conductismo que, con sus pretensiones de lograr un conocimiento científico, resultaba demasiado reduccionista y frío. Maslow (1962) atribuyó la denominación de *tercera fuerza* a un enfoque en terapia que acentuaba los valores de un cierto humanismo. Después, distintos autores se refieren a esta *tercera fuerza*, aunque insistiendo más en uno u otro de los tres enfoques, humanista, fenomenológico y existencial, que suelen incluirse en ella. Nosotros preferimos titular este apartado 'La Tercera Vía' para quitarle todo matiz belicoso al término.

La *tercera vía* rechaza explícitamente los intentos de aprehender al hombre sólo en sus componentes físicos o en sus motivaciones inconscientes. En este sentido, dice Robinson (1979), la *tercera vía* es más una vuelta a las psicologías de los siglos XVIII y XIX que una nueva *fuerza*. Sus defensores, sin embargo, consideran que, a diferencia del humanismo antiguo, la *tercera vía* se presenta a sí misma como científica e insiste en que la concepción mecanicista de la ciencia es un hábito de la mente moderna que se van a dedicar a corregir.

La *tercera vía* tiene muchos portavoces que no están de acuerdo en los términos (humanismo, fenomenológico o existencial) que deben aparecer como centrales, ni en si el significado de los mismos debe ser consistente con el uso filosófico reciente o con el histórico. Esto dificulta el análisis crítico de la *tercera vía* que, a juicio de Robinson (1979), tiene en común la tradición intelectual europea iniciada en la década de los 30 y 40, tradición cuyos orígenes se remontan a Hegel, Marx y Brentano. Estos autores, por otro lado, estima Robinson que no tienen en común más que representar un alejamiento de Kant y de la superestructura racionalista del pensamiento de la Ilustración. Esta ruptura con la tradición generó una jungla de nuevas orientaciones, filosofías personales, sistemas éticos y psicologías filosóficas en la que sobresalen pensadores como Edmund Husserl, Martin Heidegger, Soren Kierkegaard, Maurice Merleau-Ponty y Jean-Paul Sartre.

Aunque no parece que exista duda de que en la tercera vía existen paradigmas en sentido sociológico es más difícil afirmarlo en sentido artefactual y, no digamos, en sentido metafísico o como matriz disciplinar. Más difícil es todavía afirmarlo conjuntamente de las tres orientaciones comprendidas en la Tercera Vía. Entrar en una discusión sobre estos aspectos nos llevaría muy lejos al tener que estar haciendo distinciones respecto a cada una de las orientaciones y a un referente temporal. Aquí sólo vamos a señalar los elementos comunes que le dan una cierta unidad a la Tercera Vía y le sitúan como una opción terapéutica alternativa.

Las teorías de psicoterapia incluidas en la Tercera Vía comparten creencias y principios que las diferencian claramente de otras grandes orientaciones como la conductual y la psicoanalítica. Las vías mediante las cuales estos principios se cumplimentan en las sesiones terapéuticas varían, sin embargo, substancialmente en los diferentes acercamientos. Comparten estas orientaciones un énfasis en la subjetividad y conciencia a la hora de comprender la conducta, y una resistencia a ver la persona como un objeto, a que la persona sea vista

objetivamente desde un punto de vista externo que ignore su realidad existencial. La posición de Kierkegaard (1967) como la de Sartre (1989), era que debía ser respetada tanto la realidad objetiva como la realidad subjetiva y única de cada ser humano para captar la más completa realidad subyacente a la subjetividad y a la objetividad. Los filósofos europeos Husserl (1992), fundador del movimiento fenomenológico, M. Heidegger (1951), padre del análisis existencial, Jaspers (1977), Max Scheler (1928) y G. Marcel (1973) fueron todos influyentes en la explicación y extensión de esta posición.

Al examinar los orígenes profesionales, geográficos e históricos de los terapeutas insertos en la Tercera Vía, es claro que, aunque emergieron de ambientes muy diversos, todos estuvieron directa o indirectamente influidos por filósofos existencialistas. Todos estaban buscando formas de comprender y acercarse a la capacidad humana única de poseer conciencia autorreflexiva y a los significados, elecciones y desarrollos personales. Todos estaban intentando avanzar más allá de lo que ellos consideraban las visiones restringidas del funcionamiento humano representadas en las otras dos grandes orientaciones, el psicoanálisis y la terapia de conducta. Aunque todas las terapias de la Tercera Vía explicaron los puntos de vista patológicos, el foco primario del terapeuta estaba en comprender las vías mediante las cuales las personas podrían ser ayudadas para orientarse a un funcionamiento saludable e incluso ideal.

Algunos autores han intentado recoger las ideas centrales que caracterizan a la Tercera Vía (p. e., McWaters, 1977; Sutich y Vich, 1969). El intento comprensivo más reciente (Tageson, 1982) se ha centrado en detallar algunos de los temas más importantes de la psicología de la Tercera Vía. Nosotros recogemos cuatro que son de la máxima importancia en cada una de las orientaciones siguiendo a Rice y Greenberg (1992).

1. *El compromiso con el enfoque fenomenológico*. Se funda en la creencia de la capacidad humana única para la conciencia reflexiva y en la creencia de que es esta capacidad la que puede llevar a la autodeterminación y la libertad.

2. *El hecho de que opera alguna forma de tendencia a la actualización o crecimiento*, aunque ésta es una característica sobre la que toman posiciones algo diferentes. Todos, sin embargo, estarían de acuerdo en conceder importancia al punto de vista antihomeostático del ser humano, esto es, a un ser que se esfuerza hacia el crecimiento y desarrollo más que meramente hacia el mantenimiento de la estabilidad (Maslow, 1970). Todos estarían de acuerdo en que las elecciones personales se guían por la conciencia del futuro y del presente inmediato más que solamente por el pasado. Tageson (1982) enfatiza que esta tendencia a la actualización es más que un concepto biológico. Para él la tendencia a la actualización y crecimiento tiene que ver con el *self* como un centro de intencionalidad y búsqueda de significado.

3. *La creencia en la capacidad humana para la autodeterminación*. Las vías a través de las que esta capacidad se desarrolla, facilita o bloquea son cuestiones claves. La elección y el deseo de actuar son aspectos

centrales del funcionamiento humano. Los individuos no están determinados solamente por su pasado o por sus ambientes sino que son agentes en la construcción de sus mundos.

4. *El centrarse en la persona*. Esto implica interés y respeto real para cada persona tanto si ellos son sujetos de estudio en una investigación o están dentro del proceso terapéutico. La experiencia subjetiva de cada persona es de importancia central, y en el esfuerzo para captar esta experiencia, uno intenta compartir el mundo de la otra persona de forma tal que va más allá de la dicotomía sujeto-objeto.

Las terapias de la Tercera Vía tienen importantes puntos en común con otras orientaciones como la terapia cognitiva, por ejemplo. En opinión de Bohart (1982), tienen concepciones muy parecidas sobre la conducta disfuncional y el vivir 'adecuadamente, y la meta cognitiva de eliminar las cogniciones disfuncionales puede ser funcionalmente equivalente a la insistencia del paradigma humanista en hacer vivir al cliente el *aquí y ahora*.

2.4. EL PARADIGMA CONDUCTUAL.

Colby (1964), dos años después de que Kuhn (1962) escribiera su obra sobre la estructura de las revoluciones científicas, habla de la no existencia de un paradigma único y compartido en psicoterapia que logre el consenso de los psicoterapeutas y afirma que con considerable solapamiento los paradigmas líderes en ese momento son el psicoanalítico, la teoría del aprendizaje y el paradigma existencial.

Colby, citando a Kuhn (1962), recoge signos de una crisis, la proliferación de expresiones de enfrentamiento, la complacencia en ensayar cualquier cosa, la expresión explícita de descontento, el recurso a la filosofía y al debate sobre lo fundamental. Sigue diciendo Colby que reconocer el caos es un signo de estado de crisis, aunque el desorden, la confusión y el *impasse* en psicoterapia no se hayan producido de repente. Lo que es nuevo en un estado de crisis es su público reconocimiento manifestado por el deseo de encarar los hechos y buscar ayuda.

Colby estima que el solapamiento de paradigmas que aparece en el campo de la psicoterapia en 1964 es un signo de crisis en la psicoterapia donde prevalece el caos. Ve la situación en un *impasse*, en un periodo de espera entre los viejos y los nuevos paradigmas derivado del reconocimiento de que los viejos paradigmas están cayendo y dejando de resolver adecuadamente problemas para los que antes eran la solución. Pone como ejemplo el paradigma psicoanalítico. Colby escribe que, aunque la mayoría de los conceptos, nociones y reglas empíricas relacionadas con la terapia diádica de su tiempo provienen del paradigma psicoanalítico, éste se está agotando como fuente de nuevas ideas para la terapia. Sigue diciendo Colby que las publicaciones teóricas de su tiempo versaban interminablemente sobre viejos temas que habían sido cubiertos tan a fondo

que poco nuevo parecía crecer y que la literatura psicoanalítica relacionada con temas triviales estaba creciendo rápidamente. Esta tendencia, unida a una ciega complacencia en el método, recuerda a Colby que Whitehead advierte que la evidencia principal de que una metodología se vuelve inservible está en que no se ocupa de las cuestiones importantes. Otros indicadores de la situación de estancamiento en el psicoanálisis está en que no han aparecido nuevos conceptos o técnicas terapéuticas durante muchos años y en que la investigación en psicoterapia no ha tenido efecto sobre la práctica de la terapia. Otra manifestación sintomática de los estados de crisis es usar o perfeccionar solamente sus métodos tradicionales. En esta línea de argumentación, Eysenck (1987a) decía que, conforme al planteamiento de Lakatos sobre los paradigmas en crisis, el psicoanálisis había mostrado ser un programa de investigación degenerativo. En la década de los 50 y con posterioridad el psicoanálisis vive para defender sus planteamientos sin progreso alguno.

Para Eysenck, demostrar, como él hizo (Eysenck, 1952), que no había evidencia para afirmar que la psicoterapia psicoanalítica fuera efectiva, fue el antecedente de una genuina revolución. Esta revolución culminó en el campo de la psicoterapia con la adopción de un paradigma diferente, esto es, de un conjunto de diferentes teorías y terapias y de una nueva forma de concebir los tratamientos psicológicos. La nuevas teorías y terapias se fundaban en los principios de aprendizaje. A gran parte de este paradigma se refiere Erwin (1997) llamándolo *Paradigma de la Terapia de Conducta Antiguo*. Erwin incluye en este paradigma el modelo operante y la posición de Wolpe en la medida en que no aceptan una causalidad de tipo cognitivo. Eysenck quiere quedar excluido de las críticas de Erwin (1978) al *Paradigma de la Terapia de Conducta Antiguo* y Erwin (1997) concede que el grueso de las críticas se refiere a las posiciones skinnerianas, pero que Eysenck, aunque apela a veces al conductismo lógico, su teoría del condicionamiento más reciente (Eysenck, 1987a) no depende de lo que Erwin llama esa inaceptable teoría refiriéndose a la posición de Skinner. Se incluirían en el *Paradigma de la Terapia de Conducta Antiguo,* que expondremos con detalle en los capítulos que siguen, las técnicas que dicen fundarse en los principios del aprendizaje por condicionamiento, operante y clásico, y en gran medida en el neoconductismo mediacional que se desarrolla durante la primera ola de los Tratamiento Psicológicos. Dejamos claro, ya de entrada, que no identificamos de ninguna manera este paradigma con el paradigma que nosotros llamamos conductual. Para nosotros el Paradigma de Terapia de Conducta Antiguo es la primera aportación al paradigma conductual y, por tanto, representa un momento en la evolución de este paradigma.

2.4.1. El Paradigma de Terapia de Conducta Antiguo.

Eysenck (1959) comparaba cuidadosamente los paradigmas de Terapia de Conducta Antiguo y el Paradigma Psicoanalítico en un conjunto de diez posiciones importantes mantenidas por cada uno de estos paradigmas. Nosotros reproducimos en la TABLA 1.1. las diez posiciones contrapuestas, tal como Eysenck las publicó, con la idea de perfilar las características y matices de los dos paradigmas más importantes en Tratamientos Psicológicos en aquel momento.

TABLA 1.1.

PRESENTACIÓN DE LAS DIFERENCIAS MÁS IMPORTANTES ENTRE LA PSICOTERAPIA FREUDIANA Y LA TERAPIA DE CONDUCTA

Psicoterapia freudiana	**Terapia de conducta**
1. Basada en una teoría inconsistente que nunca se ha formulado con propiedad en forma de postulados.	1. Basada en una teoría consistente formulada con propiedad de forma que lleve a deducciones verificables.
2. Derivada de observaciones clínicas hechas sin el necesario control, observación o experimentación	2. Derivada de estudios experimentales específicamente diseñados para comprobar la teoría básica y las deducciones que de ellas se siguen.
3. Considera los síntomas el resultado visible de causas inconscientes (complejas).	3. Considera los síntomas Respuestas Condicionadas no adaptativas
4. Contempla los síntomas como evidencia de la represión.	4. Contempla los síntomas como evidencia de un aprendizaje defectuoso.
5. Cree que la sintomatología está determinada por los mecanismos de defensa,	5. Cree que la sintomatología está determinada por las diferencias individuales en cuanto a facilidad y labilidad autonómica para ser condicionado, así como de circunstancias ambientales accidentales.
6. Todo tratamiento de los trastornos neuróticos debe estar basado en la historia personal.	6. Todo tratamiento de los trastornos neuróticos tiene que ver con hábitos actuales; el desarrollo histórico es en gran parte irrelevante.
7. Las curas se logran trabajando las dinámicas subyacentes (inconscientes), no mediante el tratamiento del síntoma mismo.	7. Las curas se logran tratando el síntoma mismo, esto es, extinguiendo las RCs no adaptativas y estableciendo RCs deseables.
8. La interpretación de los síntomas, sueños, actos, etc., es un elemento importante del tratamiento.	8. La interpretación, aunque no sea completamente subjetiva y errónea, es irrelevante.

9. El tratamiento sintomático conduce a la elaboración de nuevos síntomas.	9. El tratamiento sintomático conduce a una recuperación permanente, siempre que se extingan tanto las Rcs con predominio esquelético como las RCs autonómicas.
10. Las relaciones de transferencia son esenciales para las curas de los trastornos neuróticos.	10. Las relaciones personales no son esenciales para las curas de los trastornos neuróticos, aunque pueden ser útiles en ciertas circunstancias

Este contraste de las características de los dos paradigmas ponía de manifiesto el mutuo enfrentamiento. El impacto de la Terapia de Conducta fue grande, pero el poder y la influencia del psicoanálisis era extenso, de modo que la situación rápidamente llegó a estar polarizada con los representantes más importantes de cada orientación enfrascados en polémicas que no permitían aceptar ningún valor en las proposiciones del otro.

Las diferencias fundamentales, a juicio de Erwin (1997), entre terapeutas de conducta y psicoanalistas estaba y está en que estos suelen postular factores inobservables, especialmente, cognitivos y apelan a ellos para explicar fenómenos clínicos. Los analistas de conducta, por su parte, hablan de lo que llaman acontecimientos privados, acontecimientos mentales, a los que no conceden, principalmente por razones metodológicas o filosóficas la condición de causas (Skinner, 1963).

Los psicoanalistas están de acuerdo con los terapeutas de conducta que participen de un modelo mediacional sobre la legitimidad de postular inobservables, pero los terapeutas de conducta se centran, principalmente, en los procesos conscientes y son pocos los que conceden significación o llegan a creer en un inconsciente dinámico y en la ubicuidad de la represión. Esta diferencia tiene su importancia para la metodología de trabajo y la evaluación del cambio terapéutico. Un terapeuta de conducta consciente del paradigma en que se mueve no usará nunca, por ejemplo, tests proyectivos.

Desde la perspectiva de los valores y objetivos a conseguir en la terapia el terapeuta de conducta tiende a conceder mucho más valor a la eliminación de síntomas específicos que el psicoanalista. En la práctica los terapeutas de conducta toman un papel activo, una actitud no neutral hacia las creencias y acciones de los clientes, frente a la actitud neutral y no crítica hacia las creencias y acciones de los clientes propia de los psicoanalistas.

2.4.1.1. Problemas de denominación.

El uso del término Terapia de conducta para referirse al paradigma naciente opuesto al psicoanálisis ha tenido algunas dificultades, entre otras razones, por ligarse excesivamente a las técnicas derivadas del condicionamiento, por no tener claramente establecidos sus límites respecto al término Modificación de Conducta y por ser utilizado, a veces, sin distinguirlo del mismo.

Hasta los primeros años de la década de los 70, en que predominaba el uso de técnicas basadas en el condicionamiento, era común hablar de un sólo paradigma, que solía denominarse Modificación de Conducta en unos casos y Terapia de Conducta en otros. El término Terapia de Conducta era preferido, por ejemplo, por Eysenck hasta el extremo de mostrarse beligerante respecto al uso de otros términos como, por ejemplo, *Modificación de Conducta*. Eysenck (1979b) considera la expresión *Modificación de Conducta* como psicológicamente inapropiada al estimar que sugiere a mucha gente, y no sólo al lego, que los psicólogos nos dedicamos a lavar el cerebro a la gente y a modificar sus conductas contra sus propios intereses y deseos.

Esta distinción en los términos para referirse al paradigma estiman la mayoría de los autores (Bandura, 1969; Brengelmann, 1976; Franks y Wilson, 1974; Kanfer y Phillips, 1970; Kazdin, 1978; Mahoney, Kazdin y Lesswing, 1974; Pelechano, 1978; Rimm y Masters, 1979; etc...) que no tiene sentido ni es práctico hacerla, aunque algunos autores que adoptan esta postura llegan a conceder, sin embargo, expresamente que existen diferencias entre ambos términos (p. e., Rimm y Masters, 1979). Kiernan (1975), por su parte, dice que el estilo de cada procedimiento terapéutico permite distinguirlas. La tradición de la Terapia de Conducta parece inclinarse por el modelo médico de tratamiento que pone más confianza en la experiencia particular del terapeuta que la que pone la modificación de conducta. Ésta confía más, a la hora de modificar la conducta de las personas, en su ambiente social.

Martin y Pear han venido repitiendo, desde la primera edición (1978) de su obra *Behavior Modification* hasta la cuarta (1992), las siguientes características como propias de cada denominación:

TERAPIA DE CONDUCTA	**MODIFICACIÓN DE CONDUCTA**
El término es usado más a menudo por los seguidores del modelo pavloviano, hulliano, wolpiano y eysenckiano, añadimos nosotros).	El término es usado más a menudo por por los seguidores de un modelo operante.
El término tiende a ser usado por los psicólogos y psiquíatras con-	El término es usado más a menudo por los especialistas en conducta que trabajan

ductuales que están dedicados al tratamiento en las clínicas tradicionales	en las escuelas, hogares y otros ambientes que no son dominio habitual del psicólogo clínico y psiquíatra.
El término tiende a ser usado para referirse a tratamientos de conducta que se desarrollan en el despacho del terapeuta por medio de la interacción verbal ("talk therapy"). entre terapeuta y cliente.	El término tiende a ser usado para los tratamientos de conducta desarrollados en el ambiente natural tanto como en ambientes de entrenamiento especial.
El término está unido a una base experimental que descansa, primáriamente, en estudios llevados a cabo con seres humanos en las clínicas.	El término tiende a estar asociado a una base experimental que descansa en la investigación operante con animales y personas y, además, en estudios experimentales desarrollados en contextos naturales.

Vemos, pues, que el paradigma que nace oponiéndose al paradigma dominante es designado con dos denominaciones diferentes que, como dicen Meyer y Liddell (1975), se usan en gran medida en función de la formación previa que cada uno tenga en psicología, del hecho de que uno trabaje, básicamente, en investigación o clínica o del tipo de población a que se atiende, pero que las diferencias existentes entre ellos son diferencias de matiz, diferencias por el hecho de insistir más en uno u otra aspecto. Como estos matices no pueden soslayarse, en la presenta obra vamos a referirnos con cualquiera de los dos términos para referirnos al conjunto de técnicas y teorías comprendidas en el Paradigma de Terapia de Conducta Antiguo, aunque el uso concreto de uno u otro término pueda venir determinado por matices derivados de los contextos de aplicación o del momento de exposición.

El Paradigma de Terapia de Conducta Antiguo contenía ciertos elementos considerados comunes, aunque no hubiera unanimidad absoluta sobre ellos. Algunos de los más importantes fueron: 1) El condicionamiento clásico ideado por Pavlov y el operante utilizado por Skinner (aunque descubierto por Thorndike) como ejemplares compartidos. 2) La aceptación de ciertas doctrinas filosóficas, tales como el conductismo lógico y/o metodológico y el operacionismo como metaparadigma. 3) un rechazo del modelo médico. Una exposición amplia de estos elementos puede verse en los capítulos 2 y 4 de Erwin (1978). En el campo de los valores es difícil discernir algún conjunto de valores entre los terapeutas de conducta que pueda distinguirlos. Podrían citarse la tendencia a valorar los resultados terapéuticos que implican cambio de conducta y el considerar que es el cliente y no el terapeuta el que determina los objetivos terapéuticos.

2.4.1.2. Problemas de definición.

Aunque cualquier disciplina o paradigma científico debería definirse con precisión para tener sus propias señas de identidad y posibilitar su diferenciación clara de otras disciplinas o paradigmas, la Terapia de Conducta, tal como se presentaba a principios de los setenta y más tal como se siguió presentando tras la aparición del modelo cognitivo, estaba configurada por corrientes o tendencias tan diversas, con modelos teóricos, técnicas terapéuticas y áreas de intervención tan diferenciados que era difícil articular una definición de la Terapia de Conducta que hiciera justicia al campo (Erwin, 1978; Wilson y O'Leary, 1980).

Erwin (1978) hacía notar que la mayor parte de las definiciones de Terapia de Conducta tendían a caer en la categoría de doctrinales o en la categoría de epistemológicas. Las definiciones doctrinales intentaban asociar la Terapia de Conducta a doctrinas, teorías, leyes o principios, en general, de aprendizaje. Las definiciones epistemológicas se inclinaban más por definir la Terapia de Conducta en razón de los diversos métodos de estudio de los fenómenos clínicos. La mayoría de las definiciones del primer periodo de la Terapia de Conducta eran doctrinales y proporcionan una visión estrecha del campo ya que, unas asociaban la Terapia de Conducta a principios de aprendizaje (Eysenck, 1960, 1964; Wolpe, 1969; Wolpe y Lazarus, 1966), con lo que algunos de los procedimientos de intervención conductuales hoy en uso no podrían ser considerados como tales según dichas definiciones. La mayoría de estas definiciones se corresponden con la actitud excluyente que mantenían en este tiempo Eysenck en su enfrentamiento con el psicoanálisis y Wolpe en el suyo con las innovaciones de tipo cognitivo que se iban presentando en el campo. Otras definiciones (Ullmann y Krasner, 1965; Wolpe, 1973), se limitaban a relacionar la Terapia de Conducta con los principios de aprendizaje. Evitaban así los problemas que presentaban las definiciones doctrinales pero, al ser más amplias y no especificar los principios psicológicos a que se referían, perdían en concreción y claridad respecto a qué consideraban fuera la Terapia de Conducta.

En la década de los 70, reconociendo, recogiendo y proyectando las innovaciones que se iban produciendo, se ofrecían definiciones epistemológicas que se caracterizaban por intentar identificar la Terapia de Conducta en función de los métodos de estudio de los fenómenos clínicos (Erwin, 1978), de modo que las definiciones de este tipo acogían como característica básica de la Terapia de Conducta el uso de la metodología experimental para estudiar y cambiar el comportamiento (p. e., Krasner, 1971). Estas definiciones tienden a ser excesivamente acomodaticias y, por ello, potencialmente aplicables a muchas terapias no identificables con la que se conocía como Terapia de Conducta y con la teoría en que se sustenta.

Para solventar las desventajas que presentaban las definiciones doctrinales y epistemológicas, algunos autores optaron por proponer un tercer modelo de definiciones, denominadas por Erwin (1978) doctrinales-epistemológicas**,** que combinan características de un tipo y de otro. Las definiciones de Terapia de Conducta de Franks y Wilson (1974), Franks y Rosenbaum, (1983) Mahoney, Kazdin y Lesswing (1974), son

ejemplos de esta categoría de definiciones. Sin embargo, estas definiciones tampoco son demasiado satisfactorias ya que, como señala Erwin (1978), aun combinando el compromiso con la evaluación sistemática como elemento epistemológico, con los principios derivados de la investigación en psicología experimental y social y con otras características adicionales de la forma de aplicación de la Terapia de Conducta, la flexibilidad de estas definiciones permitiría incluir dentro de la Terapia de Conducta procedimientos no estrictamente conductuales.

Las dificultades para encontrar una definición idónea de la Terapia de Conducta condujo a que se fueran proponiendo definiciones que no cumplían estrictamente con las propiedades inherentes a una buena definición (Erwin, 1978). Se presentaban como definiciones un conjunto de características, básicamente, comunes a todas las tendencias de la Terapia de Conducta, además de aspectos conceptuales y metodológicos. Algunos ejemplos de este tipo de definiciones son las que ofrecen Erwin (1978) y Wilson y O'Leary (1980).

La alternativa a los intentos fallidos de definir el campo como procedimiento para identificar el paradigma llamado Terapia de Conducta podría ser lograr cierta evidencia empírica de lo que creen que es la Terapia de Conducta los terapeutas que se consideran insertos en este paradigma. Esta alternativa tiene el inconveniente de contar con pocos estudios empíricos en esta área excepción hecha del trabajo de Krasner y Houts (1984).

Con estos antecedentes, el apartado que sigue es un intento de tomar posición respecto a si está o no justificado ligar necesariamente el Paradigma de Terapia de Conducta Antiguo al condicionamiento y, en consecuencia, si tienen fundamento suficiente los intentos de definir la Terapia de Conducta por su relación no con cualquier tipo de aprendizaje sino con determinados procesos de aprendizaje. De esta forma contribuimos a justificar la definición que pretendemos hacer del enfoque conductual, enfoque que nació oponiéndose al psicoanálisis y ha evolucionado generando vías diferenciadas de hacer terapia psicológica con signos de identidad propios.

2.4.1.3. El Paradigma de Terapia de Conducta Antiguo y el condicionamiento.

Para Erwin (1978, 1997) las afirmaciones de que la Terapia de Conducta está asentada con firmeza en el condicionamiento descansan en un conjunto de ideas filosóficas interconectadas, lo que en términos de Toulmin (1972) se llama cinturón protector, que le defiende de la contraevidencia empírica y remite las cuestiones disputadas al ámbito de la filosofía. Si llegara a rebatirse la mala filosofía que le defiende, dice Erwin (1997), la evidencia a favor de la fundamentación de la Terapia de Conducta en el condicionamiento conductista sería demasiado débil para soportarla.

Cuando Erwin habla de la debilidad de la argumentación a favor de la fundamentación de la Terapia de Conducta en el condicionamiento conductista se está refiriendo a un condicionamiento sin mediación cognitiva. Él se refiere, sobre todo, al condicionamiento propuesto por Watson y Skinner resultando la posición de Erwin muy parecida a la de Locke (1971), que criticaba que la terapia de conducta pudiera llamarse conductista. Rotgers (1988) reconoce que Erwin fue el primero en demostrar claramente que la Terapia de Conducta no era realmente conductista en un sentido formal.

La afirmación de la debilidad de la evidencia a favor de la fundamentación en el condicionamiento conductista de la Terapia de Conducta se justifica porque, si uno define la Terapia de Conducta como una terapia basada en los principios del condicionamiento, se reduce a una cuestión empírica comprobar si las técnicas llamadas de Terapia de Conducta se fundan en el condicionamiento. En la discusión de este tema Erwin (1978) dice mantener un posicionamiento teóricamente neutro sobre lo que es la Terapia de Conducta. Su posicionamiento puede resumirse en siete puntos:

1) La Terapia de Conducta es una forma de terapia no biológica que se desarrolló en gran medida fuera de la investigación de la teoría del aprendizaje y que se aplica normalmente a patrones específicos de conducta inadaptada.

2) Los conductistas han querido hacer descansar sus casos en consideraciones empíricas, pero gran parte no lo hace así. Los hacen descansar más en doctrinas filosóficas.

3) El operacionismo jugó un papel protector y estratégico importante en favor de los posicionamientos de la Terapia de Conducta.

4) Más importante que lo anterior fueron los diversos argumentos con fundamentaciones apriorísticas mediante los que el conductismo metodológico intentó descartar todas las explicaciones cognitivas.

5) Algunos conductistas afirman que no están interesados en explicar la conducta, sino en predecirla y controlarla. Quienes piensan así deberían, por consistencia lógica, abandonar todo intento de explicar el funcionamiento de la Terapia de Conducta en términos de factores de condicionamiento.

6) Tras repasar estos y otros puntos como el operacionismo y el positivismo lógico la conclusión de Erwin (1978) es que, aunque el conductismo rindió un servicio heurístico útil al desarrollo de la Terapia de Conducta, el conductismo es falso y por tanto debe rechazarse. Aquí se está refiriendo Erwin al conductismo como conjunto de doctrinas filosóficas.

Una vez que se despoja el Paradigma de Terapia de Conducta Antiguo de las doctrinas filosóficas que lo protegen la evidencia empírica no apoya unos principios de condicionamiento conductista que sirvan de fundamento a la terapia y/o modificación de conducta, esto no quita que algunas o la mayor parte de las técnicas de terapia de conducta puedan explicarse por los llamados factores de condicionamiento.

2.4.2. El paradigma conductual.

La amplia diversidad de orientaciones incluidas dentro de lo que hemos dado en llamar el enfoque conductual y el tiempo transcurrido desde su inicio en la década de los 50 hace que la lista de características que puedan presentarse en una definición descriptiva sea, por un lado, amplia en exceso y, por otro, difícilmente exhaustiva. Por consiguiente, la vía descriptiva no logra con facilidad una delimitación clara del ámbito propio del enfoque conductual. Por otro lado, como diremos más adelante, esta posible estrategia de presentación del campo preintuye el constructo que pretendemos delimitar y, en cierta medida, se convierte en una estrategia prescriptiva.

La cuestión implícita en este apartado es si las distintas orientaciones o paradigmas, como algunos prefieren llamarlas, insertos en la Terapia de Conducta pueden incluirse en un sólo paradigma amplio que haga justicia a todas y cada una o tienen que ser presentadas formando diferentes paradigmas. Erwin (1997) en su ensayo crítico sobre las psicoterapias distingue dentro del enfoque que nosotros llamamos conductual el paradigma de Terapia de Conducta antiguo, el Nuevo Conductismo, que identifica con el enfoque Contextual del Análisis de Conducta y el paradigma de la Terapia Cognitiva.. Nosotros hemos preferido, de entrada, referirnos a un paradigma que hemos llamado Paradigma Conductual e incluir en él no sólo a la Terapia de Conducta que Erwin llama 'Paradigma Antiguo' y al Nuevo Conductismo sino también a la Terapia Cognitiva tradicional y a las Terapias Constructivistas, aunque, en este caso, será preciso hacer ciertas precisiones en su momento.

Hemos utilizado para referirnos a este paradigma amplio los términos Paradigma Conductual porque incluyen menos connotaciones que el de Terapia de Conducta. Con esta denominación queremos significar de entrada que distinguimos entre teoría conductista y teoría conductual en correspondencia con la distinción de Erwin (1978) entre conductismo ideológico y conductismo pragmático. La esencia de la distinción está en que mientras la teoría conductista atiende directamente sólo a las situaciones y conductas observables, la teoría conductual acepta tratar con pensamientos y sentimientos, en la medida en que éstos estén firmemente ligados a situaciones y conductas observables. Los términos Terapia Conductual vienen siendo utilizados entre otros por Hallam (1987) para referirse a aquellas teorías que defienden que las observaciones conductuales son, de hecho, la base de la que se infieren los constructos y, a partir de las cuales, posteriormente, se comprueban. Esta exigencia de lo que es conductual permite abarcar tanto posicionamientos afines al aprendizaje por condicionamiento como al aprendizaje cognitivo.

Otra nota definitoria de este enfoque o paradigma conductual es, como dice Martin (1987), tener como objetivo de la terapia el cambio de conducta. Erwin (1997) responde a Martin que es falso decir que los terapeutas de conducta pretendan modificar sólo la conducta y que por tanto no es correcto el intento de señalar este objetivo como una nota definitoria del paradigma conductual. Considera Erwin que el terapeuta

que, por ejemplo, pretende apartar a un paciente de sus pensamientos obsesivos no está intentando cambiar sólo su conducta sino también su estado mental. Esto es cierto pero, como dice Yela (1980), en la psicología parece haber quedado del conductismo, tal vez de forma definitiva, el desplazamiento del acento verificador desde la conciencia privada a la conducta patente, de modo que todas las corrientes psicológicas actuales, en la medida en que pretenden contribuir a la elaboración de una ciencia positiva, admiten que, cualquiera que sea la fuente de sus datos e hipótesis, y cualesquiera que sean sus recursos y campos de verificación, la piedra de toque final e insustituible ha de ser, en último término, la conducta del ser vivo como actividad pública y repetiblemente observable del sujeto. En este sentido tomamos la nota definitoria que sugiere Martin.

Esta llamada en último término a la conducta observable como anclaje sólido del enfoque que propugnamos no nos impide reconocer y ver las dificultades del intento de buscar un paradigma común en el que incluir un conjunto de orientaciones diferentes. Estamos de acuerdo con Fishman (1988) cuando sugiere que el dilema definicional de la Terapia de Conducta resulta del hecho de que, como muchas áreas en las ciencias sociales, se compone de series de dominios coincidentes sólo en parte. Esta idea se representa en los cinco círculos de la FIGURA 1.1.

SITUAR AQUÍ LA FIGURA 1.1.

Estos círculos incluyen: a) Principios terapéuticos derivados de la teoría del aprendizaje; b) Principios terapéuticos derivados de la psicología experimental en general, que incluyen al círculo primero; c) Técnicas terapéuticas específicas originadas por clínicos de orientación conductual; y d) Ideas y estrategias adaptadas de la literatura psicoterapéutica en general. Hay que reseñar en la Figura 1.1. la superposición parcial entre los círculos. Por ejemplo, el Círculo 3 se solapa sólo parcialmente con los Círculos 1 y 2. Esto refleja el hecho de que algunas de las técnicas aceptadas en el Círculo 3, por ejemplo el contrato de contingencias, son claramente deducibles de los principios experimentales contemporáneos asociados con los Círculos 1 y 2, mientras que otras técnicas aceptadas en el Círculo 3, por ejemplo la desensibilización sistemática, no es claro que lo sean (Erwin, 1997). El círculo 4, a su vez, se solapa sólo parcialmente con los círculos 1, 2 y 3. Esto indica que alguno de los acercamientos emanados de la literatura psicoterapéutica como el marcarse metas y la psicoterapia breve pueden haber recibido una influencia clara de las técnicas conductuales tradicionales y los principios contemporáneos con base experimental.

El círculo 5, que abarca los otros cuatro, implica principios metodológicos de la ciencia de la conducta tal como el empirismo, la definición operacional, la cuantificación, la neutralidad de los conceptos teóricos desde una perspectiva del ámbito de los valores y el diseño de investigación experimental. Estos principios corresponden al ámbito de la epistemología y es allí donde sólo parece posible encontrar una cierta unidad en los Tratamientos

Psicológicos incluidos dentro del enfoque conductual, aunque, como ya hemos indicado, tiene la limitación de ser un criterio muy amplio para delimitar el campo del enfoque conductual.

La cuestión que nos queda por responder es la del nexo de unión teórica entre los distintos Tratamientos Conductuales. Nosotros no vemos más que el compromiso de que sean las observaciones conductuales la base de la que deriven directamente las estrategias de intervención o de la que se infieran los constructos o teorías que justifican el uso de nuestras técnicas, con la exigencia de que sean también las observaciones conductuales el criterio último de verificación de los efectos de la intervención.

El límite de lo que nosotros entendemos por Tratamientos Conductuales, desde el punto de vista metodológico, estaría, pues, en la aceptación de los estándares objetivos de la ciencia empírica y en insistir en la evidencia que se deriva de los estudios experimentales. Como talante profesional los terapeutas conductuales se manifiestan de modo que parecen estar comprometidos con el ideal del practicante-científico.

Hecha esta primera delimitación, la siguiente precisión debe dilucidarse en el campo teórico. ¿Qué teorías y enfoques de los que pretenden conseguir la adaptación y competencia personal y social y la mejor calidad de vida de las personas pueden y deben contemplarse dentro de los Tratamientos Conductuales? La respuesta a este interrogante viene dada en el subtítulo de esta obra, aquellas que se correspondan con el enfoque conductual, que, frente a la idea que podríamos tener los psicólogos de nuestro país, no es una orientación dominante en el mundo, aunque sí esperanzadora. Vamos a contemplar, pues, tantas propuestas de tratamientos conductuales como, a nuestro juicio, sean compatibles con criterios propios del saber científico y de la eficacia demandada a toda prestación de servicios.

CAPÍTULO 2. CONTEXTO Y CONTRIBUCIONES AL NACIMIENTO DEL ENFOQUE CONDUCTUAL DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.

La investigación de un movimiento, como son los Tratamientos Conductuales, dentro de las ciencias sociales en términos de modelos paradigmáticos amplios no suele tomar suficientemente en consideración los procesos de influencia propios de las ciencias sociales y, en concreto, de la psicología.

Los historiadores de la psicología, a veces, utilizan la propuesta de los paradigmas de Kuhn en sus análisis paradigmáticos de la psicología, aunque rechacen la idea de que la psicología esté preparada para tal análisis. R.I. Watson (1971) mantiene que la psicología está todavía en un estado preparadigmático y que en psicología no existen todavía paradigmas contextualmente definidos e internacionalmente aceptados. Otros autores, con posiciones más matizadas, reflexionan sobre este planteamiento (Lipsey, 1974; Mackenzie, 1972; Palermo, 1971; Warren, 1971). Estos diferentes puntos de vista se traducen, en el campo de los Tratamientos

Conductuales, en controversias respecto a si la Terapia Cognitiva es un paradigma en sentido kuhniano y si se adapta a la visión de Kuhn (1970) de las revoluciones en ciencia. Estas cuestiones referidas a las orientaciones que se presentan dentro de los Tratamientos Conductuales quedan abiertas a la consideración de los historiadores y filósofos de la ciencia. La posición de Kuhn, debido en gran parte a sus propias retractaciones, está un poco devaluada (Leahey, 1992) y no nos parece éste el lugar de debatir sobre estas cuestiones, aunque el marco puede ser un referente en nuestra exposición.

Los Tratamientos Conductuales no son un acercamiento monolítico. Como dice Franks (1984a) la Terapia de Conducta, como todos los movimientos, tiene muchos orígenes y ninguna madre o padre fundador. Es conveniente, pues, presentar un rango de desarrollos que converjan en el curso de la historia y den origen a una orientación conductual dentro de los Tratamientos Psicológicos. En esta búsqueda se van a rastrear los orígenes de los Tratamientos Conductuales examinando sus antecedentes en la filosofía, las ciencias, los avances en psicología clínica y experimental y las actividades de investigadores concretos que llegaron a tener una influencia importante en el movimiento conductual. Estas contribuciones, qué duda cabe, están interrelacionadas y reflejan el clima político y social de un momento determinado de la historia. De esta forma reconocemos que el *zeitgeist* hace una aportación relevante a la manifestación de determinados movimientos o ideas en línea con el pensamiento de Boring (1950).

1. CONSIDERACIONES GENERALES.

1.1. ESTRATEGIAS DE PRESENTACIÓN DEL CAMPO.

Cuando en sus comienzos la Terapia y/o Modificación de Conducta se ve en la necesidad de precisar qué es, para así ir conformando su identidad, se encuentra con dos alternativas que se corresponden con los dos tipos de constructos que distingue Popper (1959), los constructos sintéticos o artificiales y los constructos naturales. Lo distintivo de los constructos sintéticos o artificiales de cara a su definición es que son prescriptivos, esto es, las características del constructo están contenidas en su definición y, una vez definido, no puede mejorarse con la incorporación de conocimientos sobre el constructo puesto que la definición es la fórmula para componer el constructo. Por ejemplo, si definimos la Terapia de Conducta como la orientación terapéutica que se funda en los principios del aprendizaje, cualquier procedimiento terapéutico que no se funde en estos principios queda excluido de la terapia de conducta. Para que una técnica o procedimiento pueda ser incluida en este campo tiene que demostrar previamente que se funda en los principios del aprendizaje Los constructos naturales, por su parte, son descriptivos. En conformidad con el constructo natural o descriptivo, si queremos definir un fenómeno natural, por ejemplo, una raza de perros, debemos analizar los ejemplares de perros y extraer de la información conseguida una descripción de sus características comunes que sea tan completa y precisa como sea posible. Las definiciones

descriptivas tienen como característico que toda información de los ejemplares conseguida posteriormente permite mejorar la definición inicial.

Ninguna de estas dos alternativas posibles está exenta de problemas al iniciar la presentación de los Tratamientos Conductuales. El establecimiento de una definición prescriptiva, tal como hizo Wolpe (1976a; 1976b) al definir la Terapia de Conducta, suscitó una gran polémica a pesar de contar la alternativa elegida con la autoridad de Wolpe y una mayor concreción del constructo Terapia de Conducta que el de Tratamientos Conductuales. Wolpe, consideró que la Terapia de Conducta era un constructo sintético y, a partir de su definición de Terapia de Conducta, expone una serie de características definitorias de la misma y llama descontentos a todos aquellos que matizan o violan alguna de estas características.

Entre las críticas a este intento de definición de Terapia de Conducta están las de Kirsch (1977) y las de Eaglen (1978). Kirsch, en su crítica, parece pretender que los constructos artificiales o sintéticos sean tratados como los naturales, esto es, de forma descriptiva, de modo que, cuando el fenómeno o campo de estudio cambie, cambie también su definición. Wolpe (1978) estima que tal posicionamiento no ayuda a la comunicación. Confunde más que ayuda. Eaglen muestra lo difícil que es optar por una definición 'a priori' de Terapia de Conducta, puesto que la definición que propongamos se funda en unos criterios previos a la definición de la que ésta se deriva.

Kirsch (1977) propone también que a la hora de definir el campo se atiendan las concepciones de quienes practican la actividad profesional correspondiente a ese campo e incluso las disputas existentes. Krasner (1982) remarca esta posición afirmando que durante un largo periodo de tiempo los proponentes y oponentes a la Terapia y/o Modificación de Conducta creyeron en el mito de la existencia de la Modificación de Conducta. Para él solo existe un campo que viene definido por la conducta de los profesionales que se identifican con ella y por el contexto histórico dentro del que trabajan las personas. De aquí la importancia de enmarcar históricamente las exposiciones y el peligro, del que debemos precavernos, de hablar de unos Tratamientos Conductuales que sólo existen en los diseños de investigación o en las reflexiones de teóricos del conocimiento.

Tras estas breves reflexiones generales sobre posibles estrategias de definición y presentación de los Tratamientos Conductuales manifestamos nuestra elección a favor de seguir una estrategia descriptiva al definir los Tratamientos Conductuales, aunque finalicemos exigiendo ciertas notas de compatibilidad con la ciencia y la eficacia a las propuestas que consideramos Tratamientos Conductuales.

Optar por una definición descriptiva requiere hacer un pequeño recorrido histórico por los Tratamientos Conductuales que nos lleve hasta el momento presente. Este empeño, seamos o no conscientes de él, nos sitúa ante un problema metodológico. Podemos optar por proceder inductivamente observando y recogiendo cuantos tratamientos consideremos conductuales o, por el contrario, podemos tomar una decisión previa respecto a lo que

creemos son o deben ser los Tratamientos Conductuales y, tras justificar la opción, presentar los tratamientos que responden a la opción elegida. Aunque las alternativas enunciadas estuvieran claramente formuladas no son claramente alternativas, pues ninguna búsqueda se inicia sin una idea previa de lo que se está buscando, ni ninguna opción o posición teórica se formula independientemente de las ideas o teorías previas y las aportaciones ya existentes. Por tanto, aunque optamos por presentar inicialmente una perspectiva histórica de los Tratamientos Conductuales, somos conscientes de que afrontamos esta tarea partiendo de un constructo sintético preintuido y preformulado. Las observaciones, sin importar lo que se observe, no pueden ser sino selectivas. Reflejan un punto de vista. Incluso las descripciones más básicas son también interpretaciones, interpretaciones a la luz de la teoría como diría Popper (1972). Desde este punto de vista, los hechos no son, lógicamente, anteriores a las asunciones teóricas sino que son generados por ellas, incluso aunque al principio de una investigación estas asunciones sean vagas y difíciles de articular.

1.2. REFLEXIONES PREVIAS A TODA EXPOSICIÓN HISTÓRICA.

Hemos experimentado cómo, a pesar de que creíamos, en un principio, que nuestra postura en la exposición del recorrido histórico proyectado debería ser la de una persona desinteresada, que no estuviera implicada en el material que se iba a presentar, esto es que fuera ‘objetiva’, y, por ende, científica, a medida que se iba elaborando la exposición nos dábamos cuenta de que la búsqueda de material no se hacía de forma desinteresada y que nos quedábamos con y buscábamos aquello que apoyara unas tesis previamente concebidas. Tampoco creemos ahora que nuestra postura inicial, como no lo cree Krasner (1982), sea posible ni deseable. El narrador actúa como un observador-participante en la historia que cuenta, que, como dice Popper (1966), es altamente selectivo en razón a sus puntos de vista e intereses que actúan en conexión con la teoría o hipótesis que quiere poner a prueba. Popper dice, incluso, que, aunque la historia no tenga un significado, nosotros podemos darle uno. Por ello, como dice Marx (1977), en orden a discutir la historia de la psicología tenemos que preguntarnos sobre los historiadores de la psicología. Marx cree que los historiadores de la psicología deben mantener con firmeza sus deseos, propósitos e ideología. De aquí que Krasner y Houts (1984) llamen la atención de los psicólogos conductuales que pretenden separar sus creencias acerca de su disciplina de otras creencias que ellos defiendan y señalen la importancia de la psicología de la ciencia. La conducta de quien presenta una historia, también una historia de los Tratamientos Conductuales, está modulada por sus objetivos e ideología y llega a ser un ingrediente importante de la historia que presenta.

Krasner (1982) se hace estas preguntas cuando quiere exponer las raíces, los contextos y el crecimiento de la Terapia y/o Modificación de conducta y responde que a un observador-participante, como es él, no le es posible narrar conforme a un modelo que deifique la objetividad. Estima que situar un material en contextos socio-históricos amplios no es una restauración objetiva de los 'hechos', sino que la exposición viene afectada por y es una función de las influencias actuales sobre el narrador. El punto de vista de Krasner es, pues, que el narrador

debe identificar y especificar sus puntos de vista teóricos y sus metas. Por otra parte, piensa que el objetivo de una evaluación del pasado debe ser la de facilitar la comprensión del presente, de modo que las personas puedan estar orientadas a la hora de tomar decisiones que afecten a su futura conducta.

2. CONTEXTUALIZACIÓN FILOSÓFICA.

Consideramos, como hace Krasner (1982), que el flujo de los acontecimientos en la conducta humana es un proceso continuo y que por ello hay que situar los *Tratamientos Conductuales* en amplias corrientes de pensamiento que les precedan.

Los Tratamientos Conductuales, tal como aparecen al final de la década de los 50, hay que considerarlos fruto del clima cultural e intelectual de la Ilustración, el periodo de la historia europea que enfatiza la razón y el estudio científico del mundo natural. Muestra de este clima es el empirismo británico, que se extendió desde 1600 a 1900 y que enfatizó cuatro principios importantes, como recogen Fishman y Franks (1997): a) El conocimiento procede de la experiencia y contacto con el mundo más que de la reflexión introspectiva o inspiración divina. b) Los procedimientos científicos han de basarse en la observación sistemática más que en la opinión, intuición o autoridad. c) La mente del niño es una tabla rasa en la que la experiencia escribe, de modo que la vida mental del adulto es primariamente un registro y extensión de la historia previa de la persona concernida. d) La conciencia es concebida mejor en términos de *química mental*, en la que los pensamientos se descomponen en sus elementos básicos que se conectan en ideas más complejas siguiendo leyes determinadas tales como la continuidad, similaridad, contraste, viveza, frecuencia y recencia.

Exponentes de este clima son el conductismo, como una filosofía que extiende su pasado hasta la antigua Grecia, y el positivismo que, como una metodología concreta, se remonta al siglo XIX.

2.1. EL POSITIVISMO.

El positivismo del siglo XX es conocido como positivismo lógico para distinguirlo del positivismo del siglo XIX representado por Comte y compartido por Spencer y Huxley. El positivismo moderno nace en los primeros años del decenio de 1920 con la fundación del llamado Círculo de Viena. En los últimos años del decenio de 1930 el centro del movimiento se desplazó a Chicago, donde Carnap aceptó un nombramiento. Allí, bajo la influencia de Morris, cobraron relieve las aportaciones del pragmatismo americano y el movimiento tomó el nombre de empirismo científico, que reflejaba su perspectiva más amplia.

Como Kant antes que ellos, los positivistas decidieron que las ciencias físicas constituían el conocimiento más seguro que la humanidad poseía, y, por ello, intentaron explicar la naturaleza del conocimiento científico de

forma que pudiera ser tomado como modelo por otras disciplinas. El positivismo lógico combina el empirismo de Mach con el aparato lógico de los Principia Mathemathica de Russell y Whitehead y tiene la aspiración de que dicha unión englobe tanto al método como a la teoría científicos.

Los positivistas lógicos pretendían comprender qué aspectos de la ciencia les permitían producir conocimientos humanos tan válidos como los obtenidos por la física para, a continuación, formalizar los procedimientos de la ciencia en una descripción rigurosa y definitiva de sistemas científicos consolidados. Su descripción suministró así un objetivo para que otras ciencias, incluida la Psicología, intentaran alcanzarlo.

Los positivistas lógicos dividieron la ciencia en dos partes: la teoría y la observación. Se manifestaban empiristas al afirmar que la observación directa arroja descripciones reales del mundo y proporciona la sólida roca sobre la que se asienta todo conocimiento. La validez de cualquier teoría científica debía ser estimada en función de las observaciones que era capaz de predecir con éxito. Hasta este punto, los positivistas lógicos siguen los puntos de vista de Mach. Sin embargo, la ciencia necesita, a veces, referirse a entidades inobservables e hipotéticas y Mach había luchado contra la introducción de términos hipotéticos en ciencia y, en concreto, en la física. No admitió, por ejemplo, el concepto de átomo, ya que, según él, era demasiado pequeño para poder ser observado directamente. Los positivistas lógicos, en cambio, se mostraron dispuestos a admitir términos puramente teóricos en la ciencia, siempre que cada término quedara definido conforme a alguna manifestación observable. Esto es equiparable a la concepción pragmática de la verdad. El objetivo era admitir la importancia de la teoría en la ciencia, al mismo tiempo que se garantizaba que toda teoría estuviera firmemente vinculada a la experiencia, el árbitro exclusivo de la verdad para el empirista. Un concepto virtualmente idéntico al de los positivistas lógicos fue propuesto de modo independiente por el físico Bridgman (1927). Lo llamó definición operacional, término con que se conoce entre los psicólogos la definición de conceptos teóricos a partir de manifestaciones observables.

La exigencia de que los términos teóricos fueran definidos operacionalmente fue introducida en la psicología en la década de 1930 por el psicofísico Stevens (1935), quien la presentó como un método objetivo de zanjar todas las disputas científicas. La exigencia de definiciones operacionales, sin embargo, fue abandonada hacia mediados de los años 30 por los propios positivistas lógicos porque era demasiado restrictiva y no describía exactamente la práctica de la reina de las ciencias, la física. En los años 50, por tanto, la mayoría de los positivistas lógicos habían abandonado ya la búsqueda de cualquier vía formal para vincular la teoría a la observación.

2.2. EL CONDUCTISMO.

El concepto amplio de conductismo contempla la mayoría de las cuestiones teóricas referidas al estudio de la conducta humana. Abarca la naturaleza del hombre y la conciencia, la voluntad libre frente al determinismo, la naturaleza frente a la educación, la evolución frente al creacionismo y el impacto de los sistemas de valores o de

la ética. El conductismo como una visión paradigmática de la vida humana ha estado íntegramente referido a cada aspecto de la psicología y de la vida, sobre todo de la vida americana del siglo XX.

El conductismo, como los estudios sobre condicionamiento en Rusia, fue parte de un movimiento más amplio hacia un materialismo y objetivismo dentro de las ciencias, tal como ha quedado reflejado en el posicionamiento de los positivistas. En la historia de la psicología la expresión del movimiento más amplio hacia el materialismo y el objetivismo tomó la forma del conductismo tal como lo profesó Watson (1878-1958), discípulo del objetivista Loeb (1859-1924).

El movimiento hacia los métodos de investigación objetivos estaba inserto en la psicología comparada y animal, que se desarrolló considerablemente al final del siglo XIX con figuras tan relevantes como Thorndike (1874-1949), que investigó el aprendizaje en las diversas especies animales a final de 1850, y Yerkes (1876-1956), que ayudó a introducir el método de condicionamiento de Pavlov en la psicología americana.

2.2.1. El Conductismo Programático de Watson.

Diversos autores (Kazdin, 1978; Krasner, 1990) afirman que Watson (1878-1958) más que el creador del conductismo fue el catalizador de un movimiento hacia el objetivismo y lejano de la conciencia presente en el pensamiento americano de su época.

Las ideas que confluyen en el conductismo de Watson estaban en circulación a comienzos de siglo, de modo que el propio Watson se refiere a la importancia del conductismo en una carta a Yerkes en 1905. La posición de Watson puede delinearse desde sus primeras conferencias, pero su cristalización más influyente y clara aparece y se difundió en su artículo-manifiesto *Psychology as the behaviorist views it* (Watson, 1913). El conductismo vino a ser la nota moderna en psicología. Este artículo contenía dos aspectos que aseguraban su éxito. En primer lugar hace notar que la psicología desde la perspectiva conductista era una rama experimental puramente objetiva de la ciencia natural, excluía la introspección como un método de estudio y la conciencia como un objeto de estudio apropiado. En el conductismo, el condicionamiento era, inicialmente, un método de estudio elegido para reemplazar a la introspección, pero se convirtió en un concepto central para explicar el desarrollo de la conducta. Como Sechenov y Bechterev antes que él, Watson miró la conducta como una serie de reflejos. Esta asunción tuvo un marcado valor heurístico porque sugirió que la conducta humana compleja podría ser investigada estudiando los reflejos simples y sus combinaciones.

Por otro lado el artículo alimentaba la esperanza de que una psicología así permitiría aprender métodos generales y particulares mediante los cuales poder controlar la conducta y, de esta manera, ser útiles para el educador, el médico, el jurista y el comerciante.

La valoración que puede hacerse de la proclamación de la psicología como ciencia experimental natural es que resulta dogmática y que tiene más valor por lo que niega que por lo que aporta. Negaba el interés por la conciencia y la introspección. Su parte afirmativa o positiva era el interés por la conducta, pero este interés derivaba de motivos *metodológicos,* la pretensión de asimilar la psicología a las ciencias naturales. No había un interés en la conducta como objeto formal de la psicología. Al ser el método científico natural el camino por el que transitar en la investigación en psicología, Watson dejaba fuera de consideración las conductas difíciles de someter a las exigencias del método. En definitiva, el conductismo que se afirmaba era una forma de poner en práctica el objetivismo en psicología y exigir para ella los mismos requisitos de las ciencias físicas. Esta condición de la conducta que se constituye en objeto material de estudio de la psicología por razones de método de investigación dejaba abierta la necesidad de ampliación del objeto, material y formal, de estudio hasta formas menos objetivables de conducta a condición de que en su estudio se cubriera el trámite metodológico. Este desarrollo se produciría en el llamado neoconductismo, evolución natural del conductismo watsoniano, que Skinner (1945) llama conductismo metodológico para diferenciarlo del conductismo que el propio Skinner proponía.

Una alternativa a este enfoque en el estudio de la conducta va a ser la definición funcional que implica dos procesos fundamentales: la selección de la conducta y de alguna de sus características (frecuencia, duración) y la especificación de la situación. La aportación básica de la definición funcional es que implica algo más que una mera descripción de estímulos y respuestas. Considera la existencia de una relación, de una operación lógica, que tiene una utilidad clave a la hora de concebir la conducta.

2.2.2. El Conductismo Empírico de Hull.

Clark Leonard Hull (1884-1952) expone su sistema en *Principles of Behavior* (1943) y lo revisa en *Essentials of behavior* (1951) y en *A behavior system* (1952). En su encuentro con el conductismo de Watson simpatiza con el rechazo de la introspección y su llamada a la objetividad, pero le repele el dogmatismo que encierra. Por ello se esfuerza por renovar el conductismo a raíz de ver que Koffka, por cuya obra se sentía atraído, rechazaba la figura de Watson. Watson había buscado en el método experimental un método objetivo que desenmarañara todos los viejos problemas de la psicología. Para ello hizo suyo el positivismo de Mach. Sin embargo, el enfoque ateórico de Mach era incongruente con la ciencia tal como la proponía el positivismo lógico.

El programa de investigación de Hull tenía dos componentes, construir máquinas inteligentes y formalizar la psicología en un sistema matemático. Al final de los años 30, sin embargo, gracias a la influencia que recibe del positivismo lógico, redobla su interés por la teoría formal. Así lo manifiesta en su discurso como presidente de la American Psychological Association en 1936, en que aborda el problema principal del conductismo, dar cuenta de la mente. Para él el signo externo de lo mental es la conducta

intencional, la persistencia en el esfuerzo por alcanzar una meta. En su programa de investigación trata de demostrar que puede explicarse la conducta intencional en términos mecánicos mediante un conjunto, más bien amplio, de postulados que propone sin rastro alguno de mente. Al preguntarse por la conciencia no ve que sea necesaria para explicar la conducta. A partir de 1937 identifica su sistema con el empirismo lógico y aplaude la unión de la teoría estadounidense de la conducta con el positivismo lógico procedente de Viena. La adopción del lenguaje positivista oscurece el realismo de Hull, pero no tanto como para no dejar claro que sus teorías describen estados y procesos neurofisiológicos reales del sistema nervioso de organismos vivos, tanto animales como humanos. Hull (1952) creía que la conducta de todos los mamíferos operaba según las mismas leyes primarias. Hull creía que el aprendizaje era un problema de adquisición de las respuestas correctas ante ciertas situaciones y, como resultado, su teoría es una teoría de la asociación E-R, con puntos de contacto con la de Thorndike. Sin embargo, intentó explicar cómo y porqué los estímulos y las respuestas se conectan, y no se limitó a describir el curso del aprendizaje. Por ello, siguiendo el programa del positivismo lógico, Hull postuló entidades teóricas inobservables, constructos más que variables, que intervinieran entre el estímulo y la respuesta, siempre que vinieran definidos operacionalmente. El sistema de constructos teóricos introducidos por él le va a permitir la deducción de hipótesis a comprobar experimentalmente.

En consonancia con el positivismo lógico, Hull hizo uso de variables intervinientes. Las variables intervinientes fueron organizadas en un esquema predictivo de estadios múltiples. El primer estadio estaba formado por las variables independientes (estímulos) y el último estadio por las variables dependientes (respuestas). Los estadios siguientes incluían constructos que variaban en su relación con las variables independientes. Unos, como el de *drive*, se veían afectados directamente por la manipulación de la variable independiente, mientras que otros, el potencial de reacción *sEr*, eran una función compleja de varias variables intervinientes que podrían ser afectadas por la manipulación de variables independientes.

En su síntesis del trabajo de Thorndike, aprendizaje por ensayo y error, y de Pavlov, estudio de los reflejos, Hull situó el reforzamiento como el único principio central para aprender (Hull, 1937). A la revisión de la ley del efecto de Thorndike, que afirmaba que las consecuencias reforzantes tienden a fortalecer la conexión E-R, Hull añadió la noción de *drive*. De esta forma Hull explica la formación de hábitos de acuerdo con la ley de Thorndike por una relación entre una respuesta y la reducción de un *drive* que sirve como reforzamiento. Para explicar la teoría de Pavlov sobre la respuesta condicionada, Hull sugirió que la reducción del *drive* podría fortalecer la conexión entre estímulos presentes cuando el *drive* ha sido reducido.

En otro orden de cosas, negó claramente la existencia de la mente y formalizó la idea de estímulos y respuestas ocultas, que mediaban las conexiones entre los estímulos ambientales y las respuestas manifiestas. En manos de algunos de sus seguidores, las cadenas mediadoras E-R terminaron por referirse a procesos cerebrales centrales. Sin embargo, en los trabajos del propio Hull tales respuestas mediadoras parecían seguir identificándose

con las periféricas, aunque ocultas, de Watson, ya fueran éstas contracciones musculares o secreciones glandulares.

2.2.3. El Conductismo Radical de Skinner.

Radical es el término con que se especifica el conductismo propuesto y defendido por Burrhus Frederick Skinner (1904-1990). El término conductismo radical, con relación a otras formas de conductismo, no indica una diferencia de cantidad o de grado. No es una forma más extrema o intransigente de conductismo, sino más bien se trata de una cuestión de ir al fondo Milan (1990) o, como dice M. Pérez (1995), de ir a la raíz, sobre todo, de la conducta que es el objeto de estudio de la psicología y lo que le interesa a Skinner.

El conductismo radical de Skinner es similar al conductismo clásico de Watson en su espíritu de cruzada y en su afán tecnológico, pero su adhesión al paradigma es más compleja. Como Watson, Skinner rechaza la mente en todas sus formas tanto como sustancia o como entidad hipotética de modo que el conductismo radical de Skinner prolonga la tradición que rechaza toda causa interna de la conducta iniciada por Watson. Sin embargo, Skinner acepta la existencia y respetabilidad científica de sucesos privados y los considera una forma de conducta, lo que no hizo Watson. El conductismo radical ve los pensamientos, los sentimientos y otros acontecimientos privados como importantes fenómenos naturales que deben investigarse científicamente (Skinner, 1974). Para el conductista radical, el individuo es, considerablemente, mucho más que una impenetrable caja negra. El problema que plantea la aceptación de los acontecimientos privados es el de su conocimiento científico y, en definitiva, el problema que plantea a una filosofía del conocimiento, en la que, como hizo Skinner (1945, 1957, 1963, 1974), se aboga por una epistemología empírica la hora de elaborar una ciencia de la conducta.

La concepción de Skinner sobre el conocimiento científico queda formulada en un *symposium* sobre el operacionismo en psicología (Skinner, 1945) y, de forma particularmente explícita, en *Sobre el Conductismo* (Skinner, 1974) en que distingue su versión de otras versiones del conductismo.

La aceptación de estímulos o acontecimientos privados parece excluir la aceptación del periferalismo, ya que los acontecimientos privados son conscientes y los acontecimientos conscientes son centrales. Sin embargo, Skinner rechaza claramente la existencia de cualesquiera procesos centrales explicativos, tales como la apercepción. Al igual que Titchener, reduce la atención a estados corporales autoobservados, pero añade el control ambiental. El espíritu del conductismo radical es claramente periferalista.

Por lo demás, Skinner tampoco es un operacionista en el sentido de que otorgue reglas para el uso del vocabulario psicológico (mentalista y subjetivo). En su contribución de 1945 al *symposium* sobre

operacionismo dejó clara su postura. No era un operacionista lógico ni metodológico (tipo Boring o Stevens). El operacionismo skinneriano no parte de la distinción (metafísica) entre un mundo público observable, apto para ser estudiado por la ciencia, y un mundo interior inobservable, que por ello necesita que los términos con que se refiere a sus componentes y contenidos se vea sometido al trámite de una definición operativa.

El conductismo radical de Skinner ha sido llamado también ateórico porque, cuando Skinner (1950) se preguntaba si son necesarias las teorías del aprendizaje, él responde con un 'No' rotundo. Hay que aclarar, sin embargo, que con esta respuesta no pretendía desterrar toda teoría como, a veces, se le presenta.

Kitchener (citado en O'Donohue y Krasner, 1995a) sugiere que Skinner distinguió seis clases de teorías. Teoría como: 1) un conjunto de asunciones básicas; 2) una proposición pendiente de verificación; 3) los análisis conceptuales del lenguaje y significado realizados en *Verbal Behavior* (Skinner, 1957); 4) una interpretación de la conducta. Skinner (1977), en *Why I Am not a Cognitive Psychologist* facilitó interpretaciones de la solución de problemas y de la creatividad; 5) un resumen adecuado de datos empíricos; 6) un mecanismo hipotético. Skinner rechazó sólo la sexta acepción de teoría porque intenta explicar algunos fenómenos apelando a acontecimientos que ocurren en otro lugar y nivel de observación, se describe en términos diferentes y se mide, si es que se mide, en dimensiones diferentes (Skinner, 1972). Skinner rechazaba, pues, teorías, como, por ejemplo, las de Hull y Tolman que sitúan sus contenidos en espacios distintos a los que operan las variables experimentales en que se sitúa el estudio de la conducta y que remitían a otro ámbito de explicación como el sistema nervioso o a entidades hipotéticas ínobservables, que Skinner consideraba ficciones, como el yo, el eEr, la apercepción o un aparato mental central.

Él reaccionó contra los teóricos que plantearon una interpretación E-O-R del aprendizaje, en que 'O' se refiere a aspectos del organismo más que a componentes E-R bien fundados (Keehn, 1972). Él se opuso, particularmente, a que la conducta se explicara a partir de afirmaciones fundadas en el sistema nervioso central que él redefinió como el sistema nervioso conceptual (Skinner, 1938) y objetó las explicaciones de la conducta hechas en términos de funcionamiento fisiológico. Para Skinner las leyes de la conducta son válidas por derecho propio como lo son las de la fisiología en su nivel de explicación. La no oposición absoluta de Skinner a la teoría se ve en el título y en el contenido de algunas de sus obras. Skinner (1979) hizo una referencia explícita a la teoría en el título de su obra *Contingencias de Reforzamiento: Un Análisis Teórico* y sus principales obras son precisamente teóricas (*Ciencia y conducta humana*, *Conducta verbal*, *Sobre el conductismo*). Pero, son teorías cuyos contenidos explicativos se mantienen en la misma escala de lo que pretenden explicar.

El rechazo de Skinner de la teoría era una consecuencia de su visión del progreso científico. Veía la teoría como algo que se construye para compensar la inadecuación de los datos o el control imperfecto sobre el objeto de estudio. Esto es, la teoría se desarrolla desde una falta de comprensión de los fenómenos básicos

que interesan. Cuando se puede demostrar sin ambigüedad el control e identificar las variables relevantes, las teorías de la conducta, dice Skinner (1956), tienen poco valor.

3. CONTEXTUALIZACIÓN SOCIAL.

Para Krasner (1982) las raíces sociales del movimiento conocido como terapia de conducta se pueden encontrar en la mitad de la década inmediatamente posterior a la segunda guerra mundial. Quienes llegaron a ser conductistas influyentes desde la década de 1950 a la de 1970, en gran parte, fueron producto de la sociedad americana posterior a la guerra, tal como Skinner (1976) dice en su autobiografía que él era producto de una América anterior.

El historiador Lukacs (1978) se refiere a 1945 como *el año cero* en el comienzo de una era. Como tal simbolizó el inicio de un movimiento consistente en cambiar el centro de atención desde la necesidad de vencer en una guerra a la necesidad de preocuparse por el desarrollo de la sociedad, la economía y el estilo de vida americano. Había un fuerte sentido del idealismo. El tema de *un mundo mejor* fue también parte del sistema de creencias de diversos grupos de profesionales atraídos por la *utopía* y el desarrollo de un modelo nuevo y optimista de la conducta humana. Esta perspectiva caracterizó no sólo al conductismo, sino a la mayor parte de otras orientaciones en psicología.

El período de postguerra contempló un incremento impresionante en los ingresos y el empleo. En la psicología hubo un crecimiento sin precedente en el número de personas que se iniciaban en el campo motivados por la meta idealista de ayudar a otros miembros de la sociedad. Con su fuerte basamento científico, la psicología llegó a ser un campo altamente atractivo para estudiantes brillantes y ambiciosos.

En contraste con el optimismo predominante en este periodo hubo también muchos elementos de pesimismo en el *zeitgeist* de los años cuarenta, incluyendo el miedo a la bomba atómica, la creencia, tal como lo expresó Norman Cousins, de que el hombre estaba obsoleto y el comienzo de la guerra fría. En el frente americano se presentaba el movimiento político de carácter anticomunista, ultrapatriótico, pseudoreligioso y conservador patrocinado por el senador de Wisconsin McCarthy, llamado *McCarthysmo*.

Una corriente importante de ideas que llegó a ser evidente progresivamente fue la de la responsabilidad moral que se deriva de la ciencia o de la búsqueda del conocimiento. El tema de la responsabilidad llegó a manifestarse con preocupación en artículos y libros de muchos conductistas publicados en las tres décadas siguientes (p. e., Bandura, 1969; Goldiamond, 1965; Krapfl y Vargas, 1977; Krasner, 1962; Skinner, 1971).

Las líneas de desarrollo de la terapia de conducta derivan de la investigación y aplicaciones en diferentes sociedades, pero, en la forma que ésta presentaba a comienzos de los 80, Krasner (1982) estimaba que la influencia

más importante a la hora de moldear las metas y tomar una dirección había sido la interacción con la sociedad americana. Bakan (1977) describe adecuadamente algunos de los elementos de la sociedad que afectaron la investigación conductual en el periodo de postguerra. Señala Bakan la relación entre la fuerte tradición en el laboratorio experimental y la familiaridad de los estudiantes de psicología de los años posteriores a la II guerra mundial, provenientes del ámbito rural, con la mecanización de la agricultura y el conocimiento de la electricidad, los motores, las herramientas y los animales, elementos congruentes con la ideología conductista y experimental. Por otro lado, la posibilidad de movilidad social vertical incrementó la dedicación de los jóvenes a las ciencias. No fue posiblemente ajeno a este hecho el espíritu igualitario de la ideología conductista.

4. CONTEXTUALIZACIÓN PROFESIONAL.

El desarrollo de la terapia de conducta puede ser visto, en parte, como una reacción al modelo dominante en la psiquiatría y la psicología clínica sobre la naturaleza de la conducta anormal y su diagnóstico y tratamiento. También como una reacción al papel que el psicólogo clínico desempeñaba en el ejercicio profesional.

El acercamiento dominante en la investigación y tratamiento en psiquiatría y psicología clínica se conocía como *modelo médico o de enfermedad*. El procedimiento general de actuación conforme a este modelo consistía en centrarse en descubrir los procesos de enfermedad o patológicos subyacentes a los trastornos manifiestos que son vistos como síntomas de la enfermedad. Los procesos subyacentes pueden ser orgánicos o psíquicos. En medicina el modelo ha estado plagado de éxitos en enfermedades tan importantes como la tuberculosis. Las reservas al modelo aparecen, básicamente, cuando se propusieron procesos o factores intrapsíquicos para dar cuenta de la conducta. El desarrollo más significativo de este modelo tiene su expresión en el psicoanálisis y en el movimiento psicoanalítico en general. Este modelo generó fuertes críticas por la dificultad que tenía para probar algunos supuestos y para comprobar las hipótesis formuladas en muchas áreas de aplicación de sus teorías (Bailey, 1956; Hovey, 1959; Orlansky, 1949; Sears, 1944) como puede ser la sustitución de síntomas.

El diagnóstico psiquiátrico fue también centro de las críticas. Resultaba dificultosa la identificación de los trastornos psiquiátricos, y la investigación sobre la fiabilidad y la validez del sistema diagnóstico le llevó a repetidas críticas (p. e. Hersen, 1979; Mischel, 1968). Quizás la reserva más importante se formuló respecto a la utilidad del diagnóstico. El diagnóstico psiquiátrico tenía pocas implicaciones para la etiología, prognosis y tratamiento. Por otro lado, muchos trastornos consistían y consisten en conductas definidas socialmente como desviadas más que en procesos de enfermedad demostrables (Ellis, 1967; Ferster, 1965; Laing, 1967).

Otra gran fuente de insatisfacción con los tratamientos tradicionales y, concretamente, con el psicoanálisis fue su escasa eficacia a juicio de sus críticos (Denker, 1946; Landis, 1937; Wilder, 1945; Zubin, 1953) y, especialmente, de Eysenck (1952), y la naturaleza de la atención institucional a los pacientes psiquiátricos

que era de mera custodia. Se expresaron reservas sobre la necesidad de confinar a las personas, sobre el efecto de despersonalización de la vida institucional y sobre el deterioro asociado con la atención de custodia (Paul, 1969a; Sommer y Osmond, 1961).

Las fuentes de insatisfacción antes indicadas, realmente, han sido parte de un problema más fundamental y crítico, la función que debería adoptar el psicólogo clínico. R.I. Watson (1951) indicó que las funciones del psicólogo clínico eran básicamente las de aplicar tests. Yates (1970) es fuertemente crítico con este rol del psicólogo clínico por la infrautilización de un profesional tan cualificado en labores de esta naturaleza.

El contexto social posterior a la segunda guerra mundial en EE.UU., la insatisfacción con las funciones desempeñadas por los psicólogos clínicos y el cambio operado en los movimientos científicos y filosóficos donde había un interés por el objetivismo preparó el terreno para que un nuevo acercamiento entrara en el campo de los tratamientos psicológicos. Este nuevo acercamiento va a ser la terapia de conducta que representa una explicación psicológica de la conducta relativamente libre de las influencias médicas para acercarse a los trastornos de conducta, influencias médicas que sí eran evidentes en el psicoanálisis y en el modelo de enfermedad a que se adscribían. La terapia de conducta no era meramente otro acercamiento conceptual, era un enfoque alternativo que se hizo fuerte en las áreas de investigación y tratamientos en que el enfoque intrapsíquico era débil.

5. CONTRIBUCIONES DESDE LA PSICOLOGÍA AL NACIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS CONDUCTUALES.

Para Krasner (1971) quince corrientes de desarrollo de la psicología convergen durante las décadas de 1950 y 1960 para formar el acercamiento al cambio de conducta generalmente conocido como Terapia de Conducta. Estas aportaciones al desarrollo de la Terapia de Conducta no fueron, desde luego, independientes entre sí y estuvieron continuamente en un proceso de interacción, intercambio y desarrollo. Las corrientes relacionadas por Krasner junto con la reflexión que sobre los antecedentes de la Modificación de Conducta hace Kazdin (1978) nos van a servir de guía en la exposición de este apartado. No insistimos aquí en los aspectos anteriormente reseñados con los que hemos querido presentar el contexto más amplio de la Terapia de Conducta. Nos centramos en los avances que se venían produciendo en la psicología.

5.1. LA APORTACIÓN RUSA.

Casi simultáneamente con los primeros trabajos de Freud, Ivan Petrovich Pavlov comenzó sus investigaciones sobre el sistema nervioso y, en concreto, sus famosísimos estudios sobre los reflejos condicionados.

A comienzos del siglo XIX la influencia de la investigación y experimentación científica se incrementó en Europa. El movimiento se extendió a Rusia, primariamente a través del trabajo neurofisiológico de Ivan M. Sechenov (1829-1905). Sechenov contribuyó a la historia de la investigación conductual defendiendo el estudio de los reflejos como un camino para comprender la conducta y abogando por la aplicación de los métodos objetivos de la fisiología a los problemas de la psicología. Sechenov, por otra parte, influyó en dos contemporáneos más jóvenes: Ivan P. Pavlov (1849-1936) y Vladimir M. Bechterev (1857-1957).

El trabajo de Pavlov es muy conocido. Sólo vamos a reseñar que su contribución principal fue la investigación objetiva de los reflejos condicionados desde el punto de vista de un fisiólogo. Defendió con fuerza el objetivismo en la investigación y fue crítico con las líneas subjetivas de la investigación psicológica (Pavlov, 1906). Su trabajo programático demostró la importancia del aprendizaje para explicar la conducta animal y, fortuitamente, facilitó un paradigma para investigar la conducta humana también.

Bechterev comenzó un programa de investigación en el que aplicó los métodos de la fisiología al estudio del funcionamiento del cerebro. El método de Bechterev era más fácilmente aplicable a la conducta humana que el de Pavlov porque usó el *shock* y la flexión del músculo como estímulo y respuesta incondicionados, respectivamente. Aunque el trabajo de Bechterev como neurofisiólogo es importante en sí mismo, su papel significativo en la historia de la terapia de conducta descansa en su interés por los problemas de psiquiatría y psicología clínica. Bechterev creyó que los problemas de la psicología podrían ser estudiados examinando los reflejos y desarrolló lo que él consideró una disciplina separada que denominó *reflexología* (Bechterev, 1932).

La reflexología trató muchos problemas de la psicología incluyendo explicaciones de la personalidad y de la conducta normal y desviada. Bechterev atacó la teoría psicoanalítica desde un punto de vista científico y argumentó sobre la superioridad de la reflexología. Por fin, Bechterev estuvo pronto en aplicar la información extraída de la investigación básica sobre los reflejos a las poblaciones clínicas.

5.2. AVANCES EN PSICOLOGÍA DEL APRENDIZAJE.

En América la psicología del aprendizaje pronto comenzó a recibir una atención creciente. Los primeros trabajos sobre psicología del aprendizaje incrementaron los paradigmas específicos de investigación, ampliaron las teorías del aprendizaje, contribuyeron a explicar cómo se adquieren las conductas y facilitaron el tratamiento de problemas prácticos relacionados con el aprendizaje o la conducta desadaptada.

Antes de que se formulara y proclamara el conductismo, Thorndike comenzó un programa de investigación animal en el que empleó métodos de investigación objetiva. Thorndike no estudió cómo la

conducta refleja llega a ser elicitada por estímulos nuevos. Más bien estaba interesado en estudiar cómo aprendían los animales nuevas respuestas que no estaban en su repertorio. Thorndike formuló varias *leyes del aprendizaje* de las que sólo significamos la importancia que él concedió a las consecuencias positivas para el mantenimiento de la conducta.

En los años que siguieron a la formulación del conductismo aparecieron teorías del aprendizaje y posiciones más complejas (Guthrie, Tolman, Hull, Mowrer y Skinner) que proporcionaron puntos de vista particularmente influyentes para el desarrollo de la terapia de conducta.

5.3. INVESTIGACIONES DE LABORATORIO Y ANÁLOGOS.

La fisiología y la reflexología rusas facilitaron descubrimientos y principios que se extendieron pronto a los seres humanos. Por ejemplo, en 1907 en Rusia y unos años más tarde en los EE.UU., fue aplicado el condicionamiento como un método de estudio de la conducta de los bebés y de los niños normales y retrasados (Krasnogorski, 1925; Mateer, 1918). También diversas psicopatologías fueron interpretadas basándose en el condicionamiento y tratadas siguiendo estos principios (Aldrich, 1928; Bechterev, 1932; Gantt y Muncie, 1942).

Una extensión particularmente significativa del condicionamiento fue la investigación de Pavlov sobre las neurosis inducidas experimentalmente. Pavlov observó las reacciones de agitación y agresividad de los perros ante las dificultades que tenían para discriminar en ciertas situaciones de condicionamiento y utilizó las características de las neurosis experimentales como una vía para investigar procesos neurológicos más elevados. El estudio de la neurosis experimental llegó a ser un área de investigación por propio derecho y fue continuado en América por investigadores tales como W.H. Gantt y H.S. Liddell. Una línea de investigación sobre las neurosis experimentales particularmente importante fue desarrollada por J.H. Masserman, un psiquiatra de la Universidad de Chicago. Los trabajos de Masserman (1943) sobre las neurosis experimentales en animales, principalmente gatos, sirvieran de base a Wolpe en la elaboración de su *psicoterapia por inhibición recíproca*. El hecho de que el principal interés de Masserman fuera facilitar una base experimental a los procesos psicodinámicos usados en psicoterapia, no quita importancia a su contribución.

5.4. APLICACIONES CLÍNICAMENTE RELEVANTES.

La investigación sobre condicionamiento, con pocas excepciones, comenzó con sujetos infrahumanos. Sin embargo, los métodos se extendieron a la conducta humana de diferentes formas. La más relevante fue el condicionamiento y descondicionamiento de las emociones hecha por Watson. El estudio de

las reacciones emocionales era especialmente importante porque Watson estaba interesado en mostrar que los métodos y conceptos conductuales podrían ser usados para estudiar los sentimientos y la experiencia privada.

Watson estaba empeñado en un programa de investigación experimental de las emociones. En concreto, trataba de determinar la dotación instintiva y de investigar la formación de hábitos emocionales. Las respuestas instintivas básicas serían el miedo, la ira y el amor con unos estímulos desencadenantes propios. Por su parte, los hábitos emocionales se formarían mediante condicionamiento, donde los estímulos naturales de aquéllas emociones se vincularían a otros nuevos y así sucesivamente conforme a una especie de transferencia y desplazamiento. Watson trataba de construir experimentalmente las respuestas emocionales y de extinguirlas después. En este contexto aparece el célebre caso del *pequeño Alberto*, 11 meses (Watson y Rayner, 1920). La Terapia de Conducta tiene ya su pequeño que se complementará después con el *pequeño Pedro*, 34 meses (Jones, 1924), comparables ambos, en fama y en significación doctrinal, al *pequeño Hans* del psicoanálisis. Mientras que el *caso Alberto* mostraba el condicionamiento del miedo, el *caso Pedro* mostraba la eficacia de técnicas de descondicionamiento.

Estos trabajos de investigación hicieron que Watson empezara a interesarse por la enfermedad mental valiéndose del condicionamiento pavloviano, y que Jones (1924b) publicara un informe más extenso en que se incluyeron varios métodos diferentes de tratar a niños institucionalizados con miedos variados (p. e. ser dejados solos, quedarse en una habitación oscura y estar cerca de pequeños animales). Los métodos mostraron éxito, especialmente el condicionamiento directo (caso de Pedro) y la imitación social.

Se hicieron muchas extrapolaciones del condicionamiento a tópicos clínicamente relevantes. Por ejemplo, las implicaciones del condicionamiento para la psicología educativa y el desarrollo del niño fueron sugeridas por W.H. Burnham. Burnham (1917, 1924) creyó que la higiene mental consistía en el desarrollo de los reflejos condicionados apropiados. Además de delinear las posibles aplicaciones del condicionamiento, Burnham era muy explícito en hacer notar que las formulaciones sobre la conducta basadas en el aprendizaje eran más parsimoniosas que los puntos de vista alternativos tales como la teoría psicoanalítica. Además, Burnham (1924) era crítico con el psicoanálisis, indicando que las interpretaciones psicoanalíticas de la conducta eran meramente una forma de *astrología psicológica*.

Un avance significativo en la aplicación del condicionamiento fue el trabajo de Mowrer y Mowrer (1938). En 1935 comenzaron un programa para tratar a niños enuréticos usando el método de la esterilla metálica y el timbre. Mediante este método el niño aprendía bien a anticipar el orinar antes de tener un accidente o, más comúnmente, a dormir toda la noche sin ningún accidente. Los Mowrer vieron el tratamiento de la enuresis desde el punto de vista del aprendizaje y del entrenamiento de hábitos más que como una función de alterar los procesos psicodinámicos. Teóricamente adscribieron el tratamiento de la enuresis al condicionamiento respondiente. Estímulos diversos (p. e., la tensión de la vejiga) habían fallado en elicitar la

respuesta incondicionada deseada (despertarse y controlar el esfínter). Criticaron los Mowrer la noción de que aparecería la sustitución de síntomas como consecuencia del tratamiento directo de la conducta problema. La crítica fue algo más que especulativa porque los Mowrer argumentaron desde sus datos de seguimiento sin sustitución de síntomas favorables al tratamiento de los enuréticos mediante técnicas de condicionamiento.

5.5. INTERPRETACIÓN DEL PSICOANÁLISIS EN TÉRMINOS DE LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE.

La posición de Eysenck contraria al psicoanálisis ha podido sesgar las primeras relaciones entre la orientación conductual y la psicoanalítica. Watson (1916a; 1916b) trataba de reformular la noción freudiana de conflicto psíquico en términos de hábitos o sistemas de respuesta y los síntomas conductuales como conductas inadaptadas aprendidas por condicionamiento. Toda vez que el condicionamiento se daba desde la infancia, los hábitos conflictivos y las conductas sintomáticas podrían tener un origen temprano. Watson apuntó también a conductas con cierta índole sexual. Según parece se interesó en el psicoanálisis, inicialmente, por motivos personales, pero, después, el interés vino asociado a la cuestión de hacerse cargo de la Psicopatología dentro de su sistema conductista y, quizás también, por razones estratégicas. No perdía de vista el vincularse con un movimiento psiquiátrico emergente cuando la psicología trataba de consolidarse profesionalmente.

Aunque sólo fuera por esto, Watson parecía tener más perspectiva histórica que sus colegas. Con todo, hay que decir que sus intereses en el psicoanálisis eran genuinos dentro, obviamente, de su planteamiento conductista. Así, se puede considerar que Watson supusiera el primer intento de reformulación del psicoanálisis en términos del aprendizaje, incluyendo la noción de inconsciente, a la que le prestaría especial atención. Watson organizó un curso en 1926 sobre Conductismo y Psicoanálisis en la New School for Social Research of New York (donde fuera contratado en 1922 tras ser expulsado de la Johns Hopkínks Universíty) y recomendó una educación infantil con una cierta inspiración freudiana. Esto no quita que Watson escribiera textos inmisericordes contra el psicoanálisis, sobre todo, en su última época (Gondra, 1990).

Desde 1930 hasta 1950 se hicieron intentos para desarrollar teorías generales que permitieran explicar la conducta normal y anormal y los procesos terapéuticos basándose en el aprendizaje (p. e. French, 1933; Kubie, 1934; Mowrer, 1950). Una teoría integradora, especialmente notable a este respecto, fue la propuesta en 1950 por I. Dollard, un sociólogo, y N.E. Miller, un psicólogo experimental, que intentaron presentar una teoría de la conducta comprensiva que uniese aprendizaje, psicopatología y psicoterapia. El punto fundamental era que la psicopatología y el desarrollo de los síntomas y su eliminación podrían explicarse como aprendizajes (Dollard y Miller, 1950).

Otros autores desarrollaron directamente teorías de la personalidad y psicoterapia basadas en la teoría del aprendizaje. Por ejemplo, J.B. Rotter se aprovechó del trabajo del aprendizaje y de la psicología experimental en general y de teóricos específicos como Tolman, Thorndike y Lewin para desarrollar una teoría general de la conducta (Rotter, 1954). También vio Rotter la terapia como un proceso de aprendizaje y los conceptos de la psicología del aprendizaje se utilizaron para explicar la terapia convencional.

El impacto directo de las teorías de Dollard y Miller y de Rotter sobre las prácticas contemporáneas de la terapia de conducta fue, sin embargo, escaso.

5.6. INVESTIGACIÓN SOBRE CONDICIONAMIENTO VERBAL.

Con sólo reinterpretar la teoría psicoanalítica en términos de aprendizaje no se estimuló demasiado la investigación sobre psicoterapia. La extrapolación desde el condicionamiento operante a la interacción diádica de la psicoterapia, sin embargo, generó una cantidad de investigación notable que sirvió de etapa intermedia en la aplicación de los principios de aprendizaje al tratamiento psicológico. Se investigaron especialmente los métodos operantes en el contexto del condicionamiento verbal. Skinner propuso que la conducta verbal era un operante mantenido por las consecuencias del oyente (Skinner, 1953, 1957).

La investigación sobre condicionamiento verbal comenzó en 1950 y fue llevada a cabo en los años siguientes, principalmente, con estudiantes universitarios en una situación que simulaba una entrevista. Pocos años después el condicionamiento verbal se extendió a áreas propias del trabajo clínico y la investigación se realizó en situaciones parecidas a las de la psicoterapia. La investigación sobre condicionamiento verbal se fue realizando, en tareas más estrechamente parecidas a la conducta del cliente (por ejemplo, hablar libremente más que construyendo frases) mientras que el terapeuta respondía a clases de palabras seleccionadas. La atención a clases de palabras seleccionadas que cada vez se parecían más a las palabras de los pacientes psiquiátricos típicos logró su objetivo clínico, por ejemplo, que se produjeran en los sujetos experimentales respuestas emocionales, estados de autoaceptación, estados alucinatorios, etc.

Basados en esta investigación que venía a apoyar la hipótesis de que la conducta verbal podría ser parcial o, incluso, ampliamente una función de determinantes externos más que de procesos intrapsíquicos, la conducta verbal problemática, como el habla irracional o incoherente de los pacientes psicóticos, fue tratada mediante condicionamiento verbal (Ayllon y Michael, 1959; Isaacs, Thomas y Goldiamond, 1960).

Aunque muchos investigadores criticaron la no similaridad de la psicoterapia con las situaciones en que se llevó a cabo el condicionamiento verbal (Heller y Marlatt, 1969), el hecho de que, a pesar de todo, se

diera un cierto paralelismo incrementó la importancia del aprendizaje con relación a los procesos psicoterapéuticos.

5.7. DESARROLLO DE TÉCNICAS ESPECÍFICAS.

A finales de los años 20 y comienzo de los 30, K. Dunlap (1875-1949) estuvo interesado en la formación y eliminación de hábitos indeseables. Para eliminar hábitos desarrolló el procedimiento conocido como *práctica negativa* (Dunlap, 1928, 1932), consistente en repetir la conducta que se quiere eliminar, que pareció ser efectiva para terminar con conductas de tartamudeo, morderse las uñas, los tics, chuparse el pulgar, la masturbación y la homosexualidad. Más tarde su técnica fue aplicada en Inglaterra y reformulada dentro de la teoría del aprendizaje de Hull (Yates, 1958).

En la década de los 30 la terapia aversiva comenzó a ser aplicada sistemáticamente para el tratamiento del alcoholismo en los EE.UU. El tratamiento comenzó en el Sanatorio Shadel de Washington por Voegtlin, a quien se unió Lemere dos años después. El tratamiento consistió en aparear la nausea con el alcohol, procedimiento consistente con el paradigma general del condicionamiento respondiente. Voegtlin y Lemere comenzaron estudios en gran escala para evaluar la efectividad de la terapia de aversión. El seguimiento se extendió desde uno a trece años y abarcó a unos 4.000 pacientes. La magnitud del proyecto y su fuerte compromiso con la evaluación del tratamiento convirtió al programa de Shadel en una etapa significativa en la historia de la modificación de conducta.

Otro desarrollo significativo en la historia de la terapia conductual es el trabajo de Salter. Tomó de Pavlov las nociones de excitación e inhibición, que habían sido propuestas como procesos neurológicos capaces de explicar el condicionamiento, y sugirió que el desajuste viene, primariamente, de una inhibición excesiva de sentimientos, pensamientos y conductas, por lo que los clientes tienen que practicar el expresarse a sí mismos en los acontecimientos diarios. En 1.949 publicó Salter sus procedimientos terapéuticos en el libro *Terapia de reflejo condicionado: El acercamiento directo a la reconstrucción de la personalidad*. Las técnicas de tratamiento propuestas se asemejan en mucho a las prácticas contemporáneas en entrenamiento asertivo, desensibilización sistemática, autocontrol, ensayo de conducta y tratamiento en la imaginación.

Sin embargo, como dice Wolpe (1969), la introducción por parte de Dunlap (1932) del mecanismo de extinción en la práctica clínica produjo una respuesta escasa. La publicación de la Terapia del Reflejo Condicionado de Salter (1949), por su parte, despertó cierto interés popular por la idea de aplicar métodos de condicionamiento a la conducta anormal, pero, según Wolpe, el libro tuvo poco impacto sobre los psicólogos, porque el principal método clínico que se describe no tenía relación aparente con los principios establecidos experimentalmente.

5.8. APLICACIONES CLÍNICA Y SOCIALMENTE RELEVANTES DEL CONDICIONAMIENTO OPERANTE.

A lo largo de la década de los 50 y los 60, el condicionamiento operante se extendió a la conducta humana en diferentes frentes. Por ejemplo, el libro de Skinner (1953), *Ciencia y conducta humana* explica el papel que juegan los principios del condicionamiento operante en el gobierno, las leyes, la religión, la psicoterapia, la economía y la educación. El trabajo básico de laboratorio empezó, pues, a extender los métodos operantes a la conducta humana. En 1.953, Lindsley y Skinner comenzaron a aplicar los métodos operantes a pacientes psicóticos en el Hospital Metropolitano del Estado de Massachusetts. A comienzos de los años 50, Bijou comenzó a aplicar los métodos operantes al estudio de la conducta de los niños (Bijou, 1957). Otra extensión de los métodos operantes a la conducta humana fue hecha por Ferster, que había colaborado estrechamente con Skinner en la investigación operante básica. Ferster comenzó a aplicar en la Escuela de Medicina de Indiana métodos de condicionamiento operante al estudio de la conducta de niños autistas.

A pesar de la importancia de las aplicaciones clínicas del condicionamiento operante, fueron los programas de investigación los que proporcionaron un impulso particular para la expansión de las técnicas operantes. Señalamos, a modo de ejemplo, la aplicación de técnicas de condicionamiento operante en una sala de pacientes psiquiátricos cuando Ayllon estaba en el Hospital de Sasjatchawan y la aplicación de principios de reforzamiento en el aula por parte de Wolf para mejorar la conducta de estudiantes retrasados en la escuela Rainier de Washington.

En general podemos decir que las aplicaciones de las técnicas de condicionamiento operante fueron palpables en muchas instituciones a comienzos y mediados de los 60, sin embargo, el trabajo en la Universidad de Washington fue especialmente importante por la dispersión de los lugares en que se actuó, el número de proyectos sobre los que se informa y sus efectos impresionantes y cuidadosamente demostrados sobre la conducta de los beneficiarios.

5.9. DESARROLLO EN ÁFRICA DEL SUR.

Una de las aportaciones más significativas al nacimiento de la terapia de conducta fue el trabajo de Wolpe en Sudáfrica. El desarrollo por parte de Wolpe de la desensibilización sistemática (DS) no solamente facilitó una técnica innovadora sino que ayudó a cristalizar la terapia de conducta. Wolpe estaba interesado en la psicología del aprendizaje como una posible fuente para conocer las reacciones neuróticas y para desarrollar técnicas de tratamiento. Él estaba especialmente interesado en el trabajo de Pavlov y Hull y comenzó a investigar sobre neurosis experimentales usando el trabajo de Masserman (1943) como un punto de partida.

Wolpe notó que la reacción neurótica establecida en los gatos se extendía a situaciones diferentes de aquellas en las que la reacción se había inducido inicialmente. Interesante resultó también el descubrimiento de que la severidad de la reacción neurótica de los gatos parecía ser una función de la semejanza de los entornos en que se situaba a los gatos con la situación en que originalmente se produjo el condicionamiento. Para establecer estas reacciones neuróticas, originalmente, Wolpe asoció choques eléctricos con acercamientos a la comida. A veces, la reacción neurótica inhibía la alimentación. Este resultado sugirió la relación ansiedad-alimentación y la hipótesis de que la alimentación puede, bajo diferentes circunstancias, inhibir la ansiedad, esto es, que las dos reacciones pueden ser *recíprocamente inhibidoras* (Wolpe, 1952, 1954).

Para dominar las reacciones neuróticas Wolpe colocó a los animales en situaciones que se parecían, en diferentes grados, a la situación original en que las reacciones neuróticas se habían desarrollado y les dio oportunidades y ayuda física para procurarse comida. Después de que se logró que comieran, Wolpe procuró se alimentaran en espacios que cada vez se fueran pareciendo más a los habitáculos originales y continuó este procedimiento hasta que el animal pudiera comer libremente en el habitáculo original sin ansiedad. Cuando sucedía esto podía decirse el miedo o reacción neurótica estaba totalmente eliminada.

Wolpe (1958) explicó los resultados sobre la base de la inhibición de la reacción de ansiedad. Este principio sirvió de base para el desarrollo de tratamientos que permitieran superar el miedo en las personas. El desarrollo del procedimientos completo se llamó DS que resultó notorio, según Kazdin (1978) porque: 1) desarrolló una serie de técnicas terapéuticas específicas de eficacia superior a los métodos de tratamiento alternativos; 2) el desarrollo y contexto teórico de la terapia por inhibición recíproca fueron consistentes con el z*eitgeist*. La técnica estuvo asentada sobre una base conceptual de un alto grado de respetabilidad; 3) usó el trabajo experimental para introducir nuevas técnicas de tratamiento y no para explicar las ya existentes y esto era innovador; 4) Wolpe hizo demandas muy específicas y comprobables sobre la terapia que alentó una plétora de proyectos de investigación en los años siguientes y ayudó a dar forma a la terapia de conducta.

5.10. DESARROLLO EN INGLATERRA.

El desarrollo de le Terapia de Conducta en Inglaterra comenzó de forma independiente del trabajo de Wolpe en Sudáfrica, pero puede delinearse durante el mismo período, los primeros años de la década de los 50. El mayor impulso para el desarrollo formal de la Terapia de Conducta en el Reino Unido parte de Eysenck y del trabajo hecho en el Instituto de Psiquiatría del Maudsley Hospital de Londres.

Eysenck, formado como psicólogo experimental, abogó por un acercamiento científico riguroso a la psiquiatría y a la psicología clínica. En 1952 publicó una crítica bien conocida y altamente influyente, titulada

The effects of psychotherapy: An evaluation. Este artículo esencialmente hizo notar que no se disponía de una firme evidencia de que la psicoterapia fuese más efectiva que las mejoras que se producen sin tratamiento formal alguno, esto es, por remisión espontánea.

De forma concurrente con los escritos de Eysenck, en el Maudsley tuvieron lugar importantes avances. Eysenck y Shapiro estaban descontentos con el rol del psicólogo en los centros psiquiátricos. Eysenck creyó que el psicólogo podría trabajar como investigador y ocuparse primeramente de los descubrimientos de la psicología general que pudieran ser útiles a la práctica clínica (Eysenck, 1950, 1952). Shapiro (1957) creyó que la función del psicólogo no debería ser la administración rutinaria de los tests psicológicos. Además, experimentó que los instrumentos de evaluación tradicional carecían de implicaciones diagnósticas, etiológicas y de tratamiento.

Eysenck, en una serie de artículos teóricos, abogó por formulaciones sobre psicopatología y psicoterapia basadas en el aprendizaje. Shapiro propuso un acercamiento similar en las aplicaciones concretas del tratamiento para alterar la conducta de los pacientes en el Maudsley Hospital.

Al final de los 50 y principios de los 60 se incrementaron las aplicaciones de la teoría del aprendizaje a la psicopatología. Eysenck tomó el liderazgo en usar la teoría del aprendizaje para explicar desórdenes tales como la ansiedad y la histeria (Eysenck, 1957). Posteriormente, Eysenck (1959) publicó un artículo en que explícitamente usa en el título teoría del aprendizaje y terapia de conducta. Este artículo ayudó a cristalizar el movimiento hacia la Terapia de Conducta distinguiendo la Terapia de Conducta del Psicoanálisis Freudiano, como hemos visto en la TABLA 1.1. en razón a diversos criterios.

El movimiento hacia la formalización de la terapia de conducta progresó en Inglaterra con gran rapidez. Al comienzo de los 60, la Terapia de Conducta emergió explícitamente en el Maudsley Hospital representando una convergencia de varias actividades dentro del hospital. Rachman había venido de Sudáfrica y traído consigo el método de la DS de Wolpe. Partiendo de un origen diferente, el Maudsley Hospital había intentado ya aplicar un método de enfrentarse, mediante tareas graduadas, a las situaciones que provocaban ansiedad. Este método era similar al de Wolpe pero derivó de Herzberg (1945), que había sugerido el procedimiento a Eysenck. También en el Maudsley, un psiquiatra, Gelder, y un psiquiatra en prácticas, Marks, comenzaron a aplicar la DS en la investigación con pacientes fóbicos, de modo que en un breve período de tiempo Rachman, Gelder y Marks comenzaron un trabajo programático aplicando y evaluando técnicas de Terapia de Conducta para pacientes clínicos.

6. INDICADORES DE LA PRESENCIA SOCIAL DE LOS TRATAMIENTOS CONDUCTUALES.

Recogemos en este punto tres indicadores de la presencia social de los Tratamientos Conductuales representados en estos años por la Terapia y/o Modificación de Conducta: la existencia de cursos en la Universidad, la publicación de manuales y revistas y la fundación de asociaciones profesionales.

Cursos en la Universidad. De los trabajos de Poser (1969), que encuesta a jefes clínicos y directores de departamentos, y de Ernst (1971), que ofrece la perspectiva de los estudiantes, puede concluirse que a finales de los años sesenta el interés por los cursos de Terapia y/o Modificación de Conducta era creciente. Benassi y Lanson (1972), basándose en un estudio realizado a partir de 472 cuestionarios enviados a otros tantos departamentos o colegios universitarios de los que se cumplimentaron 290, encuentran que 180 departamentos ya impartían cursos de Terapia y/o Modificación de Conducta de personas en esa fecha. En la FIGURA 2.1. se presenta un registro acumulativo por años del número de departamentos que ofrecían su primer curso de Terapia y/o Modificación de Conducta a comienzos de la década de los 70.

SITUAR AQUÍ, POR FAVOR, LA FIGURA 2.1.

El primer curso de Modificación de Conducta, según estos datos, fue impartido por A.W. Staats en 1955 y hasta 1963 no se ofrecieron nuevos cursos. De 1965 a final de 1971 la tasa media de crecimiento era del 22.60% por año y sólo uno de los centros encuestados respondió que el año siguiente no impartiría el curso.

Publicación de manuales y revistas. La publicación de manuales y revistas es otro buen indicador de la presencia social de la Terapia y/o Modificación de Conducta. La demanda de los estudiantes que cursaban estas materias generaba un mercado que se encargan de surtir los autores que se consideraban más cualificados. El trabajo de Benassi y Lanson (1972) presenta los textos más utilizados en los cursos que se imparten en las universidades americanas y nosotros lo reproducimos en la TABLA 2.1. Los datos recogidos nos permiten tener una muestra del interés que suscitan las obras de Terapia y/o Modificación de Conducta publicadas en estos años.

TABLA 2.1

TEXTOS MAS UTILIZADOS EN LOS CURSOS DE TERAPIA Y/O MODIFICACIÓN DE CONDUCTA EN LOS ESTADOS UNIDOS.

Título del Texto	Frecuencia

Principles of Behavior Modification, 1969 (A. Bandura)	58
Control of Human Behavior (Vol. 2), 1970 (R. Ulrich et al.)	31
Case Studies in *Behavior Modification,* 1965 (L. Ullmann & L. Krasner)	29
Behavior Therapy: Appraisal and Status, 1969a (C. Franks, Ed.)	27
Control of Human Behavior (Vol. 1)**,** 1966 (R. Ulrich et al**.)**	17
Behavior Therapy**,** 1970 (A. Yates)	17
The Practice of Behavior Therapy**,** *1969* (J. Wolpe)	17
Elementary Principles of *Behavior***,** 1971 (D. Whaley & R. Malott)	17
Behavior Modification *in the Natural Environment***,** 1969 (R. Tharp & R. Wetzel)	16
Learning Foundations of *Behavior Therapy,* 1970 (F. Kanfer & J. Phillips)	14
The Token Economy: A Motivational System for Therapy and Rehabilitation, 1968 (T. Ayllon & N. Azrin)	11
A Primer of *Operant Conditioning***,** 1968 (G. Reynolds)	10

Como puede apreciarse sólo se recogen los textos utilizados en diez centros como mínimo. El de mayor uso es *Principios de Modificación de Conducta*, seguido a bastante distancia del volumen 2 de *Control de Conducta Humana* que se utiliza casi el doble del volumen 1 de la misma obra. El volumen 1 contiene más aspectos básicos e históricos que el 2, dedicado a presentar programas prácticos para modificar conductas de interés. Predominan, como es lógico, los textos correspondientes al modelo operante y al neoconductismo mediacional y llama la atención que el libro de Bandura, *Principios de Modificación de Conducta*, publicado sólo tres años antes de que se hicieran públicos los resultados de esta encuesta ocupe el primer lugar en la utilización por centros universitarios quedando a mucha distancia del texto que ocupa el segundo lugar.

El trabajo de Benassi y Lanson (1972) recoge también que en 77 clases se utilizan artículos de revistas, siendo más utilizados los que se publican en el *Journal of Applied Behavior Analysis* y *Behaviour Research and Therapy* por el orden en que se citan. *Behaviour Research and Therapy* fue fundada por Eysenck en 1963 y, entre otras funciones, cumplió la de delimitar la identidad del campo de la Terapia de Conducta. La nómina de revistas existentes en el año de publicación del artículo que comentamos se completa con el *Journal of the Experimental Analysis of Behavior* (JEAB) fundada en 1958 por la Society for the Experimental Analysis of Behavior. Esta revista se dedicó a la investigación básica, aunque publicó algunos estudios operantes aplicados hasta que en 1968 la misma sociedad fundó el *Journal of Applied Behavior Analysis* (JABA), dedicada a los estudios aplicados. En los años siguientes y hoy día, el JEAB y el JABA son las principales revistas para la publicación de estudios de investigación básica y estudios de aplicación clínica o educativa, respectivamente, desarrollados dentro del enfoque operante.

Además de las revistas reseñadas que se mantienen teóricamente afines a los procedimientos de condicionamiento clásico y operante, en 1970 aparecen otras dos revistas, *Behavior Therapy* y *Journal of*

Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. *Behavior Therapy* es una publicación de la *Association for Advancement of Behavior Therapy* (AABT), cuyo editor era C.M. Franks. El primer número pretende responder al interrogante de qué sea la Terapia de Conducta y la revista se decanta por un acercamiento plural a la resolución de los trastornos psicológicos. El *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* (JBTEP) con J. Wolpe como editor, casi hasta su muerte, pretende mostrar una perspectiva más amplia que otras revistas de Terapia de Conducta (Wolpe y Reyna, 1970). Aunque la revista estaba dedicada a las aplicaciones de la psicología experimental, incluye investigaciones fisiológicas y farmacológicas en la medida en que están relacionadas con la etiología o tratamiento de condiciones modificables a través del aprendizaje.

Un indicador adicional del desarrollo de la Terapia de Conducta es la publicación de series anuales. En 1969 se publican los *Advances in Behavior Therapy*, cuyo editor cambiaba anualmente. Dejó de aparecer tras publicar cuatro volúmenes. En 1972 se inicia la publicación de un texto anual sobre psicoterapia, *counseling* y modificación de conducta. Estos textos se publican bajo la dirección editorial de G.E. Patterson y presentan en un volumen artículos publicados previamente. En 1973 se comienza a publicar el *Annual Review of Behavior Therapy: Theory and Practice* con el fin de desentrañar de la vasta literatura publicada los avances que se van produciendo en el campo. Con este fin se recogen artículos de cierta relevancia, ya publicados en su mayor parte, y los editores hacen una presentación de la perspectiva que ofrece el campo. Esta serie parece que publicó su último volumen en 1990. En 1975, M. Hersen, R. Eisler y P.M. Miller iniciaron una serie anual titulada *Progress in Behavior Modification* que reúne contribuciones originales en áreas específicas de la modificación de conducta. En los últimos años la publicación ha perdido su regularidad de aparición.

Creación de sociedades. El desarrollo formal de la Terapia de Conducta como un área distinta se vio ayudada también por la formación de varios grupos y sociedades de interés común. En 1966 C. Franks, A. Salter, D. Susskind y J. Wolpe reunidos en el apartamento de D. Susskind en Nueva York crearon la *Association for Advancement of Behavior Therapy* (AABT) como un grupo de interés multidisciplinario. En 1970 apareció una organización más, la *Behavior Therapy and Research Society* (BTRS) con el fin de crear un grupo profesional de terapeutas de conducta y, aunque con un carácter regional pero con mucha pujanza, la *Mid-western Association of Behavior Analysis* (MABA). La importancia de estas asociaciones radica en que, además de celebrar reuniones periódicamente para poner en común las reflexiones de su interés, sirven de soporte a las revistas que son sus órganos de difusión. La AABT patrocina *Behavior Therapy* y la BTRS el *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. Las dos revistas de enfoque operante, JEAB y JABA, son patrocinadas por la MABA.

7. NACIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS CONDUCTUALES.

Fijar en un momento histórico determinado el nacimiento de la Terapia de Conducta y, por tanto, de los Tratamientos Conductuales no es fácil. Wolpe (1969), uno de los padres incuestionables de este acercamiento, dice que la Terapia de Conducta nació con el desarrollo exitoso por parte de M.C. Jones de la expectativa teórica de Watson y Rayner sobre el origen de las fobias. Franks (1969b) en su colaboración a la misma obra piensa igual. Sin embargo, hace notar Wolpe que durante el cuarto de siglo siguiente a estos experimentos realizados en 1924 la Terapia de Conducta apenas fue tomada en consideración. Nadie quiso saber nada de la Terapia de Conducta. El z*eitgeist* psicoanalítico había persuadido a casi todo el mundo de que los principios de aprendizaje solos no tenían relevancia para los *profundos* (el subrayado es de Wolpe) problemas de la psicopatología.

Rachman y Eysenck (1966), por su parte, sitúan el nacimiento de la Terapia de Conducta en torno a 1958-1959 y lo asocian a la publicación de la obra de Wolpe (1958) *Psicoterapia por inhibición recíproca* y al artículo de Eysenck (1959) en que propone el título Terapia de Conducta para referirse a una alternativa al psicoanálisis. Rachman y Eysenck exponen en el citado artículo con cierto detalle la naturaleza y propósito de la Terapia de Conducta. Evidentemente entre ambas fechas, primeros años de la década de los 20 y últimos años de la década de los 50, se gesta la orientación terapéutica que nosotros llamamos conductual y adquiere matices, se desarrolla y extiende fuera del ámbito norteamericano.

A finales de los 50 y comienzos de los 60 las personas activas en los desarrollos iniciales de la Terapia de Conducta viajaron por diversos países facilitando la fertilización e integración de ideas y técnicas y ampliando así el movimiento. Por ejemplo, Wolpe dejó Sudáfrica para visitar y, provisionalmente, quedarse en los EE.UU. y, en consecuencia, introducir la DS en este país. Wolpe también visitó a Eysenck en Londres. Eysenck ya había estado interesado en la inhibición recíproca. Rachman, que había trabajado con Wolpe, tras realizar su doctorado bajo la dirección de Eysenck, se quedó a residir en Londres e introdujo los procedimientos terapéuticos de Wolpe en el Maudsley Hospital. Lazarus, que había estado en Sudáfrica con Wolpe y Rachman, también se asentó en los EE.UU.

La Terapia de Conducta llegó a ser un movimiento visible a comienzos de los 60. Publicaciones selectas cristalizaron los movimientos existentes. Eysenck (1957) publica *The dynamics of anxiety and hysteria: An experimental application of modern learning theory to psychiatry.* En 1960 el mismo autor editó el primer libro que incluía el término *Terapia de Conducta* en el título, *Behaviour Therapy and the Neuroses* (Eysenck, 1960). En el libro se recogen diversos escritos en que se aplican los principios de aprendizaje a problemas de conducta. En cuestión de unos pocos años aparecieron varias publicaciones que recogían aplicaciones terapéuticas basadas en el aprendizaje (Eysenck, 1964; Franks, 1964; Staats, 1964; Wolpe, Salter y Reyna, 1964) y el término Terapia de Conducta identificó las terapias de condicionamiento como un área distinta de investigación y acercamiento al tratamiento.

Junto con la integración en un movimiento de las prácticas conductuales existentes, continuaron los ataques al modelo de enfermedad para explicar la conducta anormal y, especialmente, al psicoanálisis (Eysenck, 1959, Rachman, 1963a, Salter, 1952). Al mismo tiempo, la Terapia de Conducta, que comenzaba a incrementar su visibilidad, comenzó a defenderse de las críticas como se ilustra en el caso de las críticas de Breger y McGaugh (1965, 1966) a la fundamentación de la Terapia de Conducta en unas leyes de aprendizaje que todavía estaban por establecer.

Basándonos en este conjunto de datos terminamos afirmando que la Terapia de Conducta a comienzos de los años 20 carecía de una presencia social suficiente para ser reconocida. Por tanto nosotros nos inclinamos por datar el acta de nacimiento de la Terapia de Conducta a finales de los años 50/comienzos de los 60 en que las condiciones eran propicias (Franks, 1984a) y la presencia social abundante. Por supuesto, como defienden Mahoney y Arnkoff (1978), a mitad de la década de los 60 la Terapia de Conducta no sólo ha nacido sino que puede ser considerada un serio contendiente frente a la posición de respeto en psicología clínica y psiquiatría que representaba el psicoanálisis.

PARTE SEGUNDA.

Algunos autores (Kazdin, 1978, 1982a; Pelechano, 1978, Krasner, 1990) se han ocupado de distinguir ciertos periodos en la evolución de los Tratamientos Conductuales. Todos los intentos de establecer etapas o momentos en el decurso de una historia que fluye de forma continuada, aunque dignos de tomarse en consideración, no dejan de forzar la historia. Teniendo clara esta premisa, distinguimos en la exposición de la evolución de los Tratamientos Conductuales cuatro etapas que no vienen delimitados con excesiva precisión para hacer ver, por un lado, que existen momentos evolutivos y, por otro, que este intento de clasificación tiene mucho de arbitrario. Una **primera etapa** sería la que acabamos de presentar en el capítulo 2, los progresos teóricos, las investigaciones y las aplicaciones que permiten que la Terapia de Conducta sea visible y reconocida como tal en torno a 1960 y que podría llamarse *etapa de gestación de los Tratamientos Conductuales*. En esta etapa se produce cambio de centro de la psicología desde el estudio de la mente al estudio de la conducta. La **etapa siguiente**, que exponemos en la parte segunda de este volumen, la identificamos, recogiendo la idea de Krasner (1990), con una **primera ola de la Terapia de Conducta** que se extiende desde el nacimiento de la Terapia de Conducta hasta la primera mitad de la década de los 70 y que vendría a coincidir con el *desarrollo y eclipse de los modelos de aprendizaje por condicionamiento y el inicio de un modelo cognitivo de terapia*. La **Tercera etapa** que se inicia, según Krasner, en 1975 se corresponde con **la segunda ola de la Terapia de Conducta** en que el desarrollo y evolución del conductismo hace que se presente *el campo fraccionado y el modelo cognitivo como dominante*. **La cuarta etapa** es la que se correspondería con el clima de aceptación, no beligerancia e, incluso, integración que se detecta en la década

de los 90. El postmodernismo como filosofía, la hermenéutica como epistemología y el enfoque constructivista en tratamientos podrían significar las notas más relevantes de esta etapa que no supone la desaparición de ninguno de los modelos que han aparecido a lo largo de esta evolución de los Tratamientos Conductuales.

LA PRIMERA OLA DE LOS TRATAMIENTOS CONDUCTUALES.

Corresponderían a esta primera ola los dos primeros períodos históricos propuestos por Hayes, Follette y Follette (1995) en su división del movimiento de la Terapia de Conducta: (1); (2)..

En esta primera ola de desarrollo de la Terapia de Conducta, en que domina la metáfora del condicionamiento (Meichenbaum, 1995), se produce la aplicación de la teoría del análisis de conducta y del neoconductismo a problemas de la vida ordinaria que comportan cierta relevancia social. Las diferencias teóricas que pueden distinguirse consisten en aceptar o no variables mediadoras o constructos hipotéticos entre el estímulo y la respuesta para explicar la conducta. Al final de esta etapa el conductismo parece agotado y el modelo cognitivo se ofrece como alternativa Será con la aparición del modelo cognitivo cuando se planteen las cuestiones que suscita el que las variables mediadoras sean centrales o periféricas o el que simplemente modulen o sean causa de la conducta.

Los dos grandes modelos dentro del condicionamiento van a ser los que se conforman con el conductismo radical de Skinner o con el conductismo de Watson modificado por Hull. Al primer modelo se le conoce como Análisis de Conducta y se expone en el bloque 1 de esta segunda parte. Al segundo modelo, que se expone en el bloque 2 de esta misma parte, se le conoce como Neoconductismo Mediacional. Al primer modelo teórico se va a oponer un cognitivismo que empezaba a apuntar en la segunda parte de la década de los 60. Las relaciones entre el neoconductismo mediacional y el cognitivismo no son tan claras, pues, si bien Wolpe se opone claramente a las explicaciones cognitivas de la DS (Wolpe, 1978), para otros (Mahoney, 1991) el cognitivismo en su versión de procesamiento de la información no es más que una nueva versión del neoconductismo mediacional.

BLOQUE 1. EL ANÁLISIS DE CONDUCTA Y LOS PROCEDIMIENTOS OPERANTES.

El Análisis de Conducta es una ciencia de la conducta que se basa en la filosofía inmanente al conductismo radical de Skinner. Esta ciencia se divide en dos partes: 1) *el Análisis Experimental de Conducta* interesado por la investigación básica y el descubrimiento y elaboración de los principios fundamentales de la

conducta en el laboratorio. 2) *el Análisis de Conducta Aplicado* centrado en la investigación aplicada y en la extensión y posterior elaboración de los principios fundamentales de la conducta en ambientes naturales.

El condicionamiento operante, en que se basa la investigación del Análisis Experimental de Conducta y la intervención del Análisis de Conducta Aplicado, se refiere a un acercamiento experimental particular al estudio de la conducta que resalta la importancia de las consecuencias reforzantes y aversivas en el cambio y control de la conducta. Este acercamiento se asocia en la mayoría de los casos con B. F. Skinner, pero su inicio hay que situarlo en los trabajos de Edward L. Thorndike (1911) sobre el aprendizaje animal.

Este Bloque 1 se centra en hacer una introducción al Análisis de Conducta Aplicado y al modelo terapéutico utilizado en él y, sobre todo, en los procedimientos terapéuticos basados en el condicionamiento operante para lograr el control de la conducta que es la finalidad del Análisis de Conducta. También se expone en este bloque 1 la evolución del Análisis de Conducta (Capítulo 9). Esto nos lleva a traspasar los límites temporales de esta primera ola de los Tratamientos Conductuales, pero razones de coherencia teórica nos impelen a ello.

CAPÍTULO 3. INTRODUCCIÓN AL ANÁLISIS DE CONDUCTA Y AL MODELO Y PROCEDIMIENTOS OPERANTES.

1. INTRODUCCIÓN.

Skinner es la figura principal en que descansa el Análisis de Conducta y su conductismo radical la filosofía en que se asienta. Es importante señalar, sin embargo, que, aunque el conductismo radical de Skinner sea dominante no es la única posición teórica existente en el Análisis de Conducta. Existe dentro de él una tendencia que participa del conductismo metodológico que, como el conductismo radical, admite la existencia de acontecimientos privados, pero va un poco más allá y concede importancia a factores no observables, como la memoria y la historia de reforzamiento, para la comprensión de la conducta (Shimp, 1976; Rachlin, 1977). Estos factores actúan como variables intervinientes entre los acontecimientos ambientales observables y las respuestas también observables. Lo importante para la filosofía del conductismo radical no es que existan acontecimientos privados que operen entre los estímulos y las respuestas. Lo importante es cómo operan. La asunción del conductismo radical, en que descansa el Análisis de Conducta, es que están sujetos al control ambiental y que operan como elementos de una cadena que se inicia en los acontecimientos ambientales observables y termina en las respuestas observables del organismo. De ninguna manera son causas autónomas de conductas observables y este es el principio que les distingue de los terapeutas cognitivos (Baer, 1982). En esto coinciden los analistas de conducta, de modo que autores

como los citados que aceptan posibles mediadores legítimos de la conducta exigen, en la medida de lo posible, datos observables que confirmen la existencia y función de los acontecimientos no observables.

El Análisis de Conducta representa, sin lugar a dudas, lo más parecido a un programa de investigación, propio de una ciencia normal, que ha producido la Psicología. Se inició con el primer libro psicológico de Skinner, *La conducta de los organismos* (1938), en que distinguió dos tipos de procedimientos para aprender conductas pero sin diferenciarlos todavía con mucha claridad. Skínner llamó a una primera categoría de procedimientos *Condicionamiento de Tipo I*, y al tipo de procedimiento de condicionamiento propuesto por él *Condicionamiento Tipo II*. Más tarde, empleó los términos condicionamiento respondiente y operante para referirse, respectivamente, a cada uno de estos dos tipos de condicionamiento (Skinner, 1938). Poco después Hilgard y Marquis (1940) en su texto de aprendizaje hicieron una distinción similar entre lo que ellos llamaron condicionamiento clásico e instrumental, que, a veces, se usan como sinónimos de respondiente y operante. La conducta o aprendizaje respondiente, estudiada por Pavlov, se denomina propiamente conducta refleja, porque una respondiente es una conducta elicitada por un estímulo determinado ya sea condicionado o incondicionado. A la segunda categoría de condicionamiento Skinner la denominó conducta o aprendizaje operante porque la conducta operante por definición no es elicitada, sino que sencillamente se emite de cuando en cuando sin que el organismo que la emite se vea necesitado a ello por el estímulo. Sin embargo, la probabilidad de ocurrencia de una conducta operante puede aumentarse si a su emisión le sigue un acontecimiento o estímulo reforzante. Este concepto central en el pensamiento de Skinner derivó de los experimentos de Thorndike realizados sobre gatos que podían escapar de una jaula tirando de una cuerda que abría la puerta. Cuando el gato escapaba de la jaula, obtenía como recompensa un trozo de pescado que se encontraba fuera de la jaula. Como resultado de sus estudios, Thorndike formuló lo que él llamó la Ley del Efecto. Esta ley tenía dos partes: 1) si un estímulo es seguido por una respuesta y luego por un acontecimiento o estado satisfactorio se fortalecerá la conexión estímulo-respuesta. 2) si un estímulo es seguido por una respuesta y luego por un acontecimiento o estado desagradable se debilitará la conexión estímulo-respuesta.

Para Skinner otro concepto central es el de contingencia de reforzamiento compuesta por tres componentes: 1) *La situación en la que la conducta ocurre* (la caja-problema). 2) *La respuesta reforzada* (presionar la palanca). 3) *El acontecimiento o estímulo reforzante*, llamado habitualmente, *reforzador* (escaparse). Los tres definen conjuntamente una contingencia de reforzamiento, tras la cual será más probable que la conducta operante vuelva a ocurrir, si se producen circunstancias similares

La definición que Skinner hace de la conducta operante y de sus contingencias controladoras le distinguen de los demás conductistas en tres aspectos no siempre bien comprendidos.

En primer lugar, las conductas operantes nunca son elicitadas. Hay que decir, sin embargo, que en sus primeros escritos habla de estímulos hipotéticos que elicitan la presión de la palanca. Sin embargo, cuando sus técnicas experimentales lograron mayor efectividad estos estímulos inmensurables dejaron de tener importancia y sus intercambios con Konorski y Miller le llevaron a reformular su terminología desde la reflexología al condicionamiento operante. Como él mismo reconoce (Skinner 1978), en sus primeros años estaba todavía fuertemente bajo el control de Sherrington, Magnus y Pavlov, pero es clara la tendencia de Skinner, desde sus primeros trabajos, a *desfisiologizar* el reflejo y reconsiderarlo como *conducta* en su aspecto *relacional* (Iversen 1992).

Hay un segundo aspecto en que Skinner no es un psicólogo E-R. Según él el organismo puede ser afectado por variables controladoras que no necesitan ser consideradas estímulos. Esto es clarísimo con respecto a la motivación. Skinner no ve la necesidad de introducir estímulos-impulso como hacen Hull y Freud para explicar la motivación, basta establecer unas determinadas condiciones como son las de privar de alimento al animal. Con esta condición previa del estado del organismo podemos determinar el grado de motivación de un ser vivo.

El tercer aspecto importante de la operante se refiere a su definición. La conducta, para Skinner, es simplemente movimiento en el espacio, aunque Skinner tiene cuidado en no definir las operantes como simples movimientos. Para empezar, una operante no es una conducta *concreta*, es una *clase* de conductas que viene definida por las contingencias de reforzamiento, de modo que distintas conductas concretas pueden ser consideradas una misma operante siempre que cada conducta esté controlada por las mismas contingencias de reforzamiento. Esto se muestra especialmente importante a la hora de explicar la conducta verbal. En ella nos encontramos con frecuencia palabras con más de un significado y en cada caso el significado vendrá definido por las contingencias de reforzamiento presentes.

Importa señalar que la correlación E-R se define por la función antes que por la forma. La unidad de análisis no es, entonces, la relación entre ocurrencias individuales de respuesta y de estímulo, ya nos hemos referido a la *naturaleza genérica* de ambos, sino la correlación observada entre una clase de propiedades de estímulo y una clase de propiedades de respuesta o conducta. De hecho, Skinner convertiría el orden causal E-R propio del condicionamiento respondiente en la secuencia R-E, de modo que es el sujeto el que opera y el ambiente el que responde. Así, la notación propia del condicionamiento operante sería *conducta-consecuencia.* A esta notación habría que incorporar el estímulo discriminativo, antecedente a la conducta, generado por unos aprendizajes e historia de reforzamiento previos, de donde resulta el esquema A-B-C (Antecedente, Conducta, Consecuencia) propio del *análisis funcional de la conducta.*

2. EL ANÁLISIS DE CONDUCTA APLICADO.

En este apartado exponemos en primer lugar una serie de características definitorias del Análisis de Conducta participadas tanto por el Análisis Experimental de Conducta como por el Análisis de Conducta Aplicado ACA). Para acotar el campo propio del ACA presentaremos a continuación las características propias de esta corriente tal como las formularon sus iniciadores. Finalmente recogemos unas notas sobre la evolución del ACA.

2.1. CARACTERÍSTICAS DEL ANÁLISIS DE CONDUCTA.

Del concepto central de conducta operante se siguen las siguientes características propias del Análisis de Conducta:

1. Se sitúa la responsabilidad de la conducta en el entorno. Una persona no actúa en función de valores morales como el *debería de* y el *habría que*, sino que su conducta está controlada por el entorno.

2. El objetivo básico y fin de la psicología es analizar la conducta mediante la localización de los determinantes específicos de clases de conductas específicas y establecer la naturaleza exacta de la relación entre una conducta y sus consecuentes. Los consecuentes pueden llamarse variables independientes y la conducta con sus cambios subsiguientes variable dependiente.

3 Explicar la conducta consiste en conocer los determinantes de los que la conducta es función.

4. El objeto del conocimiento no es sólo correlacionar variables analizadas en un marco de referencia experimental que nos permita explicar y predecir la conducta. El objetivo verdadero del conocimiento para el analista de conducta es controlar la conducta que supone un paso más que explicar y predecir.

5. Sin que se confunda con la teleología o el propositivismo, la lógica operante se caracteriza por una causalidad final. La conducta operante se explica por el logro resultante y no por una estimulación antecedente. Conducta y estímulo reforzador se necesitan mutuamente de acuerdo con el concepto dialéctico de par conjugado, no con el concepto de causalidad circular tautológica (M. Pérez, 1991). Las expectativas de resultados se rechazan por considerarse una explicación inadecuada o engañosa de la conducta, sin embargo en el análisis de conducta se toma nota de estas explicaciones de la conducta a las que acude Bandura, por ejemplo, porque pueden poner en la pista de la historia de aprendizaje de los individuos.

6. El análisis de conducta prescinde por completo de la estadística o de los diseños experimentales planteados estadísticamente. Se estima que la estadística sólo es necesaria para los que infieren estados internos -como el eHr de Hull- a partir de la conducta manifiesta o para quienes pretenden establecer correlaciones entre variables. Quienes pretenden ante todo controlar la conducta, como es el caso de los conductistas radicales, evalúan sus procedimientos de intervención en términos de un diseño experimental de caso único en el que el sujeto sirve como control de sí mismo.

Consecuente con su postura, Skinner (1953) argumenta que los psicoterapeutas deberían aceptar como materia apropiada de estudio los conductas descritas como problemáticas por los clientes y no tomar esta conducta como un indicador de que hay algo en la mente del cliente que no funciona bien. El énfasis de Skinner en la conducta observable y en la especificación de esta conducta ha llegado a ser una piedra de toque del análisis de conducta.

2.2. NOTAS DEFINITORIAS DEL ANÁLISIS DE CONDUCTA APLICADO.

Los términos *Análisis de Conducta Aplicado* (ACA) se han utilizado para referirse y describir el trabajo realizado por investigadores y profesionales que se centran en la modificación de conductas socialmente relevantes siguiendo el modelo claramente extraorgánico del Análisis de Conducta.

Baer, Wolf y Risley (1968) expusieron las notas características de este enfoque en el primer número del *Journal of Applied Behavior Analysis*. Empezaron por describir el contexto relevante en que se insertaba el ACA y el poder de la matriz disciplinar (Kuhn, 1970) dentro de la cual la conducta de los individuos se analizaba. Esta matriz era la conducta característica de un grupo más amplio, un grupo más viejo que llamaba a su cultura el *Análisis Experimental de Conducta* que tenía como estrategias ejemplares características su énfasis en procedimientos de reforzamiento y castigo, las contingencias de estímulos discriminativos como variables ambientales analítico-conductuales, una confianza en los diseños de caso único como los formatos de análisis y prueba y su uso consistente de la caja de Skinner como su arena.

La extensión por parte del ACA de los trabajos desde el laboratorio a las *conductas socialmente relevantes* condujo a adoptar cambios en el registro y medida de la conducta que pasó de centrarse en la tasa de respuesta a los registros de intervalos en que ocurre la conducta. Baer, Wolf y Risley (1968) propusieron, además, siete notas que actuaron como estímulos de control de la conducta analítico conductual apropiada. El ACA debía ser aplicado, conductual, analítico, conceptual, tecnológico, efectivo y generalizable:

Aplicado. Hace referencia a la nota que le distingue con más claridad del Análisis Experimental de Conducta. Debe centrarse en problemas socialmente relevantes lo que significa que incluye, pero no se limita a las conductas clínicamente problemáticas de los individuos. Un ejemplo lo tenemos en la extensión del ACA a la ecología Rogers-Warren y Warren (1977) y a los programas contra el abuso de las drogas.

Conductual. En el contexto de las aplicaciones clínicas significa adherirse a un conjunto de principios operacionales en aras de los objetivos generales de la predicción o control de la acción instrumental. Entre estos principios Nemeroff y Karoly (1991) citan los siguientes: a) Centrarse en la conducta más que en los pensamientos y emociones. b) Centrarse en conductas singulares observadas en

distintos períodos de tiempo más que en múltiples conductas observadas o medidas en una sola sesión. c) El uso de la observación directa como un medio de evaluar la conducta. d) El intento de contextualizar las conductas en términos de antecedentes y consecuentes. e) Un rechazo de explicaciones de la conducta observable a partir de posibles determinantes o causas intrínsecas.

Analítico y conceptual. El ACA es analítico y conceptual cuando demuestra su capacidad para lograr cambios específicos en la conducta y cuando lo hace por vías que son conceptualmente consistentes con sus principios.

Tecnológico. Hace referencia a procedimientos explícitos de modificación de conducta que puedan precisarse y analizarse cuidadosamente y a la hora de aplicarlos adaptarse con flexibilidad a los requisitos de las situaciones concretas. Esta característica hace que no haya dos programas para controlar la enuresis, por ejemplo, que sean idénticos. Cada situación y capacidad de aprendizaje de los participantes es diferente y estas diferencias individuales deben tomarse en cuenta (Dumas, 1989). Estas características las reúnen los procedimientos operantes.

Efectivo. Ser efectivo es la aspiración central de todo tratamiento. En el ACA se concreta en la pretensión de que: a) los métodos de cambio se apliquen correctamente; b) los métodos bien aplicados logren los cambios de las conductas-problema y c) los cambios así logrados permanezcan o mejoren en el entorno social de la persona o grupo sobre el que se actúa.

Generalización apropiada de los resultados. Significa el compromiso del ACA con la consecución de cambios conductuales duraderos, permanentes en el tiempo y capaces de extenderse a nuevas situaciones.

2.3. EL DESARROLLO DEL ANÁLISIS DE CONDUCTA APLICADO.

La extensión del Análisis de Conducta a los humanos tuvo dos ámbitos más significativos de aplicación, el educativo y el clínico. En el ámbito educativo hay que destacar la investigación y aplicación sobre enseñanza programada. El trabajo fue tanto que dio lugar al nacimiento de dos revistas en 1962, *Journal of Programmed Instruction* y *Journal of Mathetics* y a la publicación de volúmenes dedicados a recursos en enseñanza programada (Lange, 1967; Lumsdaine y Glaser, 1960, 1965). El *Journal of Mathetics* tuvo una corta existencia. Sólo dos números vieron la luz, pero fue la revista que encauzó la enseñanza programada dentro del ámbito del condicionamiento operante y en ella se publicaron artículos no sólo sobre temas educativos, sino sobre educación en general como los artículos de Ferster, Nurnberger y Levitt (1962) dedicados a la alimentación, Fox (1962) a crear hábitos y Goldiamond (1962) a la tartamudez.

En el ámbito de la clínica las aplicaciones fueron muy numerosas. Por ello remitimos a los capítulos 7 y 8 de la obra de Kazdin (1978) para repasar la exposición del trabajo desarrollado. Un indicador de la importancia de las aplicaciones son las limitaciones que encuentra el *Journal of Experimental Analysis of Behavior* para dar cabida a todas ellas, por lo que en 1968 se da luz verde a una nueva publicación, el *Journal of Applied Behavior Analysis*. En su primer número el *Journal of Applied Behavior Analysis* presenta la notas definitorias del ACA ya expuestas, con lo que hizo patente que la investigación aplicada era un objetivo importante y requería un acercamiento metodológico distinto al de la investigación experimental básica.

Las poblaciones tratadas fueron muy variadas, pacientes psiquiátricos, retrasados mentales, escolares, chicos institucionalizados, delincuentes, drogadictos, alcohólicos y personas con problemas médicos. Como temas de investigación de interés estaban el mantenimiento en el tiempo de los cambios conseguidos, la generalización transituacional, el fallo de los individuos en responder a las contingencias de reforzamiento y la conducta de los administradores de contingencias. En consonancia con estas exigencias también se prestó mucha atención a entrenar a las personas que estaban en contacto con los receptores de los servicios para administrar con competencia técnicas de cambio conductual. Así surgió el campo de entrenamiento de paraprofesionales o mediadores (Berkowitz y Graziano, 1972; O'Dell, 1974; Patterson, 1975; del Pino, 1981).

Obras que pueden representar el trabajo de este momento son los tres volúmenes de *Control de la Conducta Humana* de Ulrich, Stachnik y Mabry (1966, 1970, 1974) y *Terapéutica de la conducta en la infancia* de Graziano (1971), ambas obras traducidas al castellano. Por fin, una obra con perspectiva suficiente para repasar los fundamentos teóricos del Análisis de Conducta y su aplicación al sistema de enseñanza y a diversos sistemas sociales es la obra de Catania y Brigham (1978) *Handbook of Applied Behavior Analysis*.

3. EL MODELO OPERANTE.

Skinner (1953) avanzó lo que podría hacerse a nivel social si se aplicaran sistemáticamente los principios del reforzamiento y facilitó un modelo de la conducta humana. Un modelo es visto, generalmente, como una forma de ver algo *como si* ese algo funcionase de una forma determinada. Skinner vio a los hombres y mujeres como organismos que operan en sus ambientes de manera que produzcan ciertos acontecimientos llamados reforzadores o recompensas. Skinner sostuvo que muchos problemas de conducta de los individuos son el resultado de reforzadores distribuidos pobremente. Alternativamente su posición teórica era que si la sociedad redistribuyera sus contingencias de reforzamiento de forma rica y adecuada nuestras vidas podrían ser mejoradas de forma incommensurable.

El paradigma operante o instrumental se centra en controlar la conducta por sus consecuencias, por tanto no requiere especificar las condiciones del estímulo antecedente para actuar sobre la conducta. Este modelo, en consecuencia, es más conveniente para conceptualizar y manipular un gran número de respuestas en ambientes naturales que no permitan identificar claramente los estímulos que las provocan.

Estas características del condicionamiento instrumental u operante se reflejan en la estrategia de investigación y diseño, la naturaleza de las variables que se examinan, la selección de los sujetos y conductas-metas para la investigación y la terapia. Considerar las respuestas o conductas preeminentes en el comportamiento humano como operantes también lleva a una formulación determinada acerca de la naturaleza, etiología y tratamiento de los desórdenes, hecho que destacó la importancia del ambiente social. En consecuencia, el análisis central de la terapia basada en operantes reside en la interacción entre el organismo que opera y el ambiente en el cual ocurre la conducta. El objetivo principal, pues, de la programación de la intervención terapéutica es la modificación de esta interacción.

Esta última afirmación lleva a los analistas de conducta a sentirse incómodos con cualquier clasificación sindrómica sin más, porque cualquier clasificación es una ficción analítica que puede amenazar la apreciación del todo en un contexto. Por otro lado, la conexión entre la evaluación de los síndromes y el tratamiento diferencial que se practica se conoce desde hace tiempo que es débil (p. e., Adams, 1972; Daily, 1953; Korchin y Schuldberg, 1981). Este débil lazo necesariamente significa que la clasificación sindrómica tiene poco utilidad para el tratamiento. Puede ser útil, en el mejor de los casos, para iniciar el análisis si el síndrome se considera solamente como un conjunto de conductas y para hablar sobre los casos, pues para ello se requiere algún tipo de categorización. El problema es que los síndromes son más que todo eso.

La conducta se define como algo que hace un individuo y que puede medirse de alguna forma. El término se refiere bien a respuestas específicas (por ejemplo, decir una palabra determinada) o a respuestas bajo el control de un estímulo determinado (por ejemplo, decir una palabra determinada en presencia del objeto correspondiente y no decirla en su ausencia). La conducta problemática se entiende que coexiste con un conjunto de conductas *normales* y ambas categorías de conductas diferenciadas verbal y convencionalmente se supone que responden en su adquisición, mantenimiento y finalización a los mismos procesos. Ambas categorías de conductas responden a la combinación de la estructura del organismo, su historia y su contexto conductual, motivacional y ambiental actual. La combinación de todos ellos, que indudablemente es única para cada caso es la que explica tanto la conducta normal como la anormal. La noción tradicional de personalidad, que implica que una persona tiende a actuar de una forma relativamente consistente a lo largo de una variedad de situaciones por razones constitucionales que pueden ser factores inespecíficos de desarrollo o factores genéticos o fisiológicos, no es un tema de interés en el análisis de conducta. Esta forma de pensar hace del análisis de conducta una empresa idiotética, esto es, una empresa en

que interesa la conducta y el caso singular. Los principios nomotéticos sólo pueden emerger tras la agregación de análisis idiotéticos.

El análisis de conducta es neutral respecto a lo que es un desarrollo *normal*. Los analistas de conducta tienen muy presentes las enormes diferencias culturales que existen en nuestro mundo para defender el carácter cultural de la normalidad. Lo que es normal en una cultura puede no serlo en otra. Esta posición tiene un aspecto negativo, el análisis de conducta no ha considerado adecuadamente qué significa en la actualidad el ajuste psicológico o el bienestar

Los programas que se realizan dentro de este modelo suelen desarrollarse cumplimentando los siguientes pasos:

1. Identificar las características potencialmente relevantes del cliente, de su conducta y del contexto en el que ocurre mediante una evaluación amplia.

2. Organizar la información recogida en el punto 1 en un análisis preliminar de las dificultades del cliente en términos de los principios conductuales para identificar relaciones causales importantes que puedan cambiarse. El proceso del análisis funcional ha sido descrito como un embudo (Hawkins, 1979), ancho por arriba y estrecho por abajo. En este segundo paso se empezaría a estrechar y reducir la extensión del análisis.

3. Conseguir información adicional basada en el punto 2 y finalizar el análisis conceptual. En este paso se seleccionan o crean instrumentos específicos de evaluación para examinar características particulares del caso. Para facilitar esta recogida de datos pueden ayudar las medidas siguientes:

a) Identificar la conducta objeto de evaluación de forma tan precisa como sea posible.

b) Registrar la conducta de forma objetiva, estableciendo una línea base para conocer la estabilidad de la conducta y evaluar con respecto a ella los efectos del programa a desarrollar.

4. Elaborar un programa basado en la información recogida en el punto 3.

5. Poner en práctica el programa elaborado y evaluar el cambio producido.

6. Modificar el programa si no ocurren los cambios deseados volviendo a replantear los tipos de análisis realizados en los pasos 2 y 3.

7. Planificar la generalización del cambio de conducta, es decir, que el cambio de conducta ocurra en el lugar escogido, que se extienda a otras conductas deseables, a otros lugares y que se mantenga después de finalizado el programa.

4. PROCEDIMIENTOS OPERANTES.

Antes de considerar detalladamente los procedimientos basados en el condicionamiento operante que permiten alcanzar determinados objetivos en el cambio de conducta puede resultar provechoso clarificar algunos usos incorrectos de los términos presentando una breve visión general de los procedimientos operantes básicos. A fin de evitar confusiones es esencial distinguir entre la designación de un suceso o estímulo y la designación del principio que describe los efectos que se producen cuando un suceso o estímulo se utiliza contingentemente presentándolo o retirándolo a continuación de una determinada conducta. Por ejemplo, la confusión que rodea al principio de reforzamiento negativo ha resultado en gran medida del fallo en distinguir entre un estímulo o suceso aversivo, que en este caso algunos llaman reforzador negativo, y el reforzamiento o incremento de la conducta que se sigue como consecuencia de la actividad desarrollada para evitar o escapar del estímulo aversivo. Nosotros, en coherencia con la definición que Skinner hace de reforzamiento, vamos a llamar a los estímulos, antes de figurar en una contingencia de reforzamiento, apetitivos y aversivos. Esta denominación no tiene más connotación que la de significar que los estímulos de referencia antes de entrar a formar parte de cualquier contingencia son apetecidos o evitados por la generalidad de las personas. Al figurar en una contingencia estos sucesos o estímulos recibirán distintas denominaciones en función de los efectos que tengan sobre la probabilidad de aparición de la conducta a la que siguen. Cada clase de estímulos o sucesos puede tener diferentes efectos en la frecuencia, duración, intensidad o cualquier otra magnitud cuantificable de una conducta, efecto que viene determinado por el hecho de si se aplica o se retira un estímulo o suceso contingentemente a la ocurrencia o emisión de una conducta.

Como puede verse en la TABLA 3.1., el principio de reforzamiento se refiere siempre a un aumento en la probabilidad de emisión de una conducta. El efecto de aumentar la probabilidad de la frecuencia de una conducta como consecuencia de presentar un estímulo o suceso en principio apetitivo recibe el nombre de *reforzamiento positivo* y tras este efecto el estímulo o suceso que siguió a la conducta puede llamarse con pleno derecho *reforzador positivo*. El aumento en la probabilidad de emisión de una conducta que contingentemente permite escapar o hace que deje de presentarse o producirse un estímulo o suceso, en principio, aversivo se denomina *reforzamiento negativo*. El estímulo o suceso presente en esa contingencia suele llamarse *reforzador negativo*, *reforzador* porque tiene como efecto el incremento de la probabilidad de aparición de una conducta, negativo porque produce su efecto gracias a evitarlo o huir de él. De la misma manera, el castigo se refiere siempre a una disminución en la probabilidad de emisión de una conducta. Nuevamente, como se muestra en la TABLA 3.1., existen dos tipos de castigo que reciben en la literatura psicológica varias designaciones. Preferimos las que ofrecemos a continuación porque parecen presentar una relación más clara con los procedimientos empleados. El procedimiento que tiene como efecto una disminución en la frecuencia de una respuesta al suprimir de forma contingente una estimulación o suceso en principio apetitivo recibe el nombre de *castigo por remoción*. Algunos autores llaman al estímulo o suceso

que se retira reforzador positivo, pero como el efecto que tiene sobre la conducta es disminuirla y no incrementarla, nosotros no somos partidarios del uso de la palabra reforzador en esta ocasión y simplemente hablamos de estímulos o sucesos apetitivos que se suprimen o retiran. El *castigo por aplicación*, que también tiene por efecto una disminución en la frecuencia de una conducta, se produce cuando un estímulo aversivo se aplica contingentemente a la emisión de una conducta. En estos casos existe el peligro de confundir el estímulo punitivo que aplicamos con el procedimiento utilizado. Se suele hablar de la técnica o procedimiento de **castigo** para hacer referencia a la acción de hacer seguir una conducta por un estímulo aversivo que conlleva una reducción de la probabilidad de emisión de la conducta a la que siguió el **castigo**, estímulo aversivo. Hay que procurar evitar este uso confuso de los términos.

TABLA 3.1.

PRINCIPIOS DE CONDICIONAMIENTO OPERANTE BASADOS EN EL HECHO DE APLICAR O RETIRAR REFORZADORES POSITIVOS O NEGATIVOS

	APLICACIÓN	**RETIRADA**
REFORZADOR POSITIVO	REFORZAMIENTO POSITIVO	CASTIGO POR REMOCIÓN
REFORZADOR NEGATIVO	CASTIGO POR APLICACIÓN	REFORZAMIENTO NEGATIVO

5. TAXONOMÍA OPERANTE DE LAS CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS.

El concepto de aprendizaje comprende la creación y estructuración de conductas, su mantenimiento o incremento y su disminución o extinción. Los procedimientos operantes establecen una taxonomía de conductas problemáticas por defecto, por exceso o por ocurrir bajo un control inadecuado de los estímulos y se marcan como objetivo: a) conseguir la emisión de conductas nuevas, esto es, conductas que previamente no estaban en el repertorio de conductas del sujeto; b) aumentar y, llegados a un determinado criterio, mantener la frecuencia, duración, intensidad, etc. de las conductas previamente existentes; c) disminuir estas mismas características en conductas que ya figuraban en el repertorio del cliente; d) lograr la emisión de la conducta en situaciones particulares consideradas adecuadas. Estos objetivos terapéuticos acordes con el

concepto de aprendizaje y con la taxonomía operante de conductas problemáticas son los que utilizamos para organizar los temas en que se exponen los procedimientos basados en el condicionamiento operante.

Un programa operante implica aplicar procedimientos que la investigación y la teoría indican que probablemente serán efectivos. La mayoría de los programas, sin embargo, emplearán de forma combinada más de uno de los procedimientos que se presentan en los temas que siguen, con la finalidad de que se adapten de la manera más eficaz al tratamiento de la conducta problema que presenta un individuo. En la mayoría de ellos el reforzamiento desempeña un papel esencial. Toda acción aprendida se da y modifica, de acuerdo con este modelo, por el uso de reforzadores (1).

(1) En todo este bloque y, en general, en el libro, hemos evitado utilizar el término refuerzo porque su uso ha contribuido a confundir la acción de reforzar (reforzamiento) con la consecuencia que sigue a una conducta (reforzador o recompensa).

CAPÍTULO 4. PROCEDIMIENTOS PARA INCREMENTAR Y MANTENER CONDUCTAS.

1. INTRODUCCIÓN.

En conformidad con la taxonomía operante de conductas problemáticas se incluyen en este capítulo las técnicas o procedimientos operantes que se caracterizan por pretender conseguir el incremento de conductas que están escasamente representadas en el repertorio de conductas de un sujeto y el mantenimiento de las mismas una vez que las conductas-objetivo han alcanzado un nivel determinado considerado como adecuado. Incluimos en este capítulo, pues, técnicas de reforzamiento.

El mantenimiento de conductas es otro objetivo terapéutico habitualmente asociado y posterior en el tiempo al incremento de las conductas una vez que éstas han llegado a alcanzar un criterio determinado. Este otro objetivo se logra cambiando los índices de reforzamiento y de ellos se ocupa la segunda parte de este capítulo.

2. EL REFORZAMIENTO POSITIVO.

Definimos el reforzamiento positivo como el incremento de la probabilidad de que en el futuro vuelva a repetirse en un contexto determinado una conducta seleccionada a la que ha seguido un hecho o acción contingente con su emisión en ese contexto. Hay que distinguir en esta definición tres términos: 1) El *contexto o ambiente* en que se produce el reforzamiento y al que por tanto sólo irá unido, en principio, el incremento de la probabilidad. 2) El incremento de la probabilidad de que el organismo que ha visto su

conducta seguida por una determinada consecuencia vuelva a repetir esa conducta si se encuentra de nuevo en el mismo contexto. A este efecto le llamamos *reforzamiento*. 3) La consecuencia que sigue a la conducta y que produce un incremento de la probabilidad. A la consecuencia le llamamos *reforzador positivo*. El incremento de la probabilidad de ocurrencia o manifestación de una conducta puede verificarse atendiendo a cualquiera de las características más representativas de la conducta en cuestión. En unos casos esta característica puede ser la frecuencia con que se emite la conducta como en el caso de una persona que tuviera un tic. En otros casos puede ser la duración o permanencia de la conducta como puede ser en los casos en que se estuviera actuando sobre la conducta de estudiar. En otro puede ser la intensidad como en los casos en que estuviéramos actuando sobre los grados de fiebre. Siempre hay en las conductas una característica sobre la que valorar el incremento de la probabilidad. Es importante notar que el reforzador se define por su consecuencia sobre la conducta, por lo que no puede decirse *a priori* qué estímulos apetitivos son realmente reforzadores. Puede suponerse con antelación, pero únicamente podrían identificarse tras un análisis funcional en un contexto determinado para el organismo o grupo de organismos para los que se planea una intervención. Una importante implicación clínica y educativa de esta definición y de todo el paradigma del condicionamiento operante es que la acción de reforzar no lleva aparejada necesariamente una petición de igualitarismo para todas las personas. La estrategia a seguir en cada caso va a depender, en gran medida, del condicionamiento biológico y de la historia individual de reforzamiento de cada uno de ellos.

Una diferencia que conviene tener clara es la existente entre los términos reforzador positivo y recompensa. Un reforzador positivo se define por sus efectos sobre la conducta a que sigue y se corresponde con la teoría de Skinner. La recompensa hay que situarla como un concepto próximo a la ley del efecto de Thonrdike y ejercería su efecto fortaleciendo las conexiones entre el estímulo y la respuesta que se emite ante él. Skinner (1938, pg. 7) se decanta por el término reforzador positivo.

2.1 DIVISIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS REFORZADORES.

Reforzadores positivos pueden ser cualesquiera de los hechos o acciones que aumenten la probabilidad de ocurrencia de la conducta a la que siguen. Sin ánimo de ser exhaustivos procedemos a distinguir y clasificar los reforzadores atendiendo a distintos criterios.

A**tendiendo al dispensador de los reforzadores**: En función de la persona que facilite los reforzadores estos pueden clasificarse como *Autorreforzadores* y *Heterorreforzadores*. Los *autorreforzadores* tienen su origen y dependen en su puesta en práctica del organismo reforzado. Por ejemplo, tras dos horas estudiando el alumno se refuerza tomando una merienda especial. Los *heterorreforzadores* provienen de otras personas como es el caso de la felicitación recibida por haber aprobado un examen.

A**tendiendo a la naturaleza de las necesidades que satisfacen** los reforzadores pueden clasificarse como *Reforzadores primarios* y *Reforzadores secundarios*. Los *reforzadores primarios* satisfacen necesidades biológicas o contribuyen al bienestar físico. El agua, la comida, el sexo son reforzadores de este tipo. A estos reforzadores se les llama también reforzadores incondicionados. El concepto de reforzador primario o incondicionado hace referencia a que el valor del reforzador no requiere ni depende de un aprendizaje previo. No se refiere, sin embargo, a que siempre sea efectivo ni más efectivo que otros. Su valor va a depender del estado físico del organismo a que se aplique. El agua no tendrá valor reforzante para una persona sin sed, pero se puede estimar como muy reforzante para una persona sedienta. Los *reforzadores secundarios* son aquellos estímulos o sucesos que han adquirido su valor reforzante por condicionamiento o aprendizaje, por ello se les denomina también reforzadores condicionados. En teoría los estímulos o sucesos que adquieren su valor reforzante por condicionamiento o aprendizaje son originalmente neutros, pero dada la cantidad de aprendizaje de cualquier persona tras su nacimiento no somos conscientes de los procesos de condicionamiento que han precedido al valor adquirido por ciertos reforzadores como el dinero.

Atendiendo a la consistencia de los reforzadores éstos pueden clasificarse como *reforzadores físicos o tangibles* y *reforzadores sociales.* Reciben el nombre de *reforzadores físicos o tangibles* si poseen una entidad física que permite olerlos, manipularlos, comerlos, etc,. Son los más utilizados con niños pequeños o con retraso mental y con adultos que presenten limitaciones cognitivas o tengan restringida su libertad. Van desde golosinas, como los chicles, los juguetes, un balón, a los cigarrillos en el caso de los presos. Los *reforzadores sociales* consisten en conductas de atención, acercamiento, aceptación o aprobación por parte de los dispensadores de los reforzadores. Este tipo de reforzadores resulta especialmente poderoso si sus dispensadores son personas que gozan de gran prestigio para las personas que los reciben.

Los reforzadores condicionados **atendiendo al ámbito de aplicación** pueden considerarse *reforzadores específicos o concretos* y *reforzadores generalizados.* Se habla de *reforzadores específicos o concretos* si tienen un ámbito de aplicación reducido a una necesidad o situación concreta. Un reforzador concreto en función de una necesidad puede ser la ropa de abrigo cuando se tiene frío. Un reforzador específico ligado a una situación pueden ser las fichas o puntos en el contexto de una economía de fichas. Las fichas o puntos que se utilizan en un programa de economía de fichas no tienen valor sino en el ámbito en que está vigente la economía de fichas y mientras está vigente la economía de fichas. Los *reforzadores generalizados* reciben este nombre por estar unidos a una serie de sucesos o lugares en vez de sólo a uno. Como reforzadores generalizados que son resultan aplicables a muchos acontecimientos y situaciones. Las alabanzas y el dinero suelen citarse como ejemplos de reforzadores generalizados.

Para hacerse una idea de la gradación existente en los reforzadores condicionados específicos o concretos y generalizados ayuda el descender al uso que se hace de las fichas y de las monedas concretas. Tanto las fichas como las monedas son reforzadores condicionados, pero el ámbito y posibilidades de

intercambio no es el mismo si hablamos de una ficha en la clase de un colegio público escasamente dotado, un colegio privado bien dotado, la peseta española y el dólar americano. Cada ficha o moneda, sirviendo como ejemplo de reforzador condicionado, tiene un ámbito de utilización diferente, una clase, España y todo el mundo. En algunos casos, sobre todo cuando se está iniciando el proceso de condicionar el valor de una ficha en el caso de un niño retrasado, una ficha no se intercambia sino por un reforzador de apoyo único.

Entre las ventajas de los reforzadores condicionados generalizados pueden señalarse las siguientes: a) sirven como un medio para mantener cierta espera entre una ejecución determinada y la entrega de un reforzador de apoyo; b) pueden ser administrados flexible y continuamente a lo largo del día; c) pueden, incluso, competir con valores de incentivo mayor como serían los reforzadores primarios a causa de su asociación con un número de reforzadores de apoyo muy diferentes. (Para una exposición más detallada del valor de los reforzadores generalizados puede verse Kazdin y Bootzin, 1972).

2.2. EL PRINCIPIO DE PREMACK.

La teoría de la probabilidad diferencial de Premack (1959, 1965) amplió enormemente el campo de aplicación de los reforzadores. Según el principio que lleva su nombre ‘en cualquier par de respuestas o actividades que emprenda un individuo, la más probable reforzará a la menos probable’, esto es, las actividades que son ejercidas más frecuentemente por un organismo pueden actuar como reforzadores de otras actividades que el organismo realiza con menor frecuencia en caso de que se desee incrementar éstas. Premack demostró que cuando privaba de agua a unas ratas con las que realizaba sus experimentos, beber, que en estas circunstancias se convertía en una conducta de alta probabilidad, reforzaba el correr, una respuesta de baja probabilidad. Cuando se privaba a las ratas de actividad, correr, que en estas circunstancias se convertía en una conducta de alta probabilidad, reforzaba la conducta de beber. Importa aquí condicionar el ejercicio de las acciones realizadas con más frecuencia por un organismo a la ejecución previa de las acciones menos frecuentes. Este sería un correcto uso del principio de Premack para incrementar conductas de baja tasa.

El uso de este principio hace de la conducta del propio sujeto la principal fuente de reforzadores para lograr nuevas actividades. Con el principio de Premack conocido en alguna literatura didáctica americana como 'Ley de la Abuela" (Kozloff, 1974), el reforzador se desplaza del estímulo a la repuesta. Gracias al principio de Premack la nómina de reforzadores, que hasta su aportación contaba para reforzar sólo con estímulos (elogios, alimento, dinero, etc.), se incrementa con respuestas que tengan una elevada probabilidad de incidencia. En la dinámica expositiva en que se iban clasificando los reforzadores, la aportación de Premack se considera un reforzador de actividad. El principio de Premack se utiliza en ámbitos variados. Es frecuente su uso en situaciones educativas (Konarski, 1985; Konarski y otros, 1980). En los trabajos de referencia realizados con estudiantes con retraso mental se observó que conductas académicas como leer,

escribir, calcular, colorear, etc, podían elegirse como objetivos-meta o como reforzadores en función de la frecuencia con que aparecieran. Por ejemplo, la actividad de leer, que para un chico era una actividad de escasa duración, podía incrementarse si la actividad de colorear, actividad frecuente y de duración considerable, se condicionaba a la ejecución previa de la actividad de leer. También se ha aplicado el principio de Premack al mundo de los negocios. Luthans, Paul y Baker (1981) comprobaron que los vendedores incrementaban sus ventas cuando la venta, actividad de baja probabilidad, se hacía seguir de un periodo de vacaciones pagadas, actividad de alta probabilidad. El principio de Premack puede considerarse un intento de determinar las condiciones bajo las que un acontecimiento ambiental es reforzante.

Frente a la explicación de Premack basada en la distinta frecuencia de las actividades está la teoría de la privación de la respuesta de Timberlake y Allison (1974). La teoría de la privación de la respuesta dice que cuando se restringe el acceso de un animal a un objeto y, por consiguiente, se reduce su nivel habitual de actividad, el animal estará motivado para volver a su nivel de actividad anterior. Esto es, para Timberlake y Allison una actividad determinada se hace reforzante porque el establecimiento de una contingencia conducta-reforzador limita la posibilidad de realizar esa actividad.

Otras teorías que descansan en el análisis experimental de conducta y que pueden resultar sugerentes para elaborar hipótesis sobre situaciones educativas y de terapia son la *ley de la distribución conductual* que supone que un animal emitirá el número de respuestas contingentes necesario para aproximarse tanto como sea posible al punto de elección libre y la *ley de la igualación* que establece que cuando se dispone de dos o más respuestas para acceder al reforzador, la tasa de respuesta es directamente proporcional a la cantidad de reforzador disponible en cada una de esas respuestas.

2.3. IDENTIFICACIÓN, ESTABLECIMIENTO Y APLICACIÓN DE REFORZADORES.

Puesto que el tratamiento de la mayor parte de déficits de conducta en el modelo operante implica la administración de reforzadores, vamos a describir con algún detalle el proceso de identificación y selección de reforzadores, el establecimiento de reforzadores condicionados y el uso correcto de los reforzadores.

La gente poco familiarizada con la modificación de conducta, a menudo, asume que la tarea de identificar y seleccionar un reforzador es fácil. Sin embargo, puesto que por definición hemos identificado los acontecimientos de reforzamiento gracias a sus efectos sobre la conducta y no racionalmente, nadie puede identificar de forma definitiva un reforzador para una persona determinada sin proceder a una observación. Esta observación nos mostrará incluso que un reforzador no vale siempre sino que va a depender de la hora y las circunstancias y, en consecuencia, tendremos que buscar diferentes tipos de reforzadores según estas variables. Por ello, la unión de las preferencias de cada persona para la que se buscan reforzadores con las

variables que están en juego en cada situación hacen muy compleja la tarea de identificar reforzadores. A continuación prestamos atención a esta cuestión.

2.3.1. Cómo identificar los reforzadores.

Para identificar los reforzadores contamos con dos procedimientos principales: la observación y las entrevistas.

La observación. Este procedimiento consiste en observar la conducta problemática que hayamos seleccionado para modificar y descubrir cuáles son los reforzadores que la mantienen. En caso de que hayamos seleccionado una conducta de alta tasa de aparición, cuando hayamos considerado que conocemos los acontecimientos reforzadores de esa conducta podemos poner a prueba la sagacidad de nuestra observación haciendo contingentes los reforzadores con la aparición de una conducta de baja tasa de aparición. Si logra aumentar su tasa de aparición podemos estar seguros de que nuestra estimación inicial fue acertada.

Otro modo de poner en práctica la observación consiste en situar al niño ante una serie de juegos, juguetes y golosinas y dejar que el chico actúe libremente. A continuación anotar dónde se dirigió en primer lugar y cuanto tiempo dedicó a cada una de las actividades. Anotar también sus reacciones; ¿Se sonrió?. Exclamó: ¡Esto me gusta!. ¿Ignoró las posibilidades de dedicarse a otras conductas?. ¿Trató de quedarse con algo y guardarlo celosamente?. ¿Permitió jugar con él como un favor especial?. Si el chico desarrolla una o más de estas conductas, la actividad en cuestión puede ser usada con mucha probabilidad como un acontecimiento reforzante.

Las entrevistas. Las entrevistas con los responsables o educadores de un chico o con el chico mismo pueden ser de mucha utilidad porque ofrece pistas referentes a reforzadores que, posiblemente, pueden usarse. Holland (1970) y Pelechano y otros (1976) presentaron guías y pautas para entrevistar a padres y educadores para detectar pautas e historias de reforzamiento que pueden ser útiles para identificar posibles reforzadores.

2.3.2. Características de un reforzador útil.

Dando por sentado que con las orientaciones precedentes se hubiera descubierto un número de diferentes acontecimientos de estímulo o actividad que pudieran usarse como reforzadores, se habrá descubierto también que algunos son más útiles que otros. Vamos a ver algunas características que deben reunir los reforzadores más fácilmente usados en los programas de tratamiento siguiendo a Gelfand y Hartmann (1975):

El reforzador debe ser resistente a la saciación. Debe ser posible aplicar el reforzador un número de veces considerable sin que pierda su valor para reforzar, de lo contrario las conductas o ensayos de aprendizaje que podemos reforzar en una sesión se ven considerablemente disminuidos. Para salvar las situaciones en que el reforzador disponible no sea resistente a la saciación, esto es, sacie muy pronto a la persona u organismo cuya conducta queremos ver incrementada, existen varios procedimientos:

1. En vez de usar un solo tipo de estímulos o actividades para reforzar, ofrecer una variedad, por ejemplo, juguetes, golosinas, pasear en bicicleta, ir al cine. A este respecto ayuda mucho el menú de acontecimientos reforzantes de Addison y Home (1976). Consiste en ofrecer al chico una carta similar a la de un restaurante y presentar dibujados los reforzadores que se le ofrecen. Una vez elegidos se llega a un acuerdo con el chico respecto a cuanto y qué tipo de trabajo debe completar para ganar el reforzador elegido. Cuando los chicos son mayores y tienen buena capacidad de comprensión el menú puede presentarse por escrito o verbalmente como cuando en el restaurante nos recitan el menú.

2. Desarrollar las sesiones de entrenamiento durante periodos muy cortos, por ejemplo, con los más pequeños de 10 a 15 minutos y con los mayores nunca más de 30 minutos. De hecho este tipo de sesiones breves y diarias permiten obtener mejores resultados y además permiten cambiar fácilmente de táctica si uno se da cuenta de que el programa necesita cambios.

3. Emplear reforzadores condicionados generalizados tales cono fichas, puntos, dinero o aprobación verbal. Este método es muy efectivo para evitar la saciación.

El reforzador debe poderse administrar en pequeñas unidades. La razón de esta exigencia para que un reforzador sea útil es que la administración de los reforzadores debe hacerse frecuentemente y sólo administrándolos en pequeñas unidades es posible hacerlo sin producir saciación. Es mejor reforzar frecuentemente con pequeños sorbos de una bebida suave que ofrecer una lata de bebida gaseosa pero solamente a largos intervalos. Algunos terapeutas para suministrar bebidas en pequeñas dosis han elaborado sus propios dispensadores de cantidades limitadas de bebida.

El reforzador debe poderse administrar inmediatamente después de que ocurra la conducta deseada. Este principio es más necesario que se tenga presente y cumpla en las primeras sesiones de tratamiento. Posteriormente, a medida que se va consiguiendo establecer la conducta deseada, pueden alargarse los espacios entre la ocurrencia de la conducta y la aplicación del reforzador. En los casos en que se establece un intervalo de tiempo entre la ocurrencia de la conducta a reforzar y la aplicación del reforzador hay que informar al chico por qué se le refuerza para que no asocie la entrega del reforzador a una conducta que no deseamos ver incrementada. Con relación a esta condición del reforzador útil hay que hacer notar que

puede estar contraindicado utilizar como reforzador el permitir que se vea un determinado programa de TV, porque, en primer lugar, no lo podemos ofrecer cuando queramos y, en segundo, porque su aparición suele ser de tarde en tarde. Este problema práctico puede resolverse grabando los programas en vídeo. Al disponer de la grabación su utilización queda totalmente bajo nuestro control.

La administración de los reforzadores tiene que quedar exclusivamente bajo el control del agente de tratamiento. Para conseguir el cumplimiento de esta característica hay que advertir a quienes rodean a los clientes de los programas para que no les entreguen estímulos o permitan acceder a actividades reforzantes que se están utilizando en el programa. Como esto, en algunos casos, podría llegar a ser una situación insostenible (piénsese en los casos en que empleamos como reforzadores estímulos que el chico apreciaba mucho y que antes del programa tomaba con gran frecuencia, mientras que ahora tiene un acceso muy restringido), se pueden acordar con los padres las condiciones en que pueden ofrecérselos. Es muy importante pensar no sólo en los padres, sino también en los abuelos, tíos y familiares cercanos.

Hay que tener siempre muy presente que durante las sesiones de entrenamiento son los padres o terapeutas y no el chico quienes controlan la administración de los reforzadores, tanto por lo que se refiere al tiempo como a la cantidad que se va a dar.

El reforzador debe ser compatible con el programa de tratamiento. No se debe usar un reforzador que esté en competencia con el programa que se desea desarrollar. Por ejemplo, si se quiere controlar la obesidad no utilizar bombones como reforzadores.

Los reforzadores deben ser prácticos. Escoja reforzadores que no sean demasiado costosos, que no tengan efectos indeseables, que sean fácilmente transportables y que estén disponibles rápidamente en grandes cantidades.

2.3.3. El establecimiento de reforzadores condicionados.

A causa del valor que hemos señalado como propio del reforzador condicionado, éste ha sido usado con mucha frecuencia en los programas de modificación de conducta. Sin embargo, dependiendo del tipo de reforzador condicionado que se use, hay que tener la precaución de que adquieran valor mediante un proceso de condicionamiento previo. Omitir este importante primer paso puede hacer que su alabanza, si previamente no tenía valor, resulte neutra e incluso aversiva.

Vamos a dedicarle, pues, atención a la implantación de un reforzador condicionado dentro de la actividad educativa o terapéutica. Supongamos que a la vista de que la alabanza no funciona como un reforzador se deba establecer como estímulo condicionado una ficha de plástico que sirva de puente entre la

conducta que se realiza en un momento determinado y la entrega del reforzador efectivo, el reforzador de apoyo. El proceso a seguir es el siguiente:

1. *Dar valor a la ficha*. Se le da al educando una ficha e inmediatamente después se permite que pueda cambiarla por un reforzador que sepamos tiene gran fuerza para él. Esto, como en los procesos de condicionamiento de otro tipo, hay que repetirlo varias veces. Conviene acompañarlo de explicaciones verbales diciendo que puede recibir un chupete, por ejemplo, cada vez que tenga una ficha en su poder.

2. *Decir cuándo puede ganarse una ficha*. Se trata de que en función de cada programa de modificación de conducta se especifiquen las conductas y modos de ejecución que permiten obtener una ficha. Como ejemplo puede decirse: "Ahora, cada vez que me digas el nombre del color de la figura que hay dibujada en la cartulina, recibirás una ficha.

3. *Darle un ensayo para que gane la ficha y después permitir que la cambie por el reforzador de apoyo*. Presentarle una cartulina con un círculo rojo y preguntarle: ¿de qué color es esta figura?. Tan pronto como diga: ‘rojo’, se le da una ficha y a continuación se le cambia por el reforzador de apoyo establecido. Este proceso se repite hasta que la ficha sola actúe como reforzador, porque el educando ha aprendido que una ficha le asegura el cambio por uno o unos reforzadores determinados.

Como es natural las palabras a utilizar en cada caso y en cada uno de estos pasos van a depender mucho de la edad de los educandos, su riqueza de vocabulario y sus habilidades sociales.

Puesto que el objeto de usar un sistema de fichas es iniciar la ejecución deseada, no se puede dejar al educando en un programa de fichas permanente. Con la entrega de la ficha debe comenzar a establecerse la alabanza como un reforzador condicionado adicional. Para lograr este objetivo es fundamental que desde el primer momento se haga preceder la entrega de la ficha de una gran sonrisa y de algún comentario positivo sobre lo listo que es el educando, lo bien que lo está haciendo o algo parecido. De este modo la alabanza adquiere las propiedades del reforzador condicionado. Al principio pueden exagerar un poco las sonrisas y alabanzas. Paulatinamente se van reduciendo y finalmente se eliminan los reforzadores de fichas y se mantiene la conducta-objetivo de nuestro programa sólo con unas alabanzas proferidas con una frecuencia similar a la de otros educandos en esa misma situación. De esta manera la alabanza viene a ser una contingencia natural. Resumiendo, hay que pasar de los reforzadores artificiales a los naturales y la eliminación de los reforzadores artificiales hay que hacerla gradualmente. El objetivo es llevar al educando a un punto en que la conducta apropiada sea mantenida de acuerdo con un programa y tipo de reforzador similar al que ocurre usualmente en su ambiente, su clase y su hogar.

En algunas ocasiones el ambiente natural no provee a la persona de suficientes reforzadores para mantener la conducta deseable. En tales casos será necesario entrenar a los responsables y compañeros y/o familiares en cómo y cuándo administrar los reforzadores. Esta instrucción, aunque realmente no supone la implicación de ningún nuevo principio, es una tarea que debe ser llevada a cabo por terapeutas o instructores expertos.

La cuestión de los precios de los reforzadores y su tasa de entrega son complejas y requiere cierto conocimiento de la economía de fichas. Para lograr este conocimiento con más detalle remitimos al capítulo 8. Como principio general puede decirse que en cada caso hay que reforzar lo suficiente, para que se trabaje con diligencia, y no pagar en exceso, porque entonces no se necesitaría trabajar mucho para ganar los reforzadores deseados.

2.3.4. Reglas en la aplicación de reforzadores.

Existen una serie de reglas, sugerencias más bien, que maximizan la acción de las consecuencias positivas. Entre ellas hay que destacar las siguientes:

1. Lo más importante en la aplicación de un reforzador es hacerlo *contingente* a la realización de la acción deseada. No recompensar antes sino después.

2. El reforzador más eficaz es aquel que se da *inmediatamente después* de haber realizado una acción. De dos reforzadores con el mismo valor es más eficaz aquel que se proporciona con más proximidad a la ejecución de la conducta que se desea reforzar. Un retraso en la aplicación del reforzador puede paliarse con la promesa de entregar un reforzador en un futuro no lejano.

3. Al planificar un programa de reforzamiento se debe *dejar muy claro lo que la persona debe hacer, qué va a ser y qué no va a ser reforzado*. Se puede utilizar para ello la información verbal.

4. Hay que tener una concepción clara de la *relatividad tanto de la importancia como de la cantidad de los reforzadores* que se utilizan. La importancia de un reforzador se establece en función del valor del mismo dentro del sistema social de referencia (escuela, familia, medio social, etc.). También hay que saber que el efecto de un reforzador puede depender más del programa según el cual se administra, el índice de reforzamiento, que de la cantidad absoluta de reforzador entregado.

5. Tener cuidado en *no reforzar acciones no deseables* involuntariamente.

6. Tener presente que *la omisión de un reforzador habitual o debido supone iniciar un proceso de extinción de la conducta*.

7. Conocer la *dimensión autoapropiativa del reforzador*. El carácter reforzante de algo ha de ser aceptado como tal por el organismo reforzado.

8. Finalmente insistir en que *se refuerza por lo que se hace, no por lo que se es*. Esta regla es muy importante. *Lo que se hace* tiene connotaciones existenciales, transitorias. En un momento se hace

algo que está bien y en otro se puede hacer algo que está mal. *Lo que se es* tiene connotaciones esenciales, permanentes. La persona de la que se dice que **es** mala parece estar condenada a ser sólo y siempre mala. Esta no es la filosofía subyacente al enfoque operante.

3. EL REFORZAMIENTO NEGATIVO.

3.1. DEFINICIÓN DEL REFORZAMIENTO NEGATIVO.

El reforzamiento negativo se refiere a un aumento en la probabilidad de la frecuencia de una respuesta o conducta mediante la que se logra la supresión de un suceso o estímulo aversivo (reforzador negativo). Un suceso o estímulo es un reforzador negativo sólo si la evitación o escape del mismo mediante la ejecución de una respuesta o conducta aumenta en el futuro la probabilidad de ejecución de esa respuesta o conducta. Los sucesos que parecen aburridos, indeseables o desagradables no necesariamente son reforzadores negativos. Un reforzador negativo, como en el caso del reforzador positivo, sólo se define por su efecto sobre la conducta que evita o de la que escapa.

Es importante volver a insistir que el reforzamiento, sea positivo o negativo, siempre incrementa una conducta. Lo específico del reforzamiento negativo es que contempla en la contingencia de reforzamiento la presencia de un suceso o estímulo aversivo que puede suprimirse o terminar cuando la persona emita una respuesta específica. Un ejemplo corriente de reforzamiento negativo es ponerse un protector solar al ir a bañarse a la playa. Ponerse un protector solar (conducta que se incrementa siempre que se vaya uno a exponer al sol) evita, normalmente, una condición aversiva, exponerse directamente a los rayos solares (reforzador negativo). La probabilidad de usar crema protectora aumenta en verano en que la probabilidad de exponerse al sol suele ser mayor. De forma semejante, el tomar una medicina para aliviar un dolor de cabeza puede estar negativamente reforzado por la terminación del dolor tras la ingesta de la medicina. Por supuesto, se dice que el reforzamiento negativo ha tenido lugar, en los ejemplos procedentes, si la probabilidad de seguir poniéndose el protector solar o tomar medicinas, conductas que terminan con la condición indeseable de sufrir los efectos de los rayos solares o del dolor de cabeza, aumenta.

Un estudio sobre pacientes psicóticos (Heckel, Wiggins y Salzberg 1962) proporcionó un interesante ejemplo de reforzamiento negativo. El objetivo del estudio era aumentar la conversación en las sesiones de terapia de grupo. El grupo de pacientes tendía a permanecer en silencio durante largo tiempo. Para demostrar el efecto del reforzamiento negativo, los investigadores utilizaron un fuerte ruido como suceso aversivo. El ruido provino de un altavoz oculto en el aparato de aire acondicionado de la sala de terapia. Cuando el grupo permanecía en silencio más de un minuto, sonaba el ruido. El ruido continuaba hasta que un paciente rompía

el silencio. Así, una respuesta (hablar) eliminaba y evitaba mientras estuviera vigente el suceso aversivo (ruido fuerte). El procedimiento resultó efectivo para aumentar la conversación de los pacientes.

El reforzamiento negativo requiere algún suceso aversivo como un susto, un ruido o un aislamiento, que se presenta al individuo antes de que responda. El suceso aversivo se suprime o del suceso aversivo se escapa emitiendo inmediatamente después de su presentación una respuesta, a esta respuesta se le conoce, dependiendo de las situaciones, como conductas de escape o evitación. En los ejemplos expuestos las personas *evitan* la exposición directa a los rayos solares poniéndose un protector solar o *escapan* del dolor de cabeza tomando una medicación y del ruido hablando. Como con los reforzadores positivos, existen dos tipos de reforzadores negativos: primarios y secundarios o condicionados. Estímulos intensos como un ruido fuerte, que afectan a los receptores sensoriales de un organismo, sirven de reforzadores negativos primarios porque orgánicamente molestan. La respuesta aversiva a los mismos no es aprendida. Los reforzadores negativos secundarios o sucesos aversivos condicionados resultan aversivos porque se unen a sucesos que ya de por sí son aversivos. Por ejemplo, expresiones faciales de desaprobación o decir la palabra "no" pueden servir como sucesos aversivos después de unirse a sucesos que ya son aversivos (Lovaas, Schaeffer y Simmons 1965).

Como con el reforzamiento positivo, los antecedentes o estímulos discriminativos influyen en la emisión de la conducta de evitación o escape. Tales estímulos indican al individuo que se va a presentar o producir un estímulo aversivo (reforzador negativo) y que si en esas condiciones se emite una determinada respuesta, la respuesta terminará con el reforzador negativo. Así, en un campamento, una persona que oye el ruido de una rata puede emitir una respuesta de evitación, o un cartero que lee en un letrero **cuidado con el perro** puede no dejar la correspondencia en el buzón situado en la parte interior de la reja. Otros ejemplos de la experiencia cotidiana muestran que la conducta de evitación está bajo el control de estímulos antecedentes como cuando tomamos precauciones ante el ruido de unos neumáticos chirriantes que anuncian un frenazo in extremis, o cuando en los países en guerra las personas se ocultan en los refugios al oír las sirenas que advierten de ataques aéreos.

3.2. CONDICIONES QUE MAXIMIZAN LA CONDUCTA DE ESCAPE.

Un tipo de reforzamiento negativo se produce cuando un individuo escapa de una situación aversiva. En la eficacia y en el aprendizaje de las conductas de *escape*, tanto en hombres como en animales, hay tres factores que juegan un papel importante:

1. *La intensidad de la estimulación aversiva*. Cuanto mayor es la intensidad de un estímulo aversivo, más rápidamente se produce el condicionamiento de escape.

2. *La cantidad de reforzamiento negativo.* Cuanto mayor es la reducción en la intensidad del acontecimiento aversivo, más rápidamente se adquiere la respuesta de escape y mayor es el nivel final de respuesta. Este caso puede comprenderse mejor si nos preguntamos por qué una persona no escapa de las relaciones sociales insatisfactorias que mantiene. Una explicación posible puede ser que las respuestas de escape a otras situaciones desagradables anteriores no tuvieron consecuencias positivas. El no haber logrado reducir la estimulación aversiva en ocasiones anteriores explica la no emisión de nuevas respuestas de evitación.

3. *La demora en la recompensa.* La investigación demuestra que cuanto mayor es la demora en la terminación del acontecimiento aversivo más lenta es la adquisición de la respuesta de escape.

3.3. LA CONDUCTA DE EVITACIÓN.

La conducta de *evitación*, que es otra modalidad del reforzamiento negativo, tiene lugar cuando la persona no llega a exponerse al estímulo o situación aversiva. Una chica, que rechaza ir al cine con un chico que no le gusta, ha emitido una conducta de evitación. En el aprendizaje de las conductas de evitación éstas se emiten cada vez con más rapidez si el individuo logra evitar consistentemente la situación aversiva. La respuesta de evitación se mantiene si el individuo permanece fuera de la situación aversiva siempre que la siga emitiendo. Incrementar las conductas por un procedimiento de evitación es preferible a hacerlo por un procedimiento de escape, pues en el caso del procedimiento de evitación la persona no experimenta la estimulación aversiva. La dificultad radica en que en muchos casos la disposición de un reforzamiento negativo o la vida misma plantea situaciones en que primero se utiliza o sucede el aprendizaje de una conducta mediante un procedimiento de escape con el que se aprende la conducta de evitación. Un ejemplo de un aprendizaje de evitación tras uno de escape puede ser el siguiente: Pedro pega a Juan. Juan grita con fuerza. El profesor separa a Juan de Pedro (conducta de escape) con lo que la posibilidad de que Pedro pegue a Juan cesa. En el futuro es probable que Juan grite (conducta de *evitación*) al ver que se acerca Pedro, para evitar que Pedrito le pegue.

4. LOS ÍNDICES DE REFORZAMIENTO Y EL MANTENIMIENTO DE LA CONDUCTA..

Se entiende por índices o programas de reforzamiento las reglas que especifican qué ocurrencias de una respuesta serán reforzadas. Los efectos de los índices o programas de reforzamiento son tan importantes o más que los que se derivan de la aplicación de un determinado tipo o de una determinada cantidad o volumen de reforzador. Los aspectos diferenciadores de las respuestas, la llamada topografía de las respuestas, resultan tanto de la cantidad y calidad de los reforzadores dados como de la regulación concreta que se ha seguido en su entrega.

4.1. TIPOS DE ÍNDICES DE REFORZAMIENTO.

Existe una gran cantidad de índices simples de reforzamiento entre los que cabe destacar dos grandes grupos: Los *Índices de Reforzamiento Continuo* si los reforzadores se aplican en cada ocasión en que aparezca la conducta. Los *Índices de Reforzamiento Intermitente* si no se aplican reforzadores en todas las ocasiones en que aparece la conducta.

La intermitencia en la aplicación de los reforzadores puede establecerse sobre un criterio diferencial de tiempo y, entonces, los índices de reforzamiento reciben el nombre de *índices de intervalo*, o sobre el criterio del número de respuestas denominándose en este caso *índices de razón*. Tanto los índices de intervalo como los de razón pueden establecerse sobre magnitudes fijas o variables y así nos encontramos con *índices de intervalo fijo, índices de intervalo variable, índices de razón fija e índices de razón variable.*

Un *programa de razón fija* requiere que se dé un cierto número de respuestas antes de la entrega del reforzador. Por ejemplo, un índice o programa de razón fija 3 (RF:3) indica que se refuerza cada tercera respuesta. Un *programa de razón variable* requiere también que haya un cierto número de respuestas antes de la entrega del reforzador, pero en este caso el número de respuestas requeridas para la entrega de un reforzador varía alrededor de un promedio en cada caso en que se entrega un reforzador. Por ejemplo, un programa de razón variable 5 (RV:5) significa que la conducta se va a reforzar tomando como promedio la respuesta quinta. Esta programación del reforzamiento requiere que se tome en consideración un número determinado de pruebas al final de cada una de las cuales se va a producir el reforzamiento. Sobre diez pruebas el número de respuestas requerido para el reforzamiento podría ser: 2, 4, 7, 5, 3, 3, 9 8, 5, 4. Este numero de respuestas requeridas para reforzar, que varía en cada prueba o momento, suma 50 que dividida por diez pruebas nos da un promedio de 5, de ahí que se llame el índice razón variable 5. De esta programación es conocedor y consciente el programador, pero no el sujeto u organismo sujeto al programa.

Un *programa de intervalo fijo* requiere que antes de dispensar el reforzador pase un intervalo de tiempo invariable. Se refuerza la primera respuesta que se produce después de ese intervalo. Por ejemplo, en un programa de intervalo fijo 2 (IF:2), el reforzador se entrega tras la primera respuesta que se emita pasados dos minutos. En el caso de los *programas de intervalo variable*, la extensión del intervalo varía en torno a un promedio de minutos o segundos según esté especificado en el programa.

Existen, además de todos estos índices simples, índices complejos (concurrentes, alternativos, secuenciales, etc.) pero a ellos no nos vamos a referir con detalle por la complejidad que encierran. Estos índices se utilizan, generalmente, en la investigación básica propia del análisis experimental de conducta.

4.2. EL MANTENIMIENTO DE LA CONDUCTA.

Hay que tener presente la distinta curva de aprendizaje que se obtiene con cada índice de reforzamiento. Para evidenciar las diferencias de los índices o programas de reforzamiento en el comportamiento es conveniente considerar tres fases del aprendizaje:

FASE 1: ADQUISICIÓN. En el inicio del proceso de adquisición de una respuesta los índices de reforzamiento continuo producen mayores tasas de respuestas y aceleran por tanto la adquisición de este primer comportamiento. Por ello son los programas indicados en esta etapa.

FASE 2: MANTENIMIENTO. Cuando la conducta alcanza los niveles marcados como objetivo de una intervención, la conducta debe dejarse de reforzar de forma continua. En el momento en que se alcanzan los niveles criterio marcados son los programas de reforzamiento intermitente los que deben utilizarse porque son éstos los que permiten mantener las tasas de comportamiento conseguidas. Estos programas de reforzamiento intermitente, diseñados convenientemente, permiten pasar desde los índices de reforzamiento continuo a unos índices de reforzamiento intermitente de una intermitencia tal que permita entregar reforzadores con una frecuencia muy similar a la que ocurre en las condiciones normales de la vida, todo ello sin que decaiga la tasa de conducta fijada como criterio.

FASE 3: EXTINCIÓN. Durante la fase de extinción en que se pierde la relación respuesta-reforzamiento y queda la conducta bajo el control de contingencias naturales, si la conducta había sido reforzada hasta ese momento conforme a índices de reforzamiento continuo se produce una rápida extinción. Si la conducta se reforzó, previamente a esta fase, siguiendo índices de reforzamiento intermitente se producen distintas tasas de respuesta en función del tipo de índice intermitente utilizado. En general puede decirse que:

. Los índices intermitentes producen mayores tasas de respuestas en esta fase que los índices continuos.

. Los índices variables tanto de razón como de intervalo dan lugar a respuestas más difíciles de extinguir que los índices fijos.

. Los índices de razón logran respuestas más difíciles de extinguir que los índices de intervalo.

. El índice intermitente de razón variable es el que conseguiría mantener conductas más difíciles de extinguir.

A la hora de planear un cambio comportamental debe tenerse previsto el índice de reforzamiento a utilizar. En general se sugiere la aplicación de índices de reforzamiento continuo al inicio de un programa para lograr rápidamente los objetivos marcados y pasar después a índices intermitentes con el fin de alcanzar

una consolidación de la conducta. Este tipo de resultados, además, habla de la complejidad de los programas de modificación de conducta y de las fluctuaciones comportamentales que aparecen en la conducta de un organismo bien sea en la fase de adquisición o bien en la extinción de una conducta dada.

CAPÍTULO 5. PROCEDIMIENTOS PARA REDUCIR CONDUCTAS

1. INTRODUCCIÓN AL USO DE PROCEDIMIENTOS AVERSIVOS PARA REDUCIR LA FRECUENCIA DE CONDUCTAS.

Algunas personas se oponen con demasiada fuerza al uso de procedimientos aversivos de control, aunque, sin embargo, prefieren no investigar qué es lo que se entiende por el tópico *castigo.* Nuestra posición respecto a la utilización de procedimientos aversivos queremos que sea moderada. No recomendamos, por supuesto, el empleo de cualquiera de estas técnicas a menos que se tenga la mayor sensibilidad respecto a los derechos y a la felicidad del niño y/o de las personas en general. Por otra parte, cualquier procedimiento aversivo se presta, por sí mismo, a que se use en exceso y se abuse de él con cierta facilidad, por eso estos procedimientos deben emplearse, en el mejor de los casos, como el último y no como el primer paso para remediar cualquier problema en el tratamiento de una persona.

Debemos tener presente también que las técnicas de control aversivo difieren enormemente en intensidad y aceptación. Algunas técnicas duras, quizás, nunca se usen, mientras que otras de intensidad mediana, por supuesto efectivas, es más probable que sean empleadas en las situaciones normales en que se educa y enseña a las personas. Por ejemplo, las simples prohibiciones verbales pueden ser suficientes para que los niños desistan de alguna conducta o actividad inapropiada. Mucha gente que se opone al uso del castigo corporal no encuentran que la prohibiciones verbales u otros métodos aversivos sean objetables. Los correctivos, como aislar brevemente a un chico, o las penalizaciones por conductas indeseables, son consideradas, generalmente, como aceptables, si se administran razonablemente y no se abusa de ellos. Muchos padres y profesores usan estas últimas medidas rutinariamente y con éxito con los chicos a su cuidado.

En todo caso, el uso de técnicas aversivas de control requiere un juicio profesional responsable. El terapeuta debe estar totalmente seguro de que la conducta seleccionada requiere modificación y que las técnicas aversivas de control son el método a elegir. A veces, es la conducta del adulto responsable y no la del chico la que debe cambiar, pero la situación se vuelve contra el más débil dado que suele ser el adulto responsable el que se queja de la conducta del hijo o del alumno. En estos casos queda bajo la responsabilidad del terapeuta advertir a los padres y profesores, mostrándoles datos normativos, sobre la conducta de los chicos y, quizás, tenga que facilitarles el acceso a una situación en que puedan observar a

otros chicos y a otros padres para que alteren las percepciones irreales que tengan sobre la conducta de su hijo.

En los casos en que haya que tener estas entrevistas con los padres o educadores, hay que realizarlas con mucho tacto y, cuando haya que actuar, hay que asegurarse el éxito. En tales circunstancias es conveniente que el terapeuta inexperto consulte con un terapeuta experimentado antes de acercarse a los padres del chico.

Antes de embarcarse en un programa de control aversivo, es también útil tener una reunión de grupo con los compañeros o supervisor, en caso de que existiera, para considerar la posibilidad de estrategias alternativas de tratamiento. Sabemos que los procedimientos de control aversivo suelen tener efectos colaterales y por ello, si podemos, siempre es preferible usar una estrategia de reforzar una conducta incompatible con la conducta-problema, por ejemplo.

2. EL CASTIGO.

2.1. DEFINICIÓN.

El castigo puede ser definido de diferentes formas. Consecuentes, sin embargo, con nuestra definición de reforzamiento y siguiendo a Azrin y Holz (1966) definimos el castigo como una reducción de la probabilidad de emisión de una respuesta o conducta específica como resultado de la aplicación inmediata de un estímulo tras la emisión de esa respuesta o conducta. Bajo condiciones óptimas, el castigo suprime la respuesta seleccionada temporal o permanente. Los padres y, en general, los educadores y las agencias sociales suelen usar el castigo con éxito incierto. Aunque Skinner (1953) advierte sobre tres efectos del castigo: a) se limita a la situación inmediata; b) provoca reacciones emotivas intensas que constituyen los principales componentes de lo que llamamos culpa, vergüenza o sensación de pecado; c) los estímulos que acompañan a la respuesta castigada quedan condicionados al castigo, por lo que el castigo puede dar lugar a la supresión o inhibición de conductas que no es deseable reducir o suprimir.

2.2. RECOMENDACIONES PREVIAS AL USO DEL CASTIGO.

Un procedimiento de castigo puede ser usado incluso sin haber identificado los reforzadores que mantienen la conducta no deseable que se quiere reducir. El castigo es una técnica de control de la conducta bastante controvertida y hay que tomar muchas precauciones en su uso. Nosotros recomendamos lo siguiente:

1. Antes de usar el castigo contar con el permiso de los padres del educando o de sus representantes.

2. Tener la seguridad de que se han examinado todas las posibilidades de usar procedimientos alternativos de control basados en principios de control positivo o no aversivo.

3. Tener presente que el castigo suele producir una conducta emocional indeseable y disruptiva consistente en :

- Una supresión general inicial de cualquier conducta, evitación del agente de castigo o agresión hacia tal agente (Azrin y Holz, 1966).
- Agresiones voluntarias contra las personas que estén cerca y contra los posibles espectadores del castigo aplicado (Ulrich y Azrin, 1962).
- Algunas veces es efectivo sólo en presencia del agente punitivo (Risley, 1968).
- Es efectivo sólo mientras el procedimiento punitivo está siendo puesto en práctica (Azrin, 1960).
- Los agentes de castigo pueden servir como modelos de agresión (Bandura, 1962).
- Puede intensificar aquella respuesta que se intenta eliminar especialmente en el caso de actos agresivos y de expresiones emocionales negativas, tales como el llanto (Bandura, 1962).

4. Estar seguro de que el castigo es el último recurso con que contamos para suprimir con cierto éxito las respuestas indeseables.

Es importante conocer y guardarse de los posibles efectos negativos de los procedimientos de castigo. Buenas fuentes de información sobre la teoría e investigación del castigo son: Azrin y Holz (1966), Campbell y Church (1969), Church (1963) y Solomon (1964).

2.3. ORIENTACIONES SOBRE EL USO EFECTIVO DEL CASTIGO.

Conseguir un uso efectivo del castigo en el tiempo más breve posible es un objetivo muy deseable, ya que al ser un procedimiento aversivo debe estar en vigor el menor tiempo posible. Para lograr el objetivo de eficacia y brevedad en el uso del castigo es necesario planificar cuidadosamente su uso. Azrin y Holz (1966) sugieren que al intentar eliminar una conducta por castigo se proceda como sigue:

1. Disponer el estímulo punitivo de tal manera que no sea posible escapar de él sin autorización.

2. Aplicar el estímulo punitivo con la mayor intensidad posible siempre que no cause daño físico. Un cúmulo considerable de investigación indica que los estímulos punitivos más intensos son más efectivos que los más débiles.

3. La frecuencia de los estímulos punitivos debe ser lo más alta posible. Idealmente el estímulo punitivo debería darse para cada respuesta incorrecta o indeseable. Si se castiga intermitentemente el azar puede hacer que la conducta indeseable esté siendo reforzada intermitentemente y entonces será mucho más resistente al control y a la reducción.

4. Aplicar el estímulo punitivo después de la respuesta. De otra forma ni el aplicador ni el receptor del castigo saben con certeza qué conducta está siendo castigada.

5. Introducir el estímulo punitivo con la máxima intensidad, no la incremente gradualmente. La introducción gradual puede permitir la adaptación al estímulo punitivo e incluso la reducción significativa de la efectividad de los estímulos punitivos de más alta intensidad.

6. Evitar extensos períodos de castigo, especialmente cuando se está usando una baja intensidad de castigo, puesto que el procedimiento puede dejar de ser efectivo. Azrin y Holz sugieren reducir el uso de castigos de intensidad media a breves períodos de tiempo.

7. Cuidar de que la aplicación del estímulo punitivo no sea asociado diferencialmente con la entrega de algún reforzador. Este fenómeno es bastante común en la vida diaria. Suponga que un chico cada vez que va a ser castigado por su madre, oye cómo ésta le dice que le quiere mucho pero que, como se porta mal, no tiene más remedio que castigarle. La manifestación de afecto previa al castigo por parte de la madre puede tener tal valor reforzante que de lugar a un incremento de la conducta que se desea reducir mediante el castigo.

8. Reducir el grado de motivación para emitir la conducta castigada. La amenaza de la pena de muerte por robar pan no es suficiente para detener a un hombre hambriento. Si se le da de comer y se reduce así la motivación para robar, la amenaza de castigo será una técnica de control más efectiva.

9. Reducir la frecuencia de reforzamiento positivo para la respuesta castigada. Una persona que recibiera el aplauso de sus compañeros por desafiar a su superior, es muy probable que le siga desafiando aunque pueda ser castigado por ello.

10. Disponer de una respuesta alternativa que no sea castigada y que produzca la misma o aún mayor cantidad de reforzadores que estímulos punitivos la respuesta castigada. Esta posibilidad hace menos probable la realización de la conducta que hemos seleccionado para castigar. A una persona que roba para conseguir determinados regalos para su novia, se le puede dar una ocupación que le permita ganar dinero con el que comprar los regalos que roba y otras cosas que pudiera desear..

11. Si no se dispone de una respuesta alternativa, dar acceso a la persona a una situación o forma diferente de obtener el mismo reforzador sin ser castigado. Si un chico toma del frigorífico helado a media tarde cuando se le ha dicho que sólo puede cogerlo a la hora de las comidas, puede permitírsele que meriende y que en la merienda se tome un helado.

12. Si no es posible aplicar el estímulo punitivo después de una respuesta, puede asociarse un estímulo condicionado a un estímulo aversivo, y este estímulo condicionado puede aplicarse a continuación de la respuesta que se desee castigar. La forma más común de castigo condicionado es una orden verbal tal como "no" o "deja eso" emitida por el padre, por ejemplo, a la que puede acompañar una

restricción de tipo físico o la presentación de un estímulo aversivo por parte del padre, profesor, etc. Después de varios apareamientos de este tipo, la orden verbal adquiere las propiedades de un castigo condicionado y puede suprimir efectivamente la conducta indeseable cuando se presenta sola.

13. Castigar al inicio de la secuencia de una transgresión es mejor que castigar al final o después de que la acción no deseada haya sido completada.

14. Informar a la persona que se castiga de las razones por las que no debe realizar la conducta que es castigada. Por ejemplo, porque es peligroso, porque es dañino para su salud, porque es ilegal, etc. La evidencia de una considerable investigación indica que las prohibiciones o restricciones a la conducta de la persona son más efectivas en ausencia de un agente punitivo cuando la persona ha sido informada de las razones de las prohibiciones o restricciones.

15. Para facilitar el mantenimiento y generalización apropiada de los efectos del castigo la técnica debe ser aplicada por diferentes personas incluyendo a personas ajenas a la terapia o tratamiento.

16. Las personas que aplican el castigo sólo deben hacerlo si están de acuerdo con la decisión clínica que recomendó su uso.

3. EL COSTO DE RESPUESTA

El costo de respuesta es otro procedimiento de castigo que está viendo incrementado su uso clínico. El procedimiento de costo de respuesta más comúnmente usado consiste en permitir que el sujeto acumule, pero no consuma, una provisión de reforzadores, algunos de los cuales pueden ser confiscados como consecuencia de la ejecución de conductas no deseables. Dicho de otra manera, en el costo de respuesta la persona es multada por violar las reglas. Para hacer posibles tales penalizaciones no se emplean generalmente reforzadores primarios sino reforzadores condicionados tales como puntos, fichas, dinero. El procedimiento de costo de respuesta se lleva a cabo en una situación en que la persona está ganando los reforzadores condicionados porque realiza determinadas conductas deseables que son el objetivo-meta de un determinado programa. Los procedimientos de costo de respuesta se insertan generalmente en los programas de economía de fichas.

La privación de un privilegio, a continuación de la ejecución de una conducta indeseable, constituye también un procedimiento de coste de respuesta.

Efectividad. La investigación de laboratorio indica que el costo de respuesta puede suprimir la conducta más efectivamente que algunos procedimientos de aislamiento (Weiner, 1962). Weiner encontró que la supresión de la respuesta era inmediata y casi completa con algunos sujetos. Otros informes clínicos también coinciden en la efectividad del costo de respuesta. Es de notar que la técnica de costo de respuesta no produce la característica cantidad e intensidad de conducta emocional asociada con otros procedimientos de

castigo y la mayor parte de las investigaciones sobre los efectos de los procedimientos de costo de respuesta no han revelado efectos indeseables (Kazdin, 1972; Leitenberg, 1965).

Ejecución. En orden a poner en efecto una contingencia de costo de respuesta, debe crearse una situación en la que se administre cierta cantidad de reforzadores positivos de una calidad tal que permita retirar parte de ellos si fuera necesario. Unos reforzadores típicos en el costo de respuesta pueden ser los puntos que, en unas cantidades determinadas, permitan acceder a ciertos reforzadores de apoyo como, por ejemplo, un encuentro vis a vis para las personas recluidas en la cárcel. En estos casos es básico establecer el valor de los reforzadores de apoyo. El paso siguiente es decidir los reforzadores y cantidad de los mismos que recibirán las conductas deseables y el coste preciso que debe fijarse a cada situación y tipo de conducta indeseable. El establecimiento previo de los reforzadores a ganar por la realización de ciertas conductas y el precio a pagar por otras es muy conveniente, pues bajo ciertas circunstancias se puede estar muy encolerizado y se hará pagar demasiado a la persona sometida al programa por haber realizado determinadas conductas. Si el costo llega a ser demasiado alto y la tasa de reforzamiento demasiado baja, la persona dejará de trabajar como parece lógico. Esto puede ocurrir cuando la persona ha incurrido en muchas penalizaciones de tal manera que debe trabajar con dureza para enjugar la deuda. De producirse esta situación habría que pensar, como se hace en la economía real, en una condonación de la deuda. De otra forma es muy probable que el programa termine en fracaso. Tras superar este posible *impasse*, hay que replantear los reforzadores y costos que se van a establecer a continuación y esperar a otra ocasión en que con más experiencia pueda hacerse un análisis más objetivo. No hay evidencia acumulada a este respecto, pues la evidencia de que se dispone está determinada en cada caso por el tiempo, lugar y características de los participantes en el programa. En consecuencia, se debe estar alerta a la respuesta de los participantes en el programa y estar preparados para reajustar los pagos y los valores de la penalización cuando sea necesario.

4. LA SACIACIÓN DE ESTÍMULOS.

Los métodos de saciación nos ofrecen otras técnicas de supresión de respuestas o conductas. El procedimiento consiste en proveer a la persona de reforzadores con tanta frecuencia y en tal cantidad que llegue a estar completamente saciada en un momento determinado. Los estímulos que en un primer momento sirvieron de reforzadores, después llegan a ser neutros o aversivos para la persona y los rechaza. Al mismo tiempo, las respuestas o conductas mantenidas anteriormente por estos estímulos son debilitadas.

En los casos en que el acontecimiento reforzador implica una acción particular por parte de la persona (por ejemplo, encender cerillas en el caso de un niño), la repetición de la acción puede terminar fatigando o aburriendo. La asociación de una actividad, previamente preferida, con los estados emocionales

que acompañan al procedimiento de saciación puede conferir propiedades aversivas condicionadas sobre la actividad y llevar a la persona a rehuirla.

Este método no es muy usado por una serie de razones prácticas variadas: a) A menudo no se dispone del estímulo reforzador en cantidad suficiente. b) Los estímulos reforzadores son demasiado caros. c) Los estímulos reforzadores son, potencialmente, dañinos en caso de administrarse en grandes cantidades. Se usa, sin embargo, sin demasiada dificultad cuando: a) Está implicado el uso de un reforzador que es inapropiado para la persona, esto es, la persona sería puesta en ridículo de ponerla en práctica, por ejemplo, un niño de cinco años que lleva chupa. b) Irrita o molesta a sus compañeros, por ejemplo, la persona a la que le diera por quedarse para su uso personal con cosas disponibles, en principio, para todos.

Ejecución. Las sugerencias ofrecidas aquí están tomadas del trabajo de Ayllon (1963), que usó técnicas de saciación para modificar la conducta de guardarse toallas de una mujer psicótica hospitalizada. Para llevar adelante un procedimiento de saciación, se debería:

a) Eliminar cualquier medida previa que pudiera haber estado en práctica con el fin de restringir el acceso de la persona a los reforzadores, de modo que, si hasta ese momento se había ocultado el estímulo reforzante, éste se deja al alcance y vista de la persona.

b) Ofrecer el estímulo reforzante frecuente y repetidamente a la persona cuya conducta se quiere someter a saciación. Este procedimiento quizás haya que seguirlo durante días o semanas.

c) Continuar suministrando el estímulo reforzante a la persona hasta que lo rechace. Este rechazo debe ser repetido. Una buena evidencia del momento en que debe dejarse de presentar el estímulo reforzante es que la persona lo evite o intente escapar de él.

Limitaciones. La saciación como técnica tiene unas limitaciones claras:

1. Es posible y frecuente recobrarse de la saciación. El ciclo diario de comer tres veces hasta la saciedad y volver a comer en cada nueva ocasión es un ejemplo de ello. En este caso el hecho de recobrarse es relativamente rápido.

2. En las situaciones de tratamiento puede ser necesario repetir el proceso de saciación más de una vez con el fin de llevar hasta el final los efectos. Sin embargo, esto no es posible con algunos reforzadores o es peligroso. Por ejemplo un diabético al que pretendiéramos reducir la conducta de comer golosinas mediante saciación.

3. Hay poca evidencia clínica disponible que nos ofrezca la información necesaria para decidir bajo qué condiciones la saciación será efectiva.

4. A diferencia de los procedimientos de castigo que operan con rapidez, la saciación no parece ser un procedimiento de efectos inmediatos. Por ello, si la conducta debe ser eliminada

inmediatamente, como es el caso de las conductas que generan problemas en el ambiente la saciación no es el procedimiento a elegir.

5. LA SOBRECORRECCIÓN.

La sobrecorrección es un procedimiento reductivo desarrollado por Foxx y Azrin (1972, 1973). La sobrecorrección es un tipo específico de castigo moderado diseñado para minimizar las reacciones negativas causadas por castigos intensos. El procedimiento tiene dos componentes básicos: 1) reparar sobradamente el impacto ambiental de un acto inapropiado. 2) practicar intensivamente formas correctas de una conducta relevante.

Al primer componente se le llama *sobrecorrección restitutiva* y se usa cuando el impacto sobre el contexto o ambiente es producto de un acto. La sobrecorrección restitutiva requiere que la persona devuelva al ambiente un estado mucho mejor que el que tenía antes de haber realizado su acto. Por ejemplo, un niño que escribe en la pared de la habitación no sólo debe borrar o limpiar lo escrito sino limpiar toda la pared y la habitación entera hasta que todo quede en un estado y orden perfecto.

El segundo componente se llama *sobrecorrección de práctica positiva.* Implica la práctica repetida de una conducta positiva En el caso del niño que escribe en la pared este componente de la sobrecorrección podría implicar que escriba repetidamente en un cuaderno frases sobre para qué sirven los lápices, qué función cumplen las paredes, cómo hay que conservar la habitación, etc. Este componente de la sobrecorrección tiene que ver con el aspecto de reeducación del procedimiento.

Entre las **ventajas** de la sobrecorrección se cuentan, siguiendo a Sulzer-Azaroff y Mayer (1977):

1. Minimizar las desventajas del castigo porque no es un procedimiento doloroso y no facilita un modelo de conducta agresivo. Por otro lado modela una conducta positiva y constructiva al contar entre sus componentes con la restauración del ambiente alterado.
2. Lograr una reducción de la conducta de forma rápida y duradera. Foxx y Azrin (1973) informan que los procedimientos de sobrecorrección reducen la autoestimulación substancialmente el primer día y lleva la conducta a un nivel cero a los diez días y, en algunos casos, incluso antes. Estos autores (Foxx y Azrin, 1972) encuentran que en el caso de las conductas agresivo-disruptivas la sobrecorrección logra efectos reductivos más rápidos, completos y duraderos que los logrados por el aislamiento, castigo (desaprobación o cachetes) o reforzamiento diferencial usados por separado.
3. Ser educativa. La sobrecorrección enseña conductas apropiadas.

Entre las **desventajas** de la sobrecorrección hay que señalar:

1. Las dificultades en seleccionar una actividad restitutiva para algunas conductas, como, por ejemplo, mirar bajo la falda de una chica. Se ha sugerido (Epstein y otros, 1974) que este problema puede resolverse realizando conductas topográficamente diferentes en que estén implicados los sentidos o miembros relacionados con la conducta problema, pero esta solución no parece ser la panacea, pues se pierde el aspecto educativo de la sobrecorrección y las consecuencias de la misma no son relevantes para la conducta problemática. 2. El hecho de que un uso efectivo de la sobrecorrección requiere, prácticamente, una *ratio* uno a uno entre el educador y el educando. Si no es posible mantener esta *ratio* hay que considerar, por un lado, las actividades de restitución y práctica positiva que deberían aplicarse y, por otro, el personal disponible y decidir a la vista de esta información si poner en práctica o no un procedimiento de sobrecorrección.

3. El hecho de ser un procedimiento aversivo que puede acarrear desventajas parecidas a las del castigo, aunque en menor medida debido a su condición de castigo moderado y a que su valor educativo atempera los aspectos aversivos.

El **uso efectivo** de la sobrecorrección requiere tomar en consideración algunas notas o parámetros:

1. Asegurarse de que las actividades de restitución o práctica positiva estén dirigidas a contrarrestar los efectos de la conducta inapropiada. De otro modo es probable que el procedimiento sea visto por el educando como arbitrario o como un castigo sin más. Esta nota es importante también para el educador, pues supone que el procedimiento de sobrecorrección conlleva devolver las cosas al orden previo, orden que de otro modo podría tocarle restaurar a él.

2. Aplicación de forma consistente e inmediata en cada ocasión en que se realice la conducta inapropiada. Esta característica contribuye a la reducción o eliminación de la conducta y, además, concede poca o ninguna oportunidad al educando de ser reforzado por esa conducta.

3. No reforzar en absoluto al educando mientras se dedica a las actividades de sobrecorrección y alargar el tiempo en que no es reforzado, ya que prácticamente se le sitúa en una condición de extinción o aislamiento. En conformidad con los requisitos de este último procedimiento, el tiempo dedicado a las actividades de sobrecorrección debe ser un poco mayor que el que requiere corregir un error, pero tampoco necesariamente muy largo. La actividad a desarrollar en este tiempo se verá guiada sólo por las instrucciones verbales o ayudas físicas del educador.

4. Mantener la ejecución de forma consistente durante la sobrecorrección, esto es, a ser posible el educando debe realizar las actividades de sobrecorrección sin pausa. Se trataría de añadir a la actividad de sobrecorrección un matiz aversivo de esfuerzo y trabajo adicional. Este matiz, dicen Foxx y Azrin (1972), que al ser molesto convierte la actividad de sobrecorrección en un acontecimiento inhibitorio.

6. LA EXTINCIÓN.

El término extinción es aplicado a un procedimiento en el que el reforzador que ha seguido previamente a una conducta operante es suspendido. En esta técnica no se usa ninguna restricción para impedir a la persona la ejecución de la conducta no deseable, pero, cuando la ejecuta, no recibe ningún reforzador. Por ejemplo, la persona que dice un chiste de mal gusto y ve cómo su chiste no es reído por nadie experimenta un proceso de extinción. Bajo un procedimiento de extinción, la conducta previamente reforzada generalmente decrece en tasa, quizás siguiendo una tasa de incremento temporal llamado *el estallido de la extinción*. El procedimiento de extinción sólo puede ser usado, si el reforzador que mantiene la conducta es identificado. Para el uso correcto de la extinción es preciso conseguir el control sobre el dispensador de reforzadores y retenerlos consistentemente de modo que los reforzadores no sigan bajo ningún pretexto a la conducta no deseable. Este procedimiento parece fácil, en principio, pero resulta difícil en la práctica. La extinción implica no solamente que el terapeuta o la persona encargada de la puesta en práctica de la técnica, sino que todas las personas, con las que se relaciona la persona cuya conducta se somete a extinción, deben retirar los reforzadores para esa conducta particular. A menos que la persona esté internada o se trate de un niño pequeño, es difícil llevar a cabo el control necesario sobre el medio social de la persona para conseguir el objetivo pretendido mediante la extinción.

Uso de la extinción. La situación óptima en que puede utilizarse un procedimiento de extinción es cuando la conducta no deseable ha sido reforzada previamente de forma consistente. Cuando la conducta ha sido mantenida en un programa de reforzamiento casi continuo, los procedimientos de extinción son fácilmente discriminados por la persona u organismo sobre el que se aplica y tienen efectos casi inmediatos. El procedimiento puede ser muy lento si la conducta no deseable era mantenida bajo el control de un programa de reforzamiento intermitente. En esta situación debe pasar cierto tiempo antes de que la persona o animal descubra que los reforzadores no van a seguir más a la conducta que queremos extinguir.

Otra cuestión a tener en cuenta es que si se va a utilizar la extinción se debe usar consistentemente. Los reforzadores deben ser retirados completamente y durante un largo período de tiempo en orden a eliminar una respuesta o conducta particular. Las extinciones a medias están destinadas a fallar. Los padres frecuentemente informan de que se han dedicado a desarrollar un programa de extinción sobre conductas no deseables de sus hijos, pero que esta dedicación no tuvo éxito o que de hecho la conducta no deseable fue a peor. Lo que ha sucedido con frecuencia en tales casos es que los padres han encontrado un incremento transitorio en la tasa de la conducta seleccionada, ellos, equivocadamente, concluyeron que su procedimiento de modificación de conducta no funcionaba y lo abandonaron prematuramente. Es conveniente, pues, tener muy claro que cuando se utiliza la extinción la supresión de una conducta no sucede inmediatamente después de iniciarse el procedimiento, sino que pasa un poco de tiempo en que la tasa de respuesta incluso puede aumentar para extinguirse pasado este primer momento. Por ello esta técnica no es deseable que se use cuando queremos eliminar conductas que implican peligro.

Efectos colaterales de la extinción. El efecto colateral más importante de un programa de extinción, como hemos dicho, consiste en el incremento temporal de la tasa de conducta que se desea eliminar al comienzo del proceso de extinción. En consecuencia, es muy conveniente preparar a la persona sometida al procedimiento y a los responsables de él para esperar este posible incremento de la conducta no deseable. Se les puede asegurar que este resultado será temporal si todos persisten en mantener la conducta no deseable sometida al programa de extinción. En estas situaciones hay que observar también la conducta emocional de la persona cuya conducta se somete a extinción y cualquier incremento en la variabilidad de su tasa y tipo de conducta. La conducta emocional puede reducirse algo, si se ha planeado el reforzamiento de una respuesta alternativa o en competencia con la conducta a extinguir y se ha informado a la persona sometida al programa de extinción de las nuevas condiciones bajo las cuales puede disponer de los reforzadores. Tenemos, sin embargo, que decir con honestidad que ha habido situaciones en las que un programa de extinción usado por padres y/o educadores ha fallado, incluso en estudios muy controlados, debido, al parecer, a no haber conocido bien y, en consecuencia, no haber controlado las variables que mantenían la conducta no deseable.

En resumen, el procedimiento de extinción es efectivo para reducir la tasa de una conducta no deseable, pero es difícil de aplicar. Su éxito depende de que los terapeutas o educadores sean capaces de eliminar todas las fuentes de reforzamiento para la conducta seleccionada como conducta a extinguir y deben persistir con el programa hasta que éste haya conseguido la meta deseada. La condición óptima para tener éxito con la extinción es que la conducta seleccionada haya sido previamente reforzada siguiendo un programa de reforzamiento continuo.

7. EL REFORZAMIENTO DIFERENCIAL.

En las circunstancias en que es deseable terminar con algunos excesos de conducta sin que decrezca la cantidad de reforzamiento que la persona recibe, el terapeuta puede escoger un programa de reforzamiento diferencial (RD). La técnica de RD consiste en reforzar cualquier conducta excepto una conducta específica seleccionada que queremos se extinga o reduzca. La conducta problema se sitúa entonces bajo un programa de extinción, mientras se refuerzan conductas alternativas. Los resultados a esperar es que decrezca la conducta sometida a un programa de extinción y aumenten las conductas reforzadas diferencialmente.

El RD presenta diversas modalidades en función de las conductas que se elijan para reforzar como alternativa a la conducta o respuesta que se desee extinguir o reducir. Los tipos de reforzamiento diferencial más frecuentes son:

1. **Reforzamiento diferencial de tasas bajas de conducta** (RDTB) consiste en facilitar reforzadores contingentemente a las conductas emitidas tras un periodo de tiempo fijo desde la última respuesta. Es muy apropiado para reducir conductas problemáticas por sus excesos, no porque en sí sean problemáticas. Puede aplicarse, por ejemplo, cuando alguien en un grupo hace un uso muy frecuente de la palabra. El procedimiento consistiría en reforzarle sólo cuando haga uso de la palabra tras un periodo de tiempo establecido. En Deitz (1977, 1985) pueden verse diversas variantes en el uso del RDTB.

2. **Reforzamiento diferencial de la conducta incompatible** (RDI) consiste en reforzar conductas incompatibles con aquella conducta que se desea reducir o extinguir. La aplicación correcta del RDI, que es aplicable a muchas situaciones, requiere una correcta elección de la conducta incompatible que por definición no debe permitir el incremento de la conducta con aquella de la que es incompatible. Reforzar a un chico por estar sentado es una buena elección de conducta incompatible si queremos reducir la conducta de que el niño esté levantado. Coger el teléfono antes de las once y no después de esa hora es una buena medida para que un amigo, al que hemos avisado de que a las once estamos durmiendo y no cogemos el teléfono, respete la hora de dormir.

Azrin y Nunn (1987) utilizan una extensión del RDI, *el entrenamiento en reacciones de competencia*, que se considera el tratamiento más adecuado para modificar hábitos como los tics, la tricotilomanía y la onicofagia. Consiste en aprender a emitir una respuesta *físicamente* incompatible con el hábito a extinguir. Las características que debe reunir la *reacción de competencia* en que se entrena a la persona son: a) no parecer rara a cualquier observador; b) no obstaculizar las actividades normales del sujeto de entrenamiento; c) aumentar la conciencia de ausencia del hábito mientras se practica. Esta última característica tiene cierto componente reforzante para el sujeto. Por ejemplo, una reacción de competencia ante el hábito de tirarse del cuello puede ser alisar o arreglar el cabello. Ejemplos variados de esta técnica pueden verse en la obra de Azrin y Nunn traducida al castellano.

3. **Reforzamiento Diferencial de Otras Conductas** (RDO). El procedimiento de RDO consiste en reforzar cualquier conducta alternativa a la conducta que se quiere reducir o extinguir. Es aplicado frecuentemente en las demostraciones del control de conducta resultante de los procedimientos de reforzamiento diferencial.. El RDO es relativamente simple de usar. Todo lo que se necesita es especificar una conducta problema, identificar y conseguir el control sobre sus consecuencias de reforzamiento y retener sistemáticamente la aplicación del reforzador a la conducta problemática, mientras que sistemáticamente se refuerza cualquier conducta o acción que ocupe al chico.

Cualquiera de los procedimientos de reforzamiento diferencial son más ventajosos que los programas de extinción o castigo solos, puesto que en el RD la tasa neta de reforzamiento que el chico recibe no decrece.

Hay que advertir de una cuarta modalidad de reforzamiento diferencial, el *Reforzamiento Diferencial para altas tasas de Conducta* (RDAT). Traemos a consideración en este punto el RDAT por la similitud en el procedimiento utilizado, aunque este tipo de reforzamiento persigue el objetivo de incrementar, no de reducir, conductas. Como el RDBT consiste en un programa de reforzamiento intermitente bien de intervalo, bien de razón en que se refuerzan las conductas que se emiten por encima de un criterio determinado, criterio establecido tras la observación de las características de la conducta de la persona cuya conducta se quiere incrementar. Se utiliza, por ejemplo, cuando un entrenador festeja (refuerza) determinada marca atlética de su pupilo, porque ha conseguido una marca superior a la que antes venía haciendo.

8. EL "TIME OUT" O AISLAMIENTO DEL REFORZAMIENTO.

8.1. DEFINICIÓN.

El aislamiento del reforzamiento positivo es un procedimiento de uso frecuente para suprimir respuestas disruptivas. La no disponibilidad de reforzamiento positivo que se produce en el aislamiento es equivalente a la extinción. Un procedimiento de aislamiento difiere de la extinción aplicada a una conducta concreta, en que en el aislamiento no se dispone de ningún reforzador para ninguna conducta durante todo el tiempo en que se mantiene en vigor el procedimiento de aislamiento, mientras que en un programa de extinción se dispone de todos los reforzadores habituales menos del que mantenía la conducta a extinguir. Descripciones de las técnicas de aislamiento y de los probables mecanismos mediante los que opera esta técnica pueden encontrarse en Leitenberg, 1965 y en Zimmerman y Fester, 1964. El aislamiento de la disponibilidad de reforzamiento positivo ha sido usado en clínica para eliminar las rabietas de los niños, la conducta agresiva, hábitos impropios durante la comida, chuparse el dedo y el habla inapropiada. El aislamiento es una técnica de modificación de conducta popular porque bajo algunas circunstancias puede producir la supresión inmediata de una respuesta no deseada

8.2. LA EJECUCIÓN DEL AISLAMIENTO.

El uso de la técnica de aislamiento implica que el agente de modificación está reteniendo el reforzamiento positivo que mantiene la conducta problemática, aunque no lo haya identificado. En la práctica es difícil identificar el reforzador de una conducta. Lo que suele hacerse, como mucho, es elaborar una hipótesis de trabajo tras una serie de observaciones más o menos sistemáticas. La práctica del aislamiento permite al educador o terapeuta ponerla en práctica sin haber identificado el reforzador de la conducta que se desea reducir ya que al aislar al educando se retiran muchas fuentes potenciales de reforzamiento y es muy probable que en esta situación se produzca una retirada del reforzamiento positivo disponible para la conducta problemática. Existen excepciones, sin embargo, al uso del aislamiento con éxito sin haber

identificado los reforzadores que mantienen una conducta (Risley, 1968). Es probable que ocurran estos fallos cuando la conducta no deseable es intrínsecamente reforzante y puede ser desarrollada mientras el chico está en período de aislamiento. Es el caso de las conductas de autoestimulación.

Lugar de aislamiento. Hay que usar algunas precauciones al elegir un espacio donde poner en práctica el aislamiento. Estas precauciones podrían reducirse a que el lugar elegido carezca de posibilidades para que el chico reciba reforzadores durante el tiempo de aislamiento. El lugar donde quede el niño en aislamiento no tiene que ser oscuro y lleno de telarañas de modo que el chico esté lleno de miedo. Lo propio del aislamiento es simplemente eliminar las posibilidades de que el chico sea reforzado, pero no el buscar un castigo y menos a base de crear tensiones emocionales. Por todo ello, no son lugares apropiados de aislamiento la entrada de un colegio muy concurrido y el propio dormitorio del chico, porque son lugares en que puede accederse a reforzadores. Tampoco los sótanos o habitaciones sin luz, porque pueden crear tensiones emocionales. En casa podrían usarse el baño, el corredor, el rellano de una escalera, etc. En el colegio se podría poner a los más pequeños en una silla sentados de cara a la pared, a los mayores se les puede mandar a una clase vacía. Si el proyecto se lleva a cabo individualmente el terapeuta puede dedicarse a otra actividad y no hacer caso al chico durante el tiempo de aislamiento. Puede, también, darle la espalda o puede abandonar la clase.

Duración del aislamiento. Aún no existen orientaciones precisas respecto a la duración del aislamiento. Los casos publicados recogen tiempos de aislamiento que van de breves segundos a dos horas. Los períodos que se usan con más frecuencia van de 30 segundos a 10 minutos. Normalmente los períodos más breves de aislamiento se emplean con niños más pequeños. Ordinariamente, a la hora de elegir la duración de un período de aislamiento se procede empíricamente. Primero se emplean duraciones breves hasta que se encuentra una que sea efectiva. Posteriormente se acorta o se alarga según las circunstancias. Se prefiere la menor duración posible en los períodos de aislamiento por varias razones:

1. Hace mínimo el tiempo durante el cual el educando es apartado de la situación de aprendizaje.
2. La investigación con animales ha aportado que los periodos de aislamiento muy largos resultan disruptivos tanto para las respuestas correctas como para las incorrectas.
3. Por razones humanitarias. Éticamente son indeseables, especialmente para los niños, las experiencias desagradables que sean excesivamente largas o de gran intensidad. La experiencia del aislamiento, a lo más, debe ser desagradable hasta el punto en que permita eliminar la conducta desviada, pero nada más.

Hay que hacer notar que los períodos breves de aislamiento demuestran ser efectivos cuando el chico no ha sido expuesto previamente a largos períodos de aislamiento. Cuando se han utilizado períodos largos de aislamiento con anterioridad a los períodos breves, éstos se muestran contraproducentes.

Para no olvidarse de retirar del aislamiento a la persona sometida a él es muy conveniente proveerse de algún tipo de avisador.

La puesta en práctica del aislamiento. Para poner en práctica el aislamiento se acompaña al chico al lugar donde va a estar durante el tiempo de aislamiento con calma pero de manera firme. Como quien está cumpliendo con un trabajo. Se le informa de las reglas que estarán en vigor durante el tiempo en que el chico esté en la situación de aislamiento. También se informa de las condiciones que deben cumplirse para que pueda ser reintegrado al lugar del que está siendo sacado. Esta tarea debe hacerse sin discutir, limitándose a dar instrucciones y comunicar las reglas. Recuerde utilizar un avisador para estar seguro de que no sobrepasa el tiempo fijado para la situación de aislamiento.

Tras confinar al chico en una situación de aislamiento el educador no debe estar dando vueltas alrededor de la puerta de la habitación con el fin de ir dando instrucciones. Esto no hará sino prolongar las protestas del educando.

Es aconsejable permitir que el chico salga del aislamiento solamente cuando su conducta indeseada haya cesado durante un tiempo predeterminado. Si un educando es mandado fuera por alborotador, se le pueden pedir cinco minutos de aislamiento y como condición que permanezca, al menos, diez segundos consecutivos de silencio o no alboroto, antes de sacarle del aislamiento. Si terminamos un período de aislamiento mientras un chico grita, podemos reforzar esa conducta, mientras que si lo sacamos cuando se desarrolla una conducta aceptable estamos reforzando una conducta deseada. Johnston (1972) señaló en su revisión de los efectos del castigo sobre la conducta humana, varios criterios que han sido usados para fijar el momento de determinar una situación de aislamiento: a) cuando ha finalizado la conducta castigada; b) después de finalizar alguna conducta no deseada más algún período de tiempo adicional prefijado; c) a continuación de la aparición de alguna conducta deseada. Este último criterio puede presentar un posible problema, y es que el aislamiento puede perder sus propiedades aversivas para el chico que aprende que, tan pronto como realice una conducta determinada, puede hacer que le saquen inmediatamente de una situación de aislamiento. Él termina por saber que tiene a su disposición una clave para volver inmediatamente a la situación original. De esta forma habría experimentado un castigo muy benigno y probablemente ineficaz.

Decisiones previas al uso del aislamiento. Antes de hacer uso del aislamiento es conveniente haberse posicionado respecto a los siguientes aspectos del procedimiento:

1. Cómo se va a disponer la contingencia de aislamiento.. Por ejemplo, cada vez que el chico destruya un juguete será puesto en situación de aislamiento.

2. El método apropiado de aplicación del aislamiento. Por ejemplo, decidirse sobre si aislar al niño en el baño, ponerle de cara a la pared, etc.

3. La duración del aislamiento.

4. Si va a elegir preestímulos de aislamiento que adviertan al educando de la probable situación que se avecina. Estos estímulos, sistemáticamente asociados al aislamiento, pueden adquirir propiedades de castigo condicionado y lograr en algunos casos la supresión de una conducta. Un pre-estímulo de aislamiento puede consistir en una palabra de advertencia, una mirada, un gesto. En este momento hay que decidir qué estímulos de advertencia usar. Puesto que las advertencias verbales pueden generar una discusión sobre si se merece o no el aislamiento, es preferible una advertencia no verbal.

5. Establecer reglas respecto a las condiciones bajo las cuales el chico volverá a la situación de aislamiento o se le rescatará de tal situación.

.

8.3. EL USO DEL AISLAMIENTO.

El aislamiento actuará como técnica reductora de una conducta cuando la conducta haya sido reforzada abundantemente. Si, en cambio, la persona tiene conciencia de que su conducta está bajo un programa de reforzamiento pobre, de modo que es muy poco probable que su conducta sea reforzada, puede preferir el aislamiento. Desde luego hay que tener en cuenta que los niños, a veces, prefieren el aislamiento como una forma de mostrar que no están conformes con una situación determinada. En estas posibles situaciones hay que recordar que tanto el educador como el educando están controlados por el programa. Si se sospechara que el procedimiento de aislamiento no está funcionando, hay que revisar si el educando está recibiendo suficiente reforzamiento por su conducta deseable. Sorprendentemente, el aislamiento también puede ser menos efectivo cuando la frecuencia de reforzamiento es muy alta (Thomas, 1964) por el hecho de que la persona tiene relativamente poco que perder, ya que los reforzadores están disponibles para él con facilidad.

Como es natural el empleo del aislamiento implica unas ventajas y unos inconvenientes. Entre las ventajas hay que subrayar: 1) el que puede ser practicado sin que exista gran carga emocional. La aplicación consiste en que el educando y el educador estén separados. Esta separación da a cada uno de ellos la posibilidad de calmarse y ver la situación más objetivamente. 2) Por otro lado, la aplicación del aislamiento puede llevarse a cabo en períodos de tiempo muy breves y, sin embargo, ser efectivo. Un aislamiento de menos de un minuto puede ser efectivo con chicos en edad preescolar.

Entre los inconvenientes del aislamiento pueden reseñarse: 1) El hecho de que estimula cierta conducta emocional como, gritar, llorar, atacar físicamente, sobre todo si quién padece el aislamiento debe ser

físicamente arrastrado hasta el lugar de aislamiento (Ferster y Skinner, 1957). 2) Las dificultades que presenta su administración cuando el educando al que se aplica es mayor, un adolescente protestón por ejemplo, y el procedimiento exige aislarlo contra su voluntad.

CAPÍTULO 6. PROCEDIMIENTOS PARA LA ADQUISICIÓN DE NUEVAS CONDUCTAS

1. INTRODUCCIÓN.

Las técnicas contempladas en este capítulo se caracterizan por tener como objetivo que las personas incorporen conductas nuevas a su repertorio conductual. En unos casos se tratará de incorporar conductas simples para lo que estará indicada la técnica de moldeamiento. En otros casos se pretenderá enseñar conductas complejas que verán facilitada su adquisición utilizando el encadenamiento. En todos los casos la adquisición de nuevas conductas se verá facilitada si se hace uso de técnicas de ayuda. Esta es la razón de incluir en este capítulo las instrucciones y otros tipos de ayudas. La técnica de desvanecimiento puede considerarse una técnica más de ayuda, pero nosotros la presentamos fuera de ese apartado porque consideramos que puede utilizarse también como una técnica para aprender nuevas conductas. Tratamos, pues, en este capítulo con técnicas que persiguen el enriquecimiento y desarrollo personal, aunque normalmente las técnicas aquí contempladas han sido desarrolladas con más detalle para enseñar a personas que presentan dificultades o limitaciones en su desarrollo.

2. EL MOLDEAMIENTO.

El moldeamiento (*shaping* en inglés) se usa para enseñar conductas que no aparecen como segmentos o partes de conductas más toscas en el repertorio conductual de una persona. Es el caso de un chico que no emitiera ningún sonido o muy pocos y quisiéramos enseñarle a decir "mamá", por ejemplo. Se define como el procedimiento consistente en reforzar las aproximaciones sucesivas a la conducta-meta.

A pesar de la popularidad del método y de su simplicidad en teoría, el uso efectivo del moldeamiento se mueve a un nivel de arte. Para ponerla en práctica se selecciona una ejecución inicial determinada y tan pronto como ocurra conforme a un criterio previamente establecido se reforzará. Consolidado el nivel de ejecución que se ajusta al criterio previamente establecido, se procede a pedir unas ejecuciones que se ajusten a criterios más exigentes. Es importante a este respecto saber escoger una sucesión gradual y apropiada de criterios de demanda de ejecución y saber cómo actuar frente a retrocesos totales o parciales de ejecución. Por supuesto, antes de empezar a estructurar una conducta nueva a través de la técnica de moldeamiento, es necesario disponer de un poderoso reforzador de aplicación inmediata que debe aplicarse de acuerdo con todas las precauciones y normas hasta ahora indicadas para el uso de reforzadores.

2.1. ORIENTACIONES PARA EL USO DEL MOLDEAMIENTO.

El lema a adoptar en el moldeamiento es pensar lentamente. Los educandos sin grandes limitaciones pueden aprender muchas cosas. La clave está en ir presentándoles cada paso del aprendizaje a realizar de modo que se adapte a sus posibilidades de aprendizaje. Si pensamos en educandos con retraso mental se entiende que el lema para que puedan aprender es presentarle unidades o pasos de aprendizaje sin prisa y tan cortos como las limitaciones que pueda tener el educando. A continuación relacionamos una serie de orientaciones que faciliten el uso del moldeamiento:

1. Partir de una observación precisa del repertorio conductual del educando y anotar las conductas que ocurran con mayor frecuencia junto a sus antecedentes y consecuentes.
2. Basados en esta observación y registros decidir respecto a si se puede conseguir instaurar o diferenciar una determinada respuesta y, en caso de respuesta positiva, determinar cuál debe ser la primera aproximación a la conducta final o meta.
3. Establecer con precisión los requisitos del primer paso de aproximación a la conducta meta y las habilidades que el educando debe ser capaz de dominar sin demasiado esfuerzo.
4. Observar el cambio producido en dirección a la conducta meta y cambiar el criterio en consecuencia.
5. Mantener a lo largo del proceso de moldeamiento de la conducta un índice de reforzamiento alto. La experiencia aconseja que el chico sea capaz de lograr el reforzador en el 80% o más de sus intentos para ejecutar la conducta deseada.
6. Evitar largos intervalos durante los cuales el educando no reciba reforzadores porque esto puede situar muchas de sus conductas en un programa de extinción y entonces el educando puede dejar de esforzarse para superar las tareas que se le presentan.
7. Una vía para evitar esta posibilidad es dar al educando algún reforzador, aunque no haya realizado una actividad merecedora de él, con la finalidad de ayudarle a perseverar trabajando durante la próxima fase del programa. Estos reforzadores, que se entregan por una actividad mínima o incluso nula, sólo deben darse en ocasiones muy contadas.
8. Los momentos próximos a la ejecución final son también críticos para el éxito de un programa de moldeamiento. En ellos no hay que progresar exigiendo una ejecución más estricta y próxima a la conducta final o meta a menos que el educando pueda ejecutar consistentemente la conducta requerida en la etapa precedente.
9. Es necesario considerar todas las posibles razones del fallo de un educando para realizar la ejecución requerida, y en consecuencia, explicarle, hacerle demostraciones e incluso ayudarle para que pueda superar el fallo.

2.2. ASPECTOS PRÁCTICOS PARA EL DESARROLLO DEL MOLDEAMIENTO.

A continuación insistimos en algunos aspectos prácticos del moldeamiento que conviene tener presentes:

Desarrollar criterios específicos para reforzar. En cada etapa del programa de moldeamiento hay que detallar, para no cambiar de criterio de forma inadvertida, la naturaleza precisa de la respuesta con derecho a obtener un reforzador en esa etapa del programa. Con esta medida se facilita que el educando no sea reforzado por ejecuciones más distantes de la conducta criterio en cada caso. Si no se precisan estos criterios, hay un grave peligro de reforzar indiscriminadamente. Como regla general, hay que tener presente que, a menos que la ejecución se esté deteriorando y sea necesario retroceder en los pasos o etapas del programa para restablecer una ejecución anterior, no debe reforzarse una ejecución más pobre que la que se exija para una etapa o paso determinado en que se está trabajando ahora.

Estrategias para casos de retroceso y cese de ejecución. En los casos de retroceso en la ejecución (el educando realiza una actividad o conducta con menos pericia que en el paso anterior), en general, se recomienda volver al paso precedente y restablecer su anterior nivel de ejecución. Una vez restablecido su nivel anterior de ejecución se presenta el paso que dio lugar al retroceso en la ejecución, si esta circunstancia se produjo en los momentos iniciales de la sesión de modo que no hay razón para sospechar que la ejecución deficitaria se debiera al cansancio. Esta nueva presentación del paso se introduce, si es necesario, prestando alguna ayuda o instrucción especial, o reduciendo los criterios de exigencia en la ejecución de ese paso de tal manera que el educando pueda afrontarla con más facilidad.

Cuando el educando, de pronto, deja de emitir respuestas correctas, a pesar de que no se le hayan hecho nuevas demandas, las alternativas son varias:

a) Volver a una aproximación a la conducta meta o paso que el educando pueda emitir sin error, estabilizar su ejecución y después progresar gradualmente hacia la meta pero replanteándose la planificación inicial para reducir la dificultad de los pasos hacia la conducta-meta.

b) Si pudiera ser que el educando no trabajara porque estuviera fatigado o se hubiera llegado a saciarse de los reforzadores, es aconsejable volver a una respuesta que el educando pueda realizar con éxito, reforzársela y concluir la sesión de entrenamiento.

Estrategias para hacer frente a la ejecución de conductas extrañas o disruptivas durante las sesiones de moldeamiento. Si estas conductas interfieren activamente con la conducta seleccionada no habrá más remedio que posponer el moldeamiento de una conducta deseada y reducir o extinguir la conducta extraña o disruptiva. Si no interfiere activamente con la conducta seleccionada y, por razones de urgencia en

estructurar una conducta deseada, se inicia el programa de moldeamiento, al principio del entrenamiento puede ser preferible ignorar la conducta extraña. Esta táctica puede dar lugar a que se refuercen incidentalmente conductas indeseables si ocurren a una tasa alta y concurrente con la conducta deseada. Más adelante, cuando la conducta-objetivo seleccionada ha mejorado, es el momento de centrarse directamente en la extinción de la conducta extraña o disruptiva.

2.3. LA APLICACIÓN DEL MOLDEAMIENTO.

Los procedimientos de moldeamiento, como hemos dicho, se usan para enseñar habilidades simples que no existían previamente en los repertorios de conducta de los educandos. El trabajo de Wolf, Risley y Mees (1964) para que un niño aceptara llevar gafas nos alerta de algunas dificultades que se encuentran en la aplicación del moldeamiento. Los autores citados tuvieron que prescindir de ayudantes en su trabajo y dirigir el programa ellos mismos. Para facilitar, pues, el desarrollo de un programa de moldeamiento presentamos el siguiente ejemplo elaborado a partir del trabajo de uno de nuestros alumnos en el *practicum* de psicología clínica y de la salud.

La conducta final o meta era enseñar a una niña la conducta de eliminar en el inodoro. La conducta completa se dividió en los siguientes pasos en razón a las posibilidades de aprendizaje de la niña y a una cierta lógica secuencial: (1) levantar la tapa del inodoro, (2) bajarse las bragas, (3) sentarse en el inodoro, (4) realizar la eliminación correspondiente, (5) limpiarse, (6) subirse las bragas, (7) dejar correr el agua de la cisterna, (8) bajar la tapa del inodoro, y (9) lavarse las manos. Tras esta división en pasos de una conducta compleja como es el uso del inodoro para eliminar, se evaluó el nivel de ejecución de la niña en cada uno de los pasos y se le enseñaron o consolidaron los aprendizajes de las conductas correspondientes a pasos que no ejecutaba correctamente. La enseñanza de los pasos de la conducta compleja que la niña no dominaba se realizó también dividiéndola en pequeños pasos. Por ejemplo, el aprendizaje del paso 7, *dejar correr el agua de la cisterna* se dividió en tres pasos: (1) sujetar con firmeza el tirador de la cisterna, (2) tirar hacia arriba del tirador de la cisterna con un impulso moderado y (3) dejar caer a su aire el tirador de la cisterna. La enseñanza de cada uno de estos pasos se realizó haciendo uso de instrucciones verbales, modelado y ayudas físicas, según los casos. Por ejemplo, el educador en este caso inició el aprendizaje usando el modelado. El educador dejó correr el agua de la cisterna delante de la niña marcando cada uno de los pasos y diciendo: *ves, cojo con fuerza el tirador, lo subo hacia arriba y cuando ha comenzado a salir el agua lo suelto*. Tras este modelado de la conducta se procedió haciendo que la niña realizara la acción de dejar correr el agua de la cisterna con la ayuda física del educador. Las manos de la niña fueron guiadas físicamente por las manos del educador. Tras la ejecución de cada uno de los pasos se le alabó por lo bien que lo estaba haciendo y, al final, cuando soltó el botón y empezó a correr el agua se le alabó especialmente. Por fin se pidió a la niña que realizara la conducta ella sola, pero guiando su conducta con instrucciones que marcaban especialmente los pasos. El educador decía: '*vamos, primero sujeta el tirador con fuerza*, (tras la ejecución reforzó diciendo)

bien. A continuación dijo: *ahora tira hacia arriba suavemente del tirador de la cisterna,* (tras la acción) *estupendo*. El educador dijo, finalmente, cuando empezó a salir el agua: *ahora suelta el tirador,* (después de soltarlo), *muy bien, fenomenal*. El paso final fue que la niña realizara la acción por sí sola sin ayuda ninguna. De forma similar se procedió con los pasos restantes que no estaban en el repertorio de conductas de la niña. Una vez que la niña dominó la práctica de cada uno de los nueve pasos o eslabones en que se dividió la conducta compleja de eliminar en el inodoro se procedió a la unión de estos pasos o eslabones de conducta mediante una técnica de encadenamiento.

3. EL ENCADENAMIENTO.

Podemos decir, sin grandes probabilidades de error, que todas las conductas humanas, tal como son definidas en el lenguaje común, no son conductas simples, sino cadenas de conductas más simples. Por ejemplo, la conducta de comer un plato de legumbres está compuesta de conductas más simples, como coger la cuchara con una cierta destreza, coger las legumbres con la cuchara, doblar el brazo sin derramar las legumbres que van en la cuchara, llevar la cuchara con la comida hasta la boca, abrir la boca, meter la cuchara en la boca, sacar la cuchara de la boca una vez vacía, masticar las legumbres y tragar.

Por ello, cuando queremos enseñar conductas nuevas a un chico que cuenta en su repertorio con las habilidades o elementos que componen la nueva conducta, una técnica muy útil consiste en enseñar, no toda la conducta compleja de una vez, sino progresivamente la cadena de conductas simples que la componen. La técnica que procede a enseñar conductas complejas a partir de unir los componentes simples que la componen o eslabones de conducta y que, por definición, ya estaban en el repertorio de conductas del educando se conoce como técnica de encadenamiento. Consiste en partir de conductas simples que ya existían en el repertorio de un educando y combinarlas en conductas más complejas, de modo que lleguemos a la conducta-meta fijada por nosotros.

3.1. EL ESTABLECIMIENTO DE CADENAS DE CONDUCTA.

La pregunta que intentamos responder en este apartado es cómo pueden ser combinadas y consolidadas una serie de conductas previamente aprendidas, cuando parece que el reforzamiento sólo se produce al final de la cadena de conductas. Piénsese en el chico que intenta resolver un problema. Tal chico sólo es reforzado cuando obtiene un resultado final satisfactorio, esto es, cuando el profesor considera su solución como buena o muy buena. Una situación de este tipo debería ser un problema a la luz de lo expuesto en los puntos anteriores, toda vez que hasta ahora hemos hablado de la necesidad de la inmediatez en la entrega del reforzador para la consolidación de la conducta.

La respuesta a este presumible problema está ligada a la existencia de un proceso de reforzamiento condicionado. Hemos dicho con anterioridad que, cuando un estímulo o acontecimiento se aparea con, o directamente precede a la entrega de un reforzador, este estímulo o acontecimiento podría, después de un tiempo, tender a adquirir las propiedades del reforzador mismo. Los estímulos discriminativos que adquieren tales propiedades reforzantes servirían para unir los eslabones de conducta de la cadena en una respuesta compleja que puede ser consolidada o mantenida por un acontecimiento final reforzante. Tales estímulos cumplen una función doble dentro de la cadena conductual compleja. Por un lado, son *estímulos discriminativos* que indican que la respuesta siguiente nos aproxima al reforzador, y, por otro, son *reforzadores condicionados* de los eslabones que ocurren inmediatamente antes de ellos.

Un ejemplo de este proceso lo podemos ver en la cadena de conductas implicadas en *sentarse en su puesto* por parte de un alumno. Partimos de una situación en la que el alumno está en el patio de recreo y, tras la finalización del mismo, el profesor indica que vuelvan a la clase y se sienten en silencio tranquila y atentamente. Esta conducta de sentarse con tranquilidad y atender al profesor es la que se refuerza y, además, llega a ser un *estímulo discriminativo* (E_D) ya que viene asociada al reforzamiento por parte del profesor, y un *reforzador condicionado* (R_+) para su anterior enlace en la cadena, entrar en el aula, ya que la entrada en el aula va unida a sentarse y atender que va unida inmediatamente al reforzamiento. Este proceso se representa gráficamente en la FIGURA 6.1.

INSERTAR AQUÍ LA FIGURA 6.1.

3.2. EL USO EFECTIVO DE LA TÉCNICA DE ENCADENAMIENTO.

El uso efectivo de la técnica de encadenamiento requiere prestar atención a una serie de aspectos que nosotros resumimos en los puntos siguientes:

1. Usar eslabones que ya estuvieran previamente en el repertorio de conductas del sujeto.
2. Iniciar la técnica poniendo en práctica el último de los eslabones, puesto que al estar más próximo al reforzamiento es el eslabón (conducta) más fortalecido. En el ejemplo anterior tendríamos que empezar por reforzar todas las dimensiones de la conducta sentarse tranquila y atentamente. Una vez que este eslabón ocurra regular y frecuentemente el reforzamiento puede hacerse contingente a una secuencia de conducta más larga caminar a su asiento, sentarse y atender tranquilamente, y así podría continuarse hasta que la cadena en su totalidad se consolide en una conducta compleja que sólo es reforzada en su eslabón final.

3. Usar estímulos discriminativos suplementarios para facilitar el procedimiento de encadenamiento, tales como indicaciones verbales, gestos, instrucciones escritas, ayudas físicas, etc.

4. Combinar la ayuda del modelado de la conducta con el encadenamiento.

5. Cuando no exista un eslabón de la cadena en el repertorio de conductas del sujeto, debe estructurarse este eslabón. Suele utilizarse para estructurar y configurar el eslabón ausente o no disponible la técnica de moldeamiento.

En la TABLA 6.2. puede verse un ejemplo de encadenamiento.

TABLA 6.2.

EJEMPLO DE ENCADENAMIENTO REFERIDO A LA CONDUCTA DE VESTIRSE DE FORMA INDEPENDIENTE.

Consideraciones previas. El objetivo final del procedimiento de encadenamiento es que un niño se vista sin ayuda por la mañana. En la colocación de cada prenda se parte del nivel de autonomía o posibilidades reales del niño en el momento en que se desarrolla el programa. En el ejemplo, estas posibilidades o autonomía son supuestas. Por ejemplo, al ponerse los calzoncillos se parte del supuesto de que el niño no es capaz de meter las piernas en los perniles de los calzoncillos.

Paso 1. Las piernas del niño están dentro de los perniles de los calzoncillos. Los calzoncillos están bajados hasta las rodillas del niño. Contingencia: el niño debe subir los calzoncillos hasta la posición usual, la cintura, tras una indicación verbal para que pueda recibir una caricia y una alabanza (reforzador considerado eficaz). La indicación o guías verbales para que se suba los calzoncillos se denominan ayudas o instrucciones y deben prestarse en la medida en que se necesiten. Otro tipo de ayuda podría ser la ayuda física.

Paso 2. (Para llegar a este segundo paso, el paso primero debe haberse ejecutado de forma correcta aproximadamente el 100% de las veces). En este paso se parte de una situación anterior o más atrasada respecto a la conducta final o meta que en el paso 1. Ahora sólo una de las piernas del niño está dentro de un pernil de los calzoncillos. Contingencia: el chico debe: (a) meter la otra pierna en el pernil correspondiente y (b) colocar correctamente los calzoncillos. Tras estas dos acciones encadenadas el niño podrá recibir una caricia y una alabanza.

Paso 3. El niño realiza consistentemente de forma correcta los pasos uno y dos. Ahora se pide al niño que coja los calzoncillos de un lugar adecuado dispuesto por el educador (madre, padre, etc.) y (a) meta primero una pierna, (b) después otra (conviene establecer una secuencia regular al principio del

entrenamiento) en los perniles de los calzoncillos, (c) suba los calzoncillos hasta las rodillas y (d) los coloque correctamente en la cintura. Al finalizar la cadena de conductas podrá recibir el reforzador correspondiente.

Paso 4. Cuando el niño se coloca de forma correcta y consistente los calzoncillos partiendo de una posición inicial determinada como se hacía en el paso 3, se inicia el paso 4. En este paso 4 se podría iniciar la cadena de conductas partiendo de que los calzoncillos están situados donde habitualmente se estima que va a estar la ropa del niño procurando, además, que a lo largo de los días los calzoncillos presenten posiciones cambiantes. En este paso el niño recoge los calzoncillos del lugar habitual en que está su ropa y debe conocer la parte delantera y trasera de los calzoncillos. Cuando recoja los calzoncillos de su armario, por ejemplo, y realice los pasos anteriores hasta colocarse correctamente los calzoncillos recibirá el reforzador correspondiente.

Tras este paso podría darse por adquirida la conducta de ponerse sin ayuda los calzoncillos y con esta lógica se podría enseñar cómo ponerse las prendas necesarias para vestirse y poder salir a la calle, por ejemplo, pantalones, camisa, suéter, calcetines, zapatos, etc...

NOTA: El proceso puede parecer dificultoso y sobre todo aburrido. Sin embargo, nuestra experiencia es que los programas avanzan con bastante rapidez tras los primeros pasos. Por supuesto es indispensable contar con la colaboración y buena disposición del educando.

4. EL DESVANECIMIENTO.

El desvanecimiento aparece en la literatura como la retirada gradual de la ayuda o ayudas que facilitaban la emisión de una conducta o la realización de una actividad. En este sentido el desvanecimiento podría incluirse dentro del apartado dedicado a la retirada de las instrucciones y otras ayudas en caso de ejecuciones deficitarias. También aparece como el cambio gradual del estímulo que controla una respuesta de manera que la respuesta pueda ocurrir tras ese cambio parcial del estímulo o ante un estímulo totalmente nuevo. En esta segunda alternativa estaríamos ante un caso de control de la respuesta a partir de la presentación de estímulos. En esta segunda versión lo consideramos aquí. Una definición más técnica sería decir que el desvanecimiento implica pasar del control actual que un estímulo discriminativo (E_D) llamado estímulo de partida, tiene sobre una respuesta objetivo hasta poner la respuesta bajo el control del E_D meta. En general lo deseable es que el E_D meta sea un estímulo natural que elicita o controla la conducta habitualmente en la mayoría de las personas del medio en que se trabaja. El procedimiento implica presentar el E_D inicial y el E_D meta juntos durante una serie de ensayos, mientras que gradualmente se aumenta la intensidad del E_D meta desde un bajo nivel inicial y se disminuye gradualmente la intensidad del E_D inicial que en un principio se presentaba con una intensidad o nivel elevado. Lo que se pretende es que la respuesta deseada sea evocada por el E_D meta con una intensidad normal en ausencia del E_D inicial.

Un ejemplo del uso del desvanecimiento puede darse en la enseñanza del habla a niños con ecolalia. Un niño con ecolalia puede responder simplemente "llamas" cuando se le pregunta "¿Cómo te llamas?". Puesto que el niño hace eco de cualquier estímulo verbal, se puede emplear el nombre del niño como un estímulo inicial. De este modo, el profesor pregunta con voz muy baja "¿Cómo te llamas?" e inmediatamente dice el nombre del niño en voz muy alta, con el fin de que el niño repita su nombre. A lo largo de los ensayos, el profesor aumenta gradualmente el volumen de la pregunta y disminuye gradualmente el volumen de la respuesta, el nombre del niño. Finalmente, el profesor hace la pregunta con una intensidad de voz normal y no dice el nombre del niño, con el fin de que éste responda con su nombre a la pregunta. Cuando se ha logrado este objetivo la técnica de desvanecimiento ha tenido éxito

Queremos hacer notar finalmente que la situación de la técnica de desvanecimiento en este apartado responde a la finalidad con la que la utilizamos, enseñar conductas nuevas. Técnicamente el desvanecimiento podría incluirse con más propiedad entre las técnicas de control de los estímulos sobre la conducta.

5. LAS AYUDAS EN CASO DE EJECUCIONES DEFICITARIAS.

5.1. INDICACIONES GENERALES.

A veces un educando nunca o muy raramente emite la conducta deseada. Si se piensa razonablemente que la baja tasa de ejecución se debe a un déficit en el repertorio de conductas más que a incentivos inadecuados o a reforzadores escasos, puede hacerse uso de lo que en términos generales podemos denominar incitadores o ayudas. Entre ellas suelen incluirse: el modelado de la respuesta deseada, las instrucciones, las notas, las ayudas o guías físicas, las sugerencias, el moldeamiento pasivo, etc. Gracias a estas ayudas se hace posible la ocurrencia de la conducta y en consecuencia su reforzamiento.

Nosotros vamos a referirnos aquí con cierta extensión sólo a las instrucciones. Sobre las ayudas en general ofrecemos las siguientes orientaciones: a) no deben ser negativas o coercitivas en el tono; b) deben retirarse tan rápidamente como sea posible, siempre que pueda mantenerse la ejecución correcta de una conducta pero en etapas graduales, de modo que la progresiva retirada de las ayudas no suponga saltos considerables que pongan en peligro el nivel de ejecución de ese momento; c) en los casos en que se viera que el educando no puede progresar en alguna etapa, quizás sea preferible pasar a otra diferente con el fin de volver después a esa etapa no superada y así no detener el progreso en el aprendizaje; d) en los casos en que, por haber retirado las ayudas demasiado pronto, la ejecución descienda de nivel hay que volver a introducir las ayudas aproximándose a lo que el educando es capaz de hacer en ese momento.

5.2. LAS INSTRUCCIONES.

De un modo diferente a como ocurre con los psicólogos que trabajan en el laboratorio con animales, el modificador de conducta humana tiene a su mano métodos rápidos para incitar a la ejecución de las conductas deseadas. Uno de estos métodos son las instrucciones, que consisten en la posibilidad que tiene el clínico y el educador de instruir verbalmente a su cliente sobre la pauta a seguir en una conducta particular. Si el cliente ha aprendido previamente a imitar los modelos apropiados y se le enseña a seguir instrucciones, no tiene que ser sometido en una situación de aprendizaje a un lento proceso de moldeamiento. El terapeuta no tiene sino que decir, por ejemplo, "Mira cómo compongo este rompecabezas (se demuestra el proceso), ahora (después de descomponerlo) componlo tú, hazlo tú". Bajo circunstancias favorables, el educando rápidamente imita, incluso aunque no haya trabajado nunca con ese material de juego en concreto. Para que esto se produzca así el educando, probablemente, ha sido reforzado previamente por obedecer a las demandas de los adultos, de tal manera que las instrucciones han adquirido ya propiedades discriminativas y definen la ocasión para que si se realiza una conducta ésta sea reforzada (Skinner, 1957). Si el educando tiene habilidad verbal y ha tenido también la experiencia de construcciones verbales relevantes, sólo el modelo verbal simbólico del terapeuta, ¿puedes construir este rompecabezas en el que aparecerá un bonito coche? sería suficiente para conseguir la ejecución demandada.

Puesto que la combinación del modelado y las instrucciones facilita gran cantidad de información en muy poco tiempo, tales procedimientos de enseñanza se usan con mucha frecuencia. Si el educador se encuentra con un educando que, además de tener habilidades imitativas y verbales, puede seguir instrucciones, tendría muchas ventaja usando este procedimiento. Por supuesto la repetición correcta de las demostraciones debe ser reforzada.

5.2.1. Orientaciones para el uso de las instrucciones.

Las instrucciones, probablemente, facilitan una demostración si se expresan con cuidado. Conviene recordar cuando se trabaja con niños que su vocabulario es limitado en relación al de los adultos. Por otro lado, las sugerencias hechas a los niños no deben ser ambiguas, sino consistentes e inteligibles para ellos.

Las instrucciones deben ser enunciadas positivamente, como una sugerencia o invitación más que como una petición perentoria. Una presentación con estas características es una invitación que induce suavemente a su cumplimiento y es más efectiva que un mandato. También hay que considerar los efectos incidentales del modelado. Los niños puede que respondan no solamente a la petición formulada sino también a la manera en que se realizó la demostración, por lo que hay que armarse de paciencia y no gritar. Los gritos ya vienen dados por otras muchas situaciones y personas.

5.2.2. Retirada de las instrucciones.

Puesto que es conveniente establecer una variedad de estímulos discriminativos no verbales que permitan controlar la conducta deseable, las instrucciones se interrumpen normalmente después de haberse puesto en práctica durante un periodo de tiempo más o menos largo.

El procedimiento a seguir en la retirada de las instrucciones consiste en conseguir que a medida que el educando practica la acción correcta, las instrucciones verbales dadas por el educador se vayan convirtiendo progresivamente en telegráficas e infrecuentes, puesto que otras guías tales como la hora del día van adquiriendo propiedades de estímulos discriminativos. También, progresivamente, hay que hacer decrecer la complejidad y longitud de las instrucciones hasta que al final no sea necesario mencionar ninguna, sino recordar, por ejemplo, que es la hora de irse a la cama y el niño deberá haber aprendido con sólo esta indicación que antes tiene que cepillarse los dientes, orinar y ponerse el pijama. Estas conductas han pasado a ser controladas por una simple expresión indicativa de que ha llegado la hora de ir a la cama.

En resumen, las instrucciones verbales pueden ser ingredientes útiles de los programas de entrenamiento terapéutico si se usan para proporcionar información sobre las consecuencias de la conducta o para informar al educando de las respuestas alternativas deseables. Para prevenir la dependencia inadecuada de las instrucciones, se puede limitar el uso de las instrucciones verbales a la parte inicial del programa o pueden abreviarse considerablemente a lo largo del curso del entrenamiento.

5.3. OTROS TIPOS DE AYUDAS.

Además de las instrucciones otros tipos de ayudas frecuentes en el aprendizaje de conductas nuevas son el modelado y las ayudas físicas.

El modelado descansa en el aprendizaje observacional y comprende lo que tradicionalmente se ha denominado el valor del ejemplo. Consiste en presentar un modelo ante el educando con el que estamos trabajando o simplemente en que el educando vea o sea informado de cómo actúa otra persona en una situación similar a la que se quiere enseñar. A esta otra persona se le llama modelo. La exposición a la conducta del modelo puede servir de ocasión para que se emitan muchas conductas del educando previamente aprendidas.

El uso efectivo del modelado parece depender de: a) lo reforzada que haya sido la conducta de imitar. Si en ocasiones anteriores nuestro educando fue reforzado por imitar, ahora imitará con cierta facilidad; b) los reforzadores que recibe la conducta del modelo a imitar. Si el modelo que presentamos es reforzado por hacer una conducta es más probable que nuestro educando lo imite; c) la similitud de

características entre modelo y observador, de modo que si ciertos caracteres del modelo y del educando que observa son similares, la tarea a imitar se verá facilitada aunque fuera compleja.

Las ayudas físicas. En términos generales se puede hablar de ayudas de moldeamiento pasivo consistentes en conducir con nuestras manos los miembros o partes del cuerpo de nuestro educando para que adopte la postura conveniente para la realización de una tarea o ejercicio sobre el que se está trabajando. Lógicamente será necesario prestar más ayuda al comienzo que al final de los ejercicios.

CAPÍTULO 7. PROCEDIMIENTOS PARA LOGRAR QUE LAS CONDUCTAS OCURRAN Y SE GENERALICEN A LOS LUGARES Y MOMENTOS OPORTUNOS.

1. INTRODUCCIÓN

El enfoque contextualista, del que el Análisis de Conducta Aplicado puede considerarse el representante primero, concede toda la importancia al ambiente o contexto no sólo como impulsor del cambio sino también como determinante de la adecuación o normalización de la conducta. En el enfoque operante las conductas no se definen ni catalogan por su topografía sino por su funcionalidad, esto es, por el hecho de que sean adecuadas o no en el contexto en que se manifiestan o no se manifiestan. Esta implicación y compromiso entre conducta y ambiente hace indispensable que cualquier intento de modificación de conducta no quede sólo en generar nuevas conductas, desarrollar conductas previamente existente o en reducir conductas. Todos estos objetivos de cambio se quedan en un sin sentido si no los relacionamos con el contexto en que es preciso que las conductas experimenten estas modificaciones.

Durante la década de los 80 la Asociación para el Análisis de Conducta haciéndose eco de la necesidad de definir con más claridad los derechos de los perceptores de tratamientos conductuales crearon un grupo de trabajo con esta finalidad y en la reunión del consejo ejecutivo de octubre de 1987 se aceptó el informe final. Entre los puntos que recoge el informe aparece en primer lugar el derecho de los clientes a vivir en un ambiente física y socialmente terapéutico, de modo que no debería iniciarse el tratamiento si esto no está asegurado. En cuarto lugar señala el derecho a programas que enseñen habilidades funcionales, esto es, el desarrollo de habilidades debe estar dirigido hacia la integración en la comunidad y la independencia y los mismos fines deben perseguir los programas de reducción o eliminación de conductas.

Con esta breve introducción hemos querido enfatizar que el modelo operante es ecológico y que cuando se habla de discriminación y control de estímulos, por ejemplo, nuestro referente no debe ser una situación de laboratorio sino el contexto en que se desarrolla la vida diaria de cada persona. Sólo nos queda

reseñar que en este tema nos estamos refiriendo a los estímulos que preceden a la conducta, no a los que la siguen.

2. CONTROL Y DISCRIMINACIÓN DE ESTÍMULOS.

El término control tiene muchos significados. Aquí simplemente describe una relación predecible entre una respuesta y un estímulo, de modo que se dice que existe control de estímulos cuando hay una alta probabilidad de que una respuesta particular ocurra en presencia de un determinado estímulo antecedente. Cuando, por ejemplo, al encenderse la luz del indicador de que la gasolina está en la reserva, nos preocupamos por encontrar una gasolinera y ponemos gasolina, podemos decir que el poner gasolina en ese momento es una conducta controlada por el estímulo de la luz indicadora de estar en la reserva. Este uso del término control se diferencia claramente del control que puede tener uno al servirse comida en un *self-service.* Los estímulos controlan la conducta por la historia de las consecuencias que han seguido a la emisión de una respuesta en presencia de tales estímulos.

Una situación diferente se plantea cuando en unas situaciones o en presencia de ciertos estímulos, una determinada respuesta puede reforzarse, mientras que esa misma respuesta no será reforzada en otras situaciones o en presencia de otros estímulos. Cuando una respuesta es consistentemente reforzada en presencia de un determinado estímulo y no lo es en presencia de otro, cada estímulo está indicando las consecuencias que con toda probabilidad seguirán a la emisión de una respuesta en presencia de cada estímulo o contexto. El estímulo o contexto en que una respuesta ha sido reforzada indica que es probable que si se emite esa conducta en ese contexto se refuerce. Este estímulo o contexto se llama E^D. Por ejemplo, si habitualmente doy un beso a mi padre al llegar a casa cuando está sentado en el salón viendo la TV y, por ese beso, da muestras evidentes de contento. Sé que ese es un buen momento para contentar y tener bien dispuesto a mi padre. A la inversa, el estímulo o contexto presente cuando la respuesta no es reforzada indica que esa respuesta probablemente no será reforzada si se emite en el referido contexto. Un estímulo o contexto cuya presencia se ha asociado con la ausencia de reforzamientos se llama E^Δ (estímulo delta). El efecto de reforzar diferencialmente la conducta en distintas condiciones de estímulo o en distintos contextos es que, con el tiempo, la respuesta reforzada ocurra, probablemente, en presencia del E^D y que, probablemente, no ocurra en presencia del E^Δ. Cuando la persona responde de forma diversa en presencia de estímulos diferentes se dice que ha realizado una discriminación de estímulos.

Ejemplos del control y discriminación de estímulos llenan la vida cotidiana. Por ejemplo, el sonido del teléfono señala que cierta conducta (contestar el teléfono) será probablemente reforzada (el reforzador sería oír la voz de quien está llamando). Específicamente, el sonido del teléfono está asociado con la voz de alguien en el teléfono (reforzador). El sonido del teléfono (E^D) aumenta la probabilidad de que el receptor sea

levantado, puesto que lo habitual es que siempre que suena el teléfono alguien quiera hablar con nosotros. En ausencia del sonido (E^{Δ}) la probabilidad de coger el teléfono para oír la voz de alguien es muy baja. Los sonidos de un timbre, teléfono, alarma o reloj de cocina, sirven todos como estímulos discriminativos y aumentan la probabilidad de que ciertas respuestas se emitan porque a ellas está asociado un reforzador. En la interacción social también es importante el control de estímulos. Por ejemplo, un saludo o gesto de alguien probablemente ocasione una respuesta social como el comienzo de una conversación. Mientras que un saludo hace de E^{D}, o señala que es probable que el reforzamiento siga a una respuesta social, un ceño fruncido hace de E^{Δ}, o señala que no es probable que el reforzamiento siga a una respuesta social. Cuando las respuestas están diferencialmente controladas por estímulos antecedentes se considera que la conducta está bajo el control de estímulos.

La noción de control de estímulos es sumamente importante en la modificación de conducta. En muchos programas de modificación de conducta, el objetivo consiste en alterar la relación entre la conducta y las condiciones de estímulo en que la conducta se desarrolla. Algunos problemas de conducta surgen, precisamente, de un fallo de ciertos estímulos, como las instrucciones, para controlar la conducta a pesar de que ese control sería deseable. Otros problemas conductuales se producen cuando ciertas conductas, como comer o fumar en exceso, están bajo el control de estímulos antecedentes. En estos casos el control de los estímulos sobre la conducta es un control indeseable y los programas que se diseñan para modificar la conducta suelen consistir en modificar los estímulos que controlan la conducta.

2.1. PRESENTACIÓN DE ESTÍMULOS DISCRIMINATIVOS Y DESARROLLO DEL CONTROL DE ESTÍMULOS

La probabilidad de emisión de una respuesta puede aumentarse o disminuirse mediante la presentación o supresión de E^{D}s. Los E^{D}s elicitan las respuestas previamente reforzadas y aumentan la probabilidad de que la respuesta ocurra, con lo cual se consigue poner la conducta bajo el control de los estímulos. El procedimiento de presentar o no E^{D} s se conoce como procedimiento de *cambio de estímulos* y es tremendamente útil en las actividades de enseñanza, entrenamiento y consulta. El procedimiento de cambio de estímulos se utiliza al dar instrucciones, al facilitar ayudas y, en combinación con todos los procedimientos operantes sugeridos, para enseñar nuevas conductas, para incrementarlas o para reducirlas.

Cuando el control de estímulos está bien desarrollado un observador puede interpretar que el E^{D} produce la conducta: El sonido del teléfono parece determinar la conducta de coger el teléfono, instrucciones como levántate parecen determinar que el niño se levante. Hay que recordar, sin embargo, que en estas situaciones en que estamos se describe una relación probabilística entre la presentación futura de un estímulo y una respuesta. No estamos, como en el condicionamiento respondiente, ante un estímulo que elicita una

respuesta. El desarrollo, pues, del control de estímulos se produce gracias a una *operación de reforzamiento diferencial* que enseña a las personas a emitir una determinada respuesta en presencia de determinados estímulos y no de otros. Cogemos el teléfono cuando suena porque sabemos que hay alguien al otro lado de línea que quiere hablar con nosotros y no lo cogemos cuando no suena porque hemos aprendido que, cuando lo hemos cogido sin sonar, nadie estaba al otro lado del teléfono.

Las situaciones que se plantean para discriminar estímulos y que éstos adquieran control sobre la conducta pueden agruparse de la siguiente forma:

1. *Dos o más estímulos y una sola respuesta apropiada*. Es la situación que con más frecuencia afrontan las personas. Dos sonidos de timbres (el que suena en la tele y el que emite el aparato telefónico) y sólo uno se corresponde con la presencia de una persona al otro lado del hilo telefónico.
2. *Dos o más estímulos y dos o más respuestas distintas*. Dos letras o números que se presentan y dos respuestas distintas que hay que dar para cada estímulo. Por ejemplo, 3 y 8 y dos respuestas distintas que hay que emitir, tres ante el estímulo 3 y ocho ante el estímulo 8.
3. *Muchos y variados estímulos antecedentes y una sola respuesta apropiada.* Por ejemplo, señales de tráfico variadas que indican precaución o limitación de velocidad.

En todas estas situaciones el aprendizaje discriminativo se produce gracias a las respuestas reforzadas diferencialmente de forma repetida ante la presentación de unos estímulos (E^Ds) y no ante la presencia de otros E^Δs.

2.2. DESARROLLO DEL CONTROL EFECTIVO DE ESTÍMULOS.

La planificación de un procedimiento de reforzamiento diferencial para desarrollar con efectividad el control de estímulos requiere atender a ciertos factores. Unos se refieren al estímulo como la identificación clara de las propiedades del estímulo antecedente, el uso efectivo del reforzamiento cuando se emite una respuesta en presencia de los estímulos antecedentes, centrar la atención de la persona que responde en los estímulos antecedentes relevantes. Otros factores se refieren a ciertos aspectos de la respuesta que hagan más probable su emisión en presencia de los estímulos antecedentes relevantes.

2.2.1. Aspectos referidos al estímulo.

Identificación clara de las propiedades relevantes del estímulo. La discriminación de estímulos, necesaria para ir identificando las propiedades relevantes de un estímulo, va a resultar más o menos fácil dependiendo de los tipos de estímulos a que nos refiramos. No es lo mismo identificar y discriminar dos

números que identificar y discriminar una correcta pronunciación en inglés. Dependiendo de los estímulos a que se haga referencia hay que especificar propiedades tales como la **topografía** de los E^Ds (por ejemplo, forma, tamaño, posición, etc...) y otras propiedades relevantes del estímulo. La persona que diseña el programa debe saber bajo qué circunstancias muy específicas la respuesta objetivo debe ser reforzada y en qué circunstancias el reforzamiento no debe darse.

Uso efectivo de los procedimientos de reforzamiento. Aquí hay que tener presentes todas las indicaciones referidas a las reglas en la aplicación de reforzadores del capítulo 4. Recordamos solamente que en presencia de los E^Ds potenciales la respuesta debe reforzarse inmediatamente, tan a menudo como sea posible y con los reforzadores adecuados. Una vez que la respuesta en presencia de los E^Ds haya alcanzado una alta tasa de consistencia , estará indicado establecer una demora gradual en el reforzamiento, pasar a índices intermitentes de reforzamiento y cambiar a reforzadores menos poderosos.

Centrar la atención de quien responde en las propiedades relevantes del estímulo antecedente. Aunque el responsable de un programa haya seleccionado un E^D particular, los aspectos relevantes de las condiciones de un estímulo discriminativo pueden no ser tan aparentes para quien tiene que responder, pues, aunque nuestra selección sea correcta, quien tiene que responder percibe conjuntamente los estímulos relevantes con otros no relevantes porque en una situación natural existen agrupaciones de estímulos que aparecen conjuntamente. La tarea del educador, entonces, se convierte en la de orientar al estudiante hacia las propiedades relevantes del estímulo. Este aspecto es importante en el aprendizaje mediante modelado de la conducta. Cuando el modelo ejecuta una conducta el terapeuta debe dirigir la atención del observador hacia aspectos relevantes de la conducta del modelo, aspectos que, de otra forma, podrían pasar inadvertidos al observador como, por ejemplo, la orientación del cuerpo del modelo y la dirección de su mirada hacia los ojos de la chica que quiere conquistar.

2.2.2. Aspectos referidos a la respuesta.

A veces, aunque los estímulos apropiados se hayan identificado y presentado con claridad, se hayan implementado los procedimientos de reforzamiento y la atención se haya dirigido a los estímulos apropiados, la respuesta no se emite en el momento especificado. Poder esperar a que se emita la respuesta es un lujo que no está al alcance de cualquiera, por lo que se sugieren algunos métodos para facilitar la emisión de la respuesta en presencia del E^D en orden jerárquico del más natural y eficiente al más artificial o intrusivo:

1. *Ayudar mediante instrucciones* pero sabiendo que mientras haya instrucciones la conducta no se está emitiendo en presencia de estímulos específicos críticos, por lo que deben retirarse tan pronto como sea posible.

2. *Usar el procedimiento de ayudas con efectividad* lo cual comporta: a) analizar los componentes de la respuesta; b) determinar si la respuesta apropiada está en el repertorio; c) determinar si la respuesta está o no bajo el control de las instrucciones.

3. *Desarrollar instrucciones como estímulos discriminativos para incitar a una respuesta.*

4. *Usar instrucciones como instigaciones para desarrollar el control mediante estímulos verbales.*

3. GENERALIZACIÓN.

Es posible que el efecto de las contingencias sobre la conducta se generalice, esto es, que pueda traspasar determinados límites o condiciones. Los límites o condiciones que se traspasan pueden referirse a condiciones de estímulo o contexto (la conducta emitida ante unos estímulos o contextos determinados se emite ahora ante estímulos o contextos diferentes a aquellos en que se produjo el aprendizaje o tuvo lugar el entrenamiento) o a las respuestas o tipos de respuestas que estaban incluidas en la contingencia y que fueron objeto de entrenamiento. Estos dos tipos de generalización se llaman, respectivamente, generalización del estímulo y generalización de la respuesta.

3.1. GENERALIZACIÓN DEL ESTIMULO.

Es probable que una respuesta que ha sido reforzada repetidamente en una situación particular se repita en esa situación. Distintas situaciones y estímulos comparten a menudo propiedades comunes. El control de la conducta ejercido por un determinado estímulo o situación puede ser compartido por otros estímulos similares o que comparten propiedades comunes (Skinner 1953). Una conducta, por ejemplo, puede emitirse en situaciones nuevas similares a la situación original en que se produjo el reforzamiento. Si sucede que una respuesta reforzada en un contexto ve incrementada su frecuencia no sólo en ese contexto sino también en otros contextos, normalmente con algunos parámetros similares, se dice que se ha producido un fenómeno conocido como generalización del estímulo. La generalización del estímulo se refiere a la ocurrencia de una respuesta en situaciones distintas de aquellas en que se produjo el aprendizaje o entrenamiento.

En la vida cotidiana pueden encontrarse numerosos casos de generalización del estímulo. Por ejemplo, un niño que experimenta miedo o temor ante un médico vestido de blanco que le ha causado dolor cuando le ha puesto una inyección o realizado una exploración, puede mostrar respuestas de miedo y evitación cuando se vea ante profesionales que vistan de blanco, dentistas, enfermeras, peluqueros y lecheros. En el niño se produce una generalización de su miedo a cualquier individuo que use un uniforme blanco. Hasta que el niño no experimente diferentes contingencias ante los mismos uniformes en diferentes contextos, la respuesta de miedo subsistirá frente a los mismos tipos de uniformes. El ejemplo implica la

generalización del estímulo, puesto que el miedo se adquirió en el contexto de un estímulo específico pero se generalizó a otros contextos similares.

El fenómeno de la generalización del estímulo es opuesto al de la discriminación. Cuando un individuo discrimina al emitir una respuesta, esta respuesta no se emitirá sino ante el estímulo o contexto en que se aprendió o entrenó para que se aprendiera una determinada respuesta. A la inversa, cuando una respuesta se generaliza a diversas situaciones, el individuo no discrimina al realizar la respuesta, es decir, no asocia la emisión de una determinada respuesta a unos estímulos o contexto único sino que también asocia esa respuesta a estímulos o contextos que mantengan un cierto grado de semejanza con los estímulos presentes o contexto en que se aprendió o entrenó una determinada respuesta. El grado de generalización del estímulo está en función de la similaridad de un nuevo estímulo o contexto con el estímulo o contexto bajo el cual se aprendió o entrenó la respuesta (Kimble 1961). Una respuesta puede no generalizarse a distintas situaciones durante un largo período de tiempo, porque la persona u organismo llega a discriminar que la respuesta está reforzada en una situación pero no en las otras.

La generalización del estímulo y de los contextos representa un área importante en la modificación de conducta. Si bien el entrenamiento tiene lugar en un marco restringido, como una institución, una clase particular, un hospital, un centro de cuidado diurno, u hogar, puede resultar deseable, y de hecho lo es en la mayoría de los casos, que las conductas desarrolladas en estos contextos se generalicen o transfieran a otros contextos.

3.2. GENERALIZACIÓN DE LA RESPUESTA.

La generalización de la respuesta se refiere al hecho de que ante un estímulo o contexto se emite no sólo la respuesta inicialmente aprendida sino respuestas topográficamente parecidas o funcionalmente equivalentes. Por ejemplo, si una persona es reforzada por sonreír, la frecuencia de la risa, respuesta topográficamente similar a la sonrisa, y de la conversación, respuesta funcionalmente equivalente con la sonrisa en cuanto conducta de comunicación social, también puede aumentar. El reforzamiento de una respuesta, decía Skinner (1953) aumenta la probabilidad de otras respuestas similares. En la medida en que una respuesta reforzada es similar a una no reforzada, la respuesta similar ve incrementada su probabilidad de aumentar en razón de su similaridad con la respuesta reforzada.

Los programas de intervención conductual informan a veces de cómo un cambio en una conducta-objetivo se ve asociado con cambios en conductas relacionadas. Por ejemplo, el estudio de Buell y otros (1968) informó sobre la generalización de la respuesta en un niño en edad preescolar. La atención del profesor reforzó la conducta del niño de jugar al aire libre y no sólo aumentó la respuesta reforzada, sino que algunas conductas relacionadas, como mantener contacto y hablar con los otros niños, también aumentaron.

3.3. PROCEDIMIENTOS FACILITADORES DE LA GENERALIZACIÓN.

Stokes y Baer (1977) consideran que muchos teóricos han considerado la generalización como un fenómeno pasivo y no como una respuesta operante que puede programarse. En este trabajo desarrollan una noción de la generalización esencialmente pragmática que no sigue de cerca las concepciones tradicionales de Keller y Schoenfeld (1950) y del propio Skinner (1953). Considera la generalización el fenómeno de que ocurra una conducta relevante bajo condiciones diferentes a las de entrenamiento sin que se programe el entrenamiento de la conducta, o, en todo caso, con un entrenamiento adicional de coste o extensión claramente inferior al que tuvo lugar durante el entrenamiento inicial. Es el caso, por ejemplo, de los cambios de conducta que se consiguen en un centro educativo y que deseamos se generalicen al hogar. Se puede hablar de generalización si se logra que el cambio de conducta (p. e. pedir las cosas sin gritar) se mantenga en casa sin entrenamiento adicional alguno o con ciertas indicaciones dadas a los padres.

Stokes y Baer revisan la literatura y encuentran más de 120 estudios que recogen técnicas diseñadas para evaluar y programar la generalización. La técnica utilizada con más frecuencia por los investigadores, más del 50% de los estudios responden a ella, es la de *entrenar y esperar*. Es una técnica pasiva que responde a la concepción más tradicional de esperar que la generalización sobrevenga al entrenamiento. El mismo problema ven los autores en la técnica de *modificación secuencial*, que también ve la generalización como si fuera un fenómeno natural a esperar, pero en la que, si tras la evaluación no se detecta que la generalización se haya producido o es deficiente, se planifican intervenciones para conseguir los cambios deseados. Las siete categorías directamente relacionadas con una tecnología de la generalización, por las que los autores se decantan y que a nosotros nos interesan, son:

1. *Introducir al sujeto del cambio en un medio en que se den unas contingencias naturales para mantener el cambio*. De acuerdo con esta táctica la generalización puede ser programada de modo que las conductas tratadas se inserten en comunidades de reforzamiento natural que perfeccionen y mantengan estas habilidades sin una intervención terapéutica posterior.

2. *Realizar el entrenamiento en un número suficiente de situaciones, de personas y de conductas*.

3. *Entrenar imprecisamente*. Vendría a significar la negación de la técnica de discriminación. Se trataría de entrenar con relativamente poco control sobre los estímulos presentados y las respuestas consideradas correctas, para así maximizar la muestra de dimensiones relevantes para el *transfer* desde la situación de aprendizaje a otras situaciones o a otras formas de conducta. Un ejemplo formal de este procedimiento puede verse en Schroeder y Baer (1972).

4. *Hacer indiscriminable el uso de contingencias*. Este procedimiento está conectado con las características de los índices intermitentes de reforzamiento que es lo impredecibles que resultan. Los índices

intermitentes de reforzamiento hemos dicho que son más resistentes a la extinción que los índices de reforzamiento continuo. La resistencia a la extinción puede considerarse una forma de generalización, generalización transtemporal.

5. *La programación de estímulos comunes a la situación de entrenamiento y generalización.* Responde este procedimiento a la lógica de la generalización considerada como fenómeno pasivo. Si se considera que la generalización se producirá en la medida en que se den estímulos comunes, programemos el entrenamiento con estímulos comunes a las situaciones en que queremos se generalice la conducta o dispongamos el lugar de generalización de forma que tenga estímulos comunes con el lugar de entrenamiento.

6. *Mediar la generalización.* En esencia, esta técnica requiere establecer una respuesta como parte del nuevo aprendizaje que es probable que se utilice en otros problemas y constituirá comunalidad suficiente entre el aprendizaje original y el nuevo problema para dar como resultado la generalización. El mediador usado con más frecuencia es el lenguaje, pero en la literatura que revisan los autores su uso es raro. Dos ejemplos de este procedimiento se encuentran en Risley y Hart (1968) e Israel y O'Leary (1973).

7. *Entrenar para generalizar.* Se asume que si la generalización se considera una respuesta, se puede programar una contingencia de reforzamiento sobre ella lo mismo que se hace con cualquier otro operante.

CAPÍTULO 8. LA APLICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS OPERANTES EN UN CONTEXTO SOCIAL: LA ECONOMÍA DE FICHAS

1. INTRODUCCIÓN.

El término economía de fichas es una traducción de la expresión inglesa *token economy*. Token es la ficha que se introducía en una máquina automática para conseguir a cambio un objeto o función deseada: refrescos, helados, juguetes, contemplar un paisaje a través de u telescopio, etc.. Estas fichas eran similares a las que se utilizaban en los años sesenta en España para introducir en las cabinas de teléfonos públicos en vez del dinero o de las tarjetas que se utilizan ahora. Se evitaba utilizar monedas, como se pretende ahora con las tarjetas, para que las cabinas no contuvieran dinero que incitara al robo. Algunos autores han utilizado en vez de fichas vales canjeables y puntos (Ayllon y Azrin, 1968b; Walker y Buckley, 1974). Este sistema de organización de un ambiente y de reforzamiento de la conducta estiman Ayllon y Azrin que debería llamarse con más propiedad economía de reforzadores condicionados.

A pesar de que los programas de reforzamiento con fichas son relativamente recientes, la idea de ser recompensado por la realización de una buena conducta no es un innovación del siglo XX. En el siglo XVII se usaban ya premios como nueces e higos para recompensar los logros académicos y el aprendizaje de la Torah (Birnbaum, 1962). En la Inglaterra de principios del siglo XIX se otorgaban ilustraciones a los niños que pasaban de curso y, en nuestro país, los profesores han usado desde hace mucho tiempo estrellas para premiar el logro

académico y ha sido frecuente en los colegios contar con los cuadros de honor como medio de reforzar socialmente los rendimientos académicos y las conductas que los posibilitaban. Sin embargo, la distribución sistemática de premios y recompensas de forma organizada y con cierta frecuencia, no ha sido considerada como procedimiento terapéutico hasta fechas recientes. Antes que Staats desarrollara su programa de fichas con niños en 1959 (Staats, 1969) y de que Ayllon y Azrin lanzaran su programa de reforzamiento con fichas en pacientes psiquiátricos adultos en 1961 (Ayllon y Azrin, 1968a) existían muy pocos programas de este tipo.

La economía de fichas ha sido utilizada en numerosos ambientes y bajo variadas contingencias de reforzamiento de las que se han obtenido resultados alentadores. En la última década los sistemas de reforzamiento con fichas se han extendido a una diversidad de gentes en situaciones de necesidad de atención por razones de salud mental, de rehabilitación o por déficits educativos. La técnica de reforzamiento con fichas ha sido muy efectiva para modificar una extensa variedad de conductas tales como el retraimiento social, la agresividad, aptitudes para cuidar de sí mismo, la conducta de estudio, los logros académicos y la conducta perturbadora en clase.

En los años setenta se publicaron gran cantidad de estudios de economía de fichas siguiendo el trabajo innovador de Ayllon y Staats. Los estudios se han desarrollado con grupos o con una sola persona y en el ámbito de instituciones sean educativas, hospitalarias o carcelarias, en la que se ven implicados el diseñador de la economía de fichas y un conjunto variado de profesionales, profesores, enfermeras, funcionarios de prisiones, etc... que precisan de un entrenamiento y una supervisión para desarrollar convenientemente los programas.

2. LA TÉCNICA DE LA ECONOMÍA DE FICHAS.

2.1. COMPONENTES BÁSICOS DE LA ECONOMÍA DE FICHAS.

Los componentes que se pueden considerar básicos en una economía de fichas son los siguientes:

1. Una **lista de conductas-objetivo** a incrementar o reducir con indicación del número de fichas que los clientes pueden ganar o perder si las realizan.

2. **La ficha**: Es un estímulo, ya sea un objeto o un simple valor numérico, que representa algo que es canjeable por actividades u objetos valorados por las personas incluidas en la economía de fichas. En general, las fichas deben tener las siguientes propiedades:

a. Entenderse su valor con facilidad.
b. Ser fáciles de entregar.

c. Poderse identificar como pertenecientes a una persona en particular, sobre todo en los casos en que la economía de fichas se pone en práctica con un grupo de personas. Este requisito tiene como finalidad que no se negocie con las fichas y se cree una economía de fichas sumergida.

d. Requerir una labor de contabilidad mínima por parte del educador o terapeuta.

e. Poder entregarse de manera que distraiga lo menos posible de las tareas o conductas que deban realizarse.

f. Tener una cierta relación en su funcionamiento con el sistema de monedas real.

g. Poderse transportar sin problemas desde el lugar de entrega al área de canje.

h. Poder otorgarse con suficiente frecuencia como para asegurar el moldeamiento apropiado de la conducta deseada.

Con personas que puedan entender y recordar el significado de las puntuaciones, éstas son preferibles a las fichas de plástico u otro objeto canjeable porque hacen más fácil su utilización y manejo.

3. **Los reforzadores de apoyo**: Conjunto de reforzadores que pueden comprarse o intercambiarse por las fichas. Es importante y necesario contar con una amplia variedad de reforzadores de apoyo. Los reforzadores de apoyo a utilizar dependen totalmente del ambiente en que se desarrolle una economía y de los participantes en ella. Con niños se pueden utilizar dulces, baratijas, etc. Con adultos encerrados en una prisión, por ejemplo, los reforzadores cambiarían mucho. Habría que contar con tabaco, privilegios, encuentros vis a vis, etc.

4. **Principios rectores de la economía de fichas**: Conjunto de procedimientos y reglas que define las interrelaciones entre las conductas específicas que obtienen fichas y los reforzadores de apoyo por los que se pueden cambiar las fichas. Este conjunto de procedimientos debe ir cambiando conforme avanza el programa y debe contemplar el modo de suprimir la economía de fichas manteniendo las mejoras alcanzadas.

La ficha más importante de nuestra sociedad es el dinero y en nuestra sociedad existen normas que regulan su adquisición, distribución y cambio. La economía de fichas tiene en cuenta estos componentes de la economía general, pero, como su función es modificar la conducta, tiene en cuenta otros factores más complejos como son las técnicas para cambiar la conducta que también influyen en la efectividad de los programas. Por ejemplo, el costo de respuesta ha sido efectivo en la reducción de fases agresivas y en conductas de falta de puntualidad (Philips, 1968). Por otra parte, cuando los reforzadores de apoyo se aplican de forma no contingente sobre la conducta apropiada, ésta se deteriora (Burchard, 1967). Es posible que puedan usarse combinaciones de contingencias de grupo e individuales para producir cambios conductuales de mayor magnitud, pero las contingencias de grupo deben utilizarse con precaución porque existe la posibilidad de que un educando en particular: (a) no pueda realizar la conducta fijada como requisito; (b) sea presionado de forma excesiva por el grupo si no logra o contribuye a lograr las contingencias de grupo; (c) encuentre reforzante la subversión del programa.

2.2. OBJETIVOS DE LA ECONOMÍA DE FICHAS.

En establecimientos de tratamiento residencial un sistema de fichas puede ser una característica permanente del programa de rehabilitación. Simula las condiciones del ambiente natural del paciente fuera del centro. De esta forma se prepara a los pacientes para reincorporarse a sus roles personales, sociales y vocacionales dentro de la sociedad. Se trataría de crear un contexto óptimo para el aprendizaje que según Favell y McGimsey (1993) se define por ser atractivo, enseñar y mantener habilidades funcionales, mejorar los problemas de conducta, ser la alternativa menos restrictiva, ser estable, ser saludable y ser un contexto que los clientes eligen para vivir.

En la escuela, la economía de fichas es un procedimiento de tratamiento provisional o interino. El objetivo primordial es mejorar el aprendizaje y el rendimiento del educando dentro del ambiente de clase normal. Es un instrumento que se puede usar para educar mejor al niño con dificultades de aprendizaje pero no es un substitutivo de la enseñanza normal.

2.3. VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LA ECONOMÍA DE FICHAS.

Ventajas. Entre *las ventajas de la economía de fichas* podemos señalar las siguientes:

1. Permite reforzar inmediatamente después de que se realice una conducta sin perturbar el proceso de enseñanza. De esta manera la mayoría de las consecuencias que son naturalmente reforzantes para casi todos los educandos jóvenes (caramelos, frutos secos, muestras de afecto, contacto corporal, etc.), que perturbarían el proceso de enseñanza si se dieran durante la clase, pueden ser utilizados porque el educando sabe que tener un número determinado de fichas le asegura poder comprar un número determinado de reforzadores de apoyo.

2. Permite personalizar y diferenciar los reforzadores que cada participante recibe por realizar determinadas conductas. La efectividad de cualquier reforzador es un asunto individual. Lo que hace que un educando inicie una actividad puede hacer que otro la termine. Con una economía de fichas es posible proporcionar una variedad de reforzadores de apoyo que permitan satisfacer las preferencias individuales y éstos pueden ser realmente elegidos por los participantes en la economía de fichas. Más aún, con una economía de fichas se pueden utilizar reforzadores de apoyo que no son asequibles en el ámbito en que se trabaja o educa, como excursiones, esparcimientos especiales, ir al cine o ir a la piscina.

3. Permite flexibilizar y modificar los requisitos de reforzamiento de la conducta, requisitos que deben cambiarse para las diferentes etapas del aprendizaje. Sabemos que para iniciar un aprendizaje es necesario un reforzamiento frecuente, mientras que, en el caso de que se quiera mantener una conducta, sería preferible un reforzamiento no siempre contingente a dicha conducta. Con un sistema de fichas se puede encarecer un

reforzador de apoyo y hacer que el educando tenga que ganar, por ejemplo, cincuenta puntos para conseguir un reforzador de apoyo que antes costaba cuarenta. De esta forma, el mismo reforzador de apoyo puede respaldar un número mayor de reforzamientos contingentes a cada conducta. Una alternativa válida que permite la economía de fichas podría ser dar diez puntos en cinco ocasiones separadas para asegurar una economía más estable.

4. Otra ventaja de la economía de fichas es que permite graduar la relación entre el trabajo y la recompensa. Algunas tareas requieren más esfuerzo que otras en función de los distintos individuos y algunas recompensas son más valiosas que otras. Una economía de fichas da al profesor, educador o terapeuta una completa flexibilidad al fijar las retribuciones por realizar las distintas actividades contempladas en el programa de economía de fichas y el precio de la lista de reforzadores.

5. Además, los sistemas de fichas se pueden utilizar para fortalecer la efectividad de los reforzadores que se utilizan de forma habitual para mantener, por ejemplo, la conducta en clase como son la alabanza del profesor, el *feed-back* positivo o la satisfacción que produce realizar bien el trabajo.

6. Los sistemas de fichas finalmente, por permitir graduar y poner al alcance de cualquiera la adquisición de fichas, pueden proporcionar a los educandos las habilidades que necesitan para ganar reforzadores que, generalmente, están más a mano, como las buenas notas o la aprobación de los profesores, de los padres y de los compañeros. Con esta habilidad adquirida los reforzadores que normalmente estaban a mano se hacen importantes para los educandos difíciles y, una vez que sus habilidades se han hecho adecuadas para ganar reforzadores sin gran dificultad, es posible ir reduciendo progresivamente el número de reforzadores e ir haciendo desaparecer el programa de fichas hasta eliminarlo por completo. Una economía de fichas puede ser una parte temporal, pero potencialmente poderosa, del proceso instructivo.

Inconvenientes. Entre *los inconvenientes de la economía de fichas* pueden contarse:

1. Entender la economía de fichas como un soborno. Algunos educadores consideran el reforzamiento con fichas y el reforzamiento en general como una forma de soborno, porque se está pagando a los educandos por hacer lo que es su obligación. En estos casos se está suponiendo que los educandos deben participar en una actividad social y académica sin el uso de recompensas especiales. Se está exigiendo de este modo a los educandos que trabajen por motivación intrínseca, por el reforzamiento social o, en todo caso, por una recompensa externa lejana que se producirá cuando encuentre un trabajo y gane su primer sueldo. Se les está pidiendo más que a los mayores, que no suelen trabajar a menos que se les pague a fin de mes y que suelen recibir complementos salariales en función de la productividad y rendimiento en el trabajo. Cuando se piensa cuidadosamente lo que es un soborno, parece claro que un reforzamiento por fichas no es un soborno. Un soborno implica recibir un incentivo por hacer algo ilegal. Éste, difícilmente, es el caso del reforzamiento con fichas.

2. Puede parecer injusta. Algunas veces los profesores son reacios a usar técnicas de reforzamiento con fichas con algunos alumnos de la clase, porque les parece injusto que, por la misma conducta, se refuerce a unos alumnos y a otros no. La cuestión latente es: ¿no se estará enseñando al alumno *bueno* a portarse mal, para conseguir de esta forma fichas y sus reforzadores de apoyo correspondientes?. Hay poca evidencia de que los alumnos consideren injusto el uso de fichas para ayudar a algunos alumnos *malos*, o de que los alumnos *buenos* se porten mal para conseguir premios. Generalmente, los compañeros aceptan sin dificultad el caso de un *niño-problema* que recibe una ayuda especial sobre la base de que se trata de sacar de un bache a un alumno o de incorporar a la marcha normal de la clase a un alumno que viene con retraso.

3. El alumno podría intentar controlar la economía. Puede ocurrir en algunos casos que la persona o personas a las que se administra una economía de fichas lleguen a controlar la situación actuando sólo en los casos necesarios para conseguir la recompensa que en ese momento quiere obtener. Para salvar esta deficiencia se cuenta, en principio, con la experiencia del terapeuta que, con sumo cuidado, tacto y experiencia, podría evitar esa posible circunstancia.

3. PROCEDIMIENTOS PARA DISEÑAR Y PONER EN PRÁCTICA UNA ECONOMÍA DE FICHAS.

Decíamos más arriba que los componentes básicos de la economía de fichas eran un reforzador condicionado (la ficha), que se entregaba tras realizar una conducta previamente definida, los reforzadores de apoyo por los que se intercambiaban las fichas y los principios rectores de la economía de fichas, que regulaban cómo se ganaban las fichas y cómo, cuándo y por qué reforzadores de apoyo se podían cambiar. Estos principios rectores son los que comentamos a continuación.

3.1. ESPECIFICACIÓN DE UNIDADES DE CONDUCTA REFORZABLES:

Tanto el educando como el educador necesitan saber qué conductas ganan fichas. El educando necesita saberlo para poder actuar de forma que pueda ganar un reforzador. Las unidades de conducta reforzables pueden ser una respuesta aislada, una respuesta de grupo, o un segmento en el caso de una conducta que ocurre de forma continuada. De acuerdo con las características propias de la modificación de conducta, las unidades de conducta reforzables deben poder ser descritas sin ambigüedades.

El primer paso es hacer una lista de objetivos generales. El segundo paso es el más crucial. Consiste en la especificación diaria o semanal de los objetivos y el valor de las fichas para cada objetivo. Hacer bien este ejercicio comporta alguna práctica de ensayo y error. Primero hay que saber qué es lo que el educando puede hacer habitualmente. Esto puede averiguarse con la utilización de tests de diagnóstico, exámenes informales de aptitudes y observaciones de conducta que permitan establecer una línea base con actividades libres y actividades tipo. A medida que los participantes en la economía de fichas progresan, se van haciendo ajustes en el sistema.

La economía de fichas se puede establecer en función de la calidad o cantidad del trabajo a realizar, si se trata de una economía montada para mejorar el rendimiento, o de la bondad/normalidad de la conducta a desarrollar, si se trata de mejorar el comportamiento de alguien. Por ejemplo, en una economía de fichas montada para mejorar el rendimiento académico se puede determinar dar cinco fichas por cada tema completado correctamente, o también puede darse una ficha por cada uno de los diversos componentes del tema de manera que permita fraccionar y valorar por separado las tareas comprendidas en el tema. Una tercera alternativa puede ser dar una ficha por cada conducta o tarea completada y una ficha de bonificación por la exactitud.. Cuando se refuerza con el criterio de *trabajo correctamente finalizado por el educando*, el trabajo debe ser corregido inmediatamente para que así pueda darse *feedback* sobre los errores.

Algunas reglas generales que pueden seguirse para especificar la conducta objetivo podrían ser las siguientes:

1. Especificar tanto la cantidad como la calidad de la ejecución requerida.
2. Gradualmente hacer mayores los fragmentos de conducta que ganan reforzadores.
3. Usar los programas de razón para conductas discretas y los de intervalo para conductas continuas.
4. Establecer las metas de cada educando de forma que todos tengan las mismas oportunidades de ganar fichas. Esto significa que el educador debe ajustar los requisitos de la actividad a cada educando y hacer que sea posible reforzar pequeñas mejoras.
5. Mantener informados a los educandos de las metas que se pretenden.

3.2. IDENTIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE REFORZADORES DE APOYO APROPIADOS.

La identificación de los reforzadores de apoyo apropiados es un componente importante para un sistema de economía de fichas. Las actividades reforzadoras pueden ser, en el caso de educando pequeños, materiales para facilitar el juego y objetos de consumo. Es del mayor interés que el educador tenga presente la importancia de proporcionar continuamente reforzamiento social en forma de elogios, sonrisas, atención, etc. para apoyar, apropiadamente, la conducta que se está tratando de instaurar o fortalecer.

Los reforzadores de apoyo pueden clasificarse como reforzadores disponibles en las instalaciones o centros en que se desarrolla el programa sin necesidad de comprarlos (actividades o privilegios) y como reforzadores que se pueden adquirir en tiendas (materiales de juego y objetos de consumo).

Para asegurarse de que los reforzadores de apoyo sean efectivos, hay que hacer que las personas sujetas a una economía de fichas tomen parte en su selección. Un camino para ello es hacer que los participantes

confeccionen una lista en que se recojan los reforzadores de apoyo que les gustaría conseguir y que los clasifiquen por orden de importancia. Como, en general, lo que se dice no siempre es igual a lo que se hace, es importante conocer las preferencias reales. Para ello es necesario hacer revisiones de la lista de reforzadores y de sus precios y, de acuerdo con la ley de la oferta y la demanda, ir cambiando los precios de los distintos reforzadores de apoyo.

Otro procedimiento es permitir que prueben los reforzadores antes de confeccionar la lista.

Una lista típica de reforzadores de apoyo para cambiar por fichas puede contener de 6 a 20 artículos. Hay que procurar que todos los reforzadores que figuran en la lista resulten atractivos. Para ello se sacan de la lista los que se demandan poco a pesar de su bajo precio y se añaden nuevos artículos, reforzadores de apoyo, de vez en cuando. También hay que evitar la monotonía introduciendo algunas sorpresas.

3.3. REGLAS CONCERNIENTES A LOS REFORZADORES DE APOYO DE LA CONDUCTA.

Este punto se centra, de forma concreta, en determinar las conductas que deben realizar los educandos, el número de fichas que ganarán por cada una de ellas y qué premios o reforzadores de apoyo podrán canjear por las fichas de que dispongan.

Determinar el objetivo general de una economía de fichas y las conductas concretas en que estos objetivos se materializan responde a los principios generales del enfoque operante que no vamos a repetir aquí.

Los principios de reforzamiento a seguir en una economía de fichas se ajustan también a los usos generales en el modelo operante. Al principio del programa puede ser adecuado dar fichas más frecuentemente y permitir así que los educandos ganen más reforzadores, pero debemos tener en cuenta que una economía de fichas no es un sistema fijo, sino un sistema elástico que debe mantenerse en equilibrio. Así pues, tenemos que saber que si los participantes acumulan demasiadas fichas, no sienten la necesidad de trabajar para ganar fichas ni reforzadores de apoyo. En estos casos el terapeuta debe, en primer lugar, encontrar reforzadores en los que los educandos quieran gastar sus fichas. También, si algunos artículos están realmente *calientes* y en demanda, se pueden aumentar los precios en la próxima revisión para que se hagan menos asequibles. Además hay que eliminar aquellos artículos que no se compran, o bien reducir su precio, si se estima que la razón de no solicitarlos es que el precio resulta excesivo.

Según como evolucionen las aptitudes y cómo mejoren los hábitos de trabajo, la cantidad de trabajo requerida debe ser gradualmente aumentada, de modo que los educandos estén trabajando más tiempo por menos fichas.

3.4. SELECCIÓN, USO Y CAMBIO DE FICHAS.

El criterio número uno para seleccionar el tipo de fichas debe ser la facilidad de uso y la conveniencia para el educador. Se pueden utilizar como reforzadores condicionados en la economía de fichas, puntos, fichas de plástico o cartulina, marcas sobre una cartulina sujeta al pupitre, etc.

Para el uso provechoso de las fichas, propiamente dichas, debemos hacer una serie de consideraciones:

1. Valorar las fichas: Hay que enseñar a los educandos su valor. Para ello es conveniente hacer un canje en presencia del educador o del responsable máximo de la economía de fichas..
2. Antes de hacer entrega de las fichas elogiar el logro alcanzado por el educando y significar la importancia de la recompensa.
3. No regatear precios, es decir, evitar que el educando nos chantajee en los intercambios. Un buen procedimiento en estos casos es ignorar cualquier propuesta.
4. Comprobar y corregir las tareas antes de entregar las fichas para que se refuerce por un trabajo que realmente lo merece.
5. Elogiar los éxitos de los educandos ante la presencia de otras personas. Estas otras personas pueden ser los propios compañeros o adultos revestidos de importancia para el educando como el director del colegio, sus propios padres, etc.
6. Evaluar cuidadosamente a los educandos que no consigan las fichas que se espera, así como las posibles razones por las que no las han conseguido. Tras esta evaluación cabe modificar la economía de fichas, si se considera necesario.

3.5. USO DE CONTINGENCIAS PUNITIVAS.

El educador podrá penalizar las conductas indeseables mediante alguna de las técnicas previamente expuestas. Las más utilizadas cuando está en vigor una economía de fichas son el costo de respuesta y el aislamiento.

1. *Costo de respuesta*. Si se usa una penalización de costo de respuesta deberá explicarse de antemano a qué conductas se aplicará el costo. Los educandos deben ser informados con detalle acerca de qué conducta dará lugar a que les resten puntos. Estas conductas deben discutirse detalladamente con los participantes en el programa, de forma que se conozcan antes de que el programa comience. Como es lógico las conductas que supongan transgresiones más graves deben dar lugar a una pérdida de puntos mayor que las que signifiquen transgresiones más leves.

En la aplicación del costo de respuesta, los participantes deben saber inmediatamente qué conducta es la que ha dado lugar a la pérdida de puntos y el número real de puntos perdidos. En la aplicación del costo de respuesta no se debe discutir con el educando acerca de los puntos perdidos o ganados. El intercambio de palabras debe reducirse al mínimo para evitar los efectos del enfado que suele generar la pérdida de fichas o puntos. Si se da la oportunidad de discutir, el educando de cierta edad podría cuestionar no sólo la sustracción de fichas o puntos sino la propia implantación de la economía de fichas y, aunque ésta puede discutirse sin duda, no es conveniente hacerlo cuando se está molesto.

Hay que saber que nunca se deben sustraer puntos cuando el participante tenga un total de cero puntos. En esta situación se produciría una acumulación de puntos negativos que reduciría la motivación del educando para seguir trabajando y ganar puntos, pues estos puntos que ganara serían para pagar las deudas contraídas. Por ello, cuando se tengan cero puntos o cero fichas y haya que penalizar una conducta, es mejor usar el aislamiento o alguna otra contingencia para la conducta inapropiada.

Aislamiento. Es importante tener un lugar o una habitación dedicada al aislamiento, que debe estar desprovista de cualquier cosa de interés para el educando como libros, vistas a la calle, pizarras, etc. Debe también estar separada de las demás, y al mismo tiempo, suficientemente cerca del educador para que éste pueda vigilar. El aislamiento, como hemos indicado con anterioridad, no consiste tanto en castigar como en privar al educando, por cortos períodos de tiempo, de oportunidades más interesantes que puedan darse en la clase o lugar de estancia común o habitual de los participantes en el programa.

Como en cualquier otro tipo de penalización, a los participantes se les debe explicar qué conductas dan lugar a la penalización con aislamiento e incluso expulsión del sistema de economía de fichas. Si se dan tales conductas, el transgresor debe ser llevado al lugar de aislamiento y requerirle que permanezca allí hasta que cumpla las condiciones de aislamiento impuestas.

3.6. OTRAS CONSIDERACIONES EN CUANTO A LA ECONOMÍA DE FICHAS.

Las contingencia de grupo. Las contingencias de grupo proporcionan una base para conseguir la colaboración de los otros miembros del colectivo en un programa de cambio de conducta. Una contingencia de grupo especifica algún criterio que todos los miembros de un colectivo deben alcanzar para acceder a un reforzador de grupo. Se deben utilizar sólo cuando se sabe que todos los educandos pueden alcanzar el criterio y deben ser cuidadosamente planificados para evitar que se ejerza desde el grupo una presión indebida sobre algún miembro del grupo que pudiera fallar en la colaboración requerida para que el grupo consiga la consecuencia establecida. La presión del grupo sobre algún participante concreto puede superarse haciendo depender la contingencia de grupo de los resultados de una observación aleatoria desconocida para el grupo. Por ejemplo, cada

día se observa de forma aleatoria la conducta de dos miembros del grupo a los que sólo conoce el observador (del Pino, Gutiérrez y Lugo, 1983).

Conservación de registros. Es importante conservar registros del sistema de economía de fichas para saber qué es lo que está ocurriendo en ella. Respecto a cada participante se deben registrar: a) los puntos ganados cada día; b) los puntos gastados al día; c) los puntos diarios perdidos; d) los puntos acumulados durante el día; e) la naturaleza y número de los tiempos fuera de la economía de fichas; f) el número de reforzadores adquiridos cada semana.

Mantenimiento de los beneficios alcanzados cuando se empieza a abandonar el sistema de fichas. En un momento determinado es normal que se dé por terminado un sistema especial de reforzamiento como es el de fichas y que los educandos vuelvan a un medio ambiente más normalizado, donde, para mantener la motivación, se usen los elogios, los logros educativos, las notas y las actividades agradables. Para facilitar el mantenimiento de las consecuencias obtenidas cuando el programa se haya terminado, hay una serie de procedimientos que pueden usarse durante un programa de fichas. Entre ellos están:

La atenuación. El número de puntos dados cada día puede ser gradualmente reducido a cero mediante el procedimiento, por ejemplo, de reducir las fichas que se dan cada día en un 5%.

El reforzamiento intermitente, esto es, cambiando lentamente a programas intermitentes de intermitencia más prolongada. Así la posibilidad de mantener la conducta se ve aumentada.

Transferencia de los reforzadores de control. La transferencia del control de la conducta desde los reforzadores de apoyo de las fichas a los reforzadores sociales y a autorreforzadores facilita la vuelta a un sistema natural de contingencias de reforzamiento. Para facilitar esta transferencia se van apareando poco a poco reforzadores tales como elogios, atención del educando, el reconocimiento de los logros y las buenas notas con la entrega de fichas. De esta forma y lentamente los educandos serán menos dependientes de reforzadores materiales externos.

Establecer el uso de registros propios. El uso de autorregistros por parte de los educandos facilita *feedback* informativo que ayuda a autorreforzar el progreso en el programa.

Información a los responsables de los educandos. Cualquier programa especial de esta clase debe ser explicado a quienes tienen la responsabilidad sobre los participantes en el programa. Desde el momento en que conceptos tales como aislamiento, puntos y recompensas especiales son nuevos para los responsables de los educandos, el valor de estas técnicas debe ser cuidadosamente explicado. Cuando se presenta un nuevo camino de educación individualizada, como es la economía de fichas, y se explica bien los responsables de los participantes y,

en general, los padres no suelen tener problemas en aceptarlo. Es más, esta forma de plantearlo puede ofrecer una excelente oportunidad de implicar a los padres en el programa.

3.7. GENERALIZACIÓN.

Cualquier programa de cambio de conducta no pretende sólo el cambio actual y situacional, sino que pretende también la generalización a distintas situaciones, *generalización transituacional*, a lo largo del tiempo, *generalización transtemporal*, y a otras conductas, *generalización transconductual*. Esta generalización, si se quiere obtener, debe programarse. Algunos elementos que deben incluirse en esta programación orientada a la generalización son:

1. Proporcionar un buen programa académico en los casos en que se trabaja para enriquecer repertorios de conducta deficientes.
2. Infundir a los educandos confianza de que son capaces de hacer bien las cosas.
3. Procurar que los educandos ayuden a seleccionar las conductas que habrán de reforzarse y, conforme avanza el programa, intentar que los educandos participen en la especificación de las contingencias de reforzamiento.
4. Enseñar a los educandos a evaluar su propia conducta.
5. Retirar las fichas y los reforzadores de apoyo de forma gradual a medida que se introducen reforzadores naturales.
6. Reforzar al educando en una variedad de situaciones y reducir la discriminación entre la situación reforzada y la no reforzada.

4. EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS DE FICHAS:

No vamos a evaluar en este punto la efectividad de los programas de economía de fichas. Una consideración detallada de este aspecto requeriría mucho espacio ya que han sido muchos los campos de aplicación. Se ha trabajado y hay demostraciones de la eficacia de la economía de fichas en la reducción de trastornos emocionales en grupo (O'Leary y Becker, 1967) y en reducir conductas inadecuadas en delincuentes institucionalizados (Meichenbaum, Bowers y Ross, 1968). También se ha trabajado con éxito en incrementar la conducta de estudiar en niños de preescolar de inteligencia superior a la media (Bushell, Wrobel y Michaelis, 1968) y en niños hiperactivos de inteligencia normal de cursos equivalentes a nuestra actual enseñanza primaria (Walker, Mattson y Buckley, 1971). El incremento del rendimiento académico también fue trabajado con éxito por Birnbrauer y otros (1965) en un programa de enseñanza programada y Tyler y Brown (1967) informaron de cambios significativos en la conducta académica de jóvenes delincuentes.

En los estudios referidos más arriba se puso de manifiesto también que algunos participantes no vieron cambiada su conducta con la introducción del programa de fichas (p. e., Zimmerman, Zimmerman y Russell, 1969). Este resultado no debe llevarnos a concluirse que la conducta de dichos niños no puede ser influida por los programas de fichas. Más bien habría que concluir que el investigador quizá no supo o no pudo tener el control sobre las variables apropiadas. Como Zimmerman, Zimmerman y Russell (1969) apuntan: "un programa de reforzamiento con fichas... es de hecho una serie compleja de procedimientos que demanda mucha atención de un profesor y que incluye un vasto número de elementos de estímulo y de variables ambientales". Por ello, en este punto vamos a atender a las variables que influyen en la efectividad de los programas de fichas.

Entre las variables que influyen en la efectividad de los programas de economía de fichas hay que distinguir las que se refieren al educador o conductor de los programas concretos y las referidas al educando o sujeto de los programas.

4.1. VARIABLES REFERIDAS A LOS RESPONSABLES DEL PROGRAMA.

Entre las variables que afectan a la efectividad de la economía de fichas referidas a los responsables de los programas se ha reconocido como un aspecto muy importante el entrenamiento del equipo que administra una economía de fichas para desarrollar con competencia sus distintas funciones. Esta importancia se ha venido fortaleciendo mediante demostraciones de que la correcta administración de las contingencias por parte del equipo correlaciona directamente con el cambio de conducta de los clientes. También se consideran variables importantes por parte del educador o de los miembros del equipo de una economía de fichas: a) la habilidad para elogiar conductas adecuadas e ignorar las conductas que deban extinguirse si no están contempladas entre las que tienen un coste de respuesta; b) el valor reforzante del educador. El valor de los elogios como reforzadores condicionados, importantísimos en la economía de fichas, depende del valor reforzante que tenga la persona que los dispensa; c) las expectativas del profesor. El hecho de que el profesor comunique que tiene expectativas de éxito sobre sus alumnos influye en el éxito de estos (efecto Rosenthal).

Para entrenar al equipo se han evaluado varios métodos que incluyen: variación de las instrucciones, modelado e imitación, reforzamiento directo usando la atención y muestras de aprobación, *feedback* informativo, privilegios especiales o fichas, etc. Los procedimientos que emplean varias técnicas e incluyen entre ellas reforzamiento directo de la ejecución personal han sido especialmente efectivos (Bernstein, 1982).

También se ha visto que por el hecho de administrar la economía de fichas se logran actitudes más positivas en los miembros del equipo que con otras técnicas convencionales. Por ejemplo, la administración de una economía de fichas ha sido asociada con un incremento de la aprobación verbal y no verbal del equipo hacia la conducta apropiada de los clientes y con una reducción de la desaprobación y retirada de privilegios por conductas inapropiadas (Boegli y Wasik, 1978; Breyer y Allen, 1975). Otros efectos de la aplicación de la economía de

fichas por el equipo han sido la presencia de actitudes más positivas hacia los pacientes y hacia el tratamiento (Milby, Pendergrass y Clarke, 1975) y el cambio de atmósfera del espacio en que esté en vigor la economía de fichas (Wilckinson y Reppucci, 1973).

4.2. VARIABLES REFERIDAS A LOS PARTICIPANTES EN EL PROGRAMA.

Algunas personas no responden a las contingencias. Ayllon y Azrin (1965) exponían que el 18% de sus pacientes (psiquiátricos crónicos) no respondían. Estos datos fueron corroborados, como puede verse en Hemsley (1978) en otros pacientes como retrasados mentales, escolares y delincuentes. Posteriores investigaciones han examinado la posibilidad de que determinadas variables del sujeto influyan a la hora de responder o no ante el programa de economía de fichas, pero las evidencias no son consistentes. Algunas variables más bien estructurales son:

a) *El número de participantes en el programa*. El número elevado de participantes en los programas de fichas correlaciona positivamente con la severidad de los problemas conductuales que pueden presentarse. Además hay que saber que la perturbación debida al número de participantes en un los programas puede frenarse, en gran medida, si se empieza el programa de fichas con pocos educandos y, a medida que se logra el control del medio en que se desarrolla el programa, se van agregando nuevos participantes.

b) *La resistencia generada por el programa en los participantes*. La resistencia al programa se refiere a las quejas del cliente respecto al programa debido a que, al iniciar la economía de fichas, se retienen en muchos lugares y bajo diversas condiciones reforzadores que antes se recibían libremente sin depender de ninguna condición o ejecución concreta. En algunos casos se podrían estar negando los derechos que el paciente tiene en una institución determinada (Martín, 1975). La resistencia se puede evitar dando al cliente la opción de dejar el programa sin penalización (Ayllon y otros, 1979). También, haciéndoles participar en la selección de los premios y en la negociación de las contingencias (Karraker, 1977; Kazdin, 1980b). Especialmente hay que contar con ofrecer reforzadores que no formen parte de las disponibilidades habituales de la institución y que, además, sean particularmente atractivos. Para operacionalizar la resistencia del cliente se podrían medir las reacciones de éste al programa (Wolf, 1978). La relación entre las reacciones del cliente a los programa y la responsividad a las contingencias podría ser evaluada más sistemáticamente que lo que ha sido hasta ahora en la investigación publicada.

4.3. VARIABLES REFERIDAS AL PROGRAMA.

Últimamente se piensa que la falta de respuesta se debe más al programa elaborado que al propio cliente. La respuesta deseada puede conseguirse variando las contingencias del programa o el propio programa. Una variable que influye en el programa parece ser la cantidad o magnitud de los reforzadores. El incremento en el

número de fichas o del valor de los acontecimientos reforzantes incrementa la responsividad del cliente (Ayllon y otros, 1979). Otros procedimientos que mejoran la responsividad de los clientes son darles a probar el reforzador de apoyo de forma no contingente a una conducta objetivo del programa para que de esta forma esté más motivado a participar en el programa y así conseguir alguno de los reforzadores de apoyo (Ayllon y Azrin, 1968a y 1968b) o permitir a los clientes que preseleccionen los reforzadores de apoyo (Kazdin y Geesey, 1980). Aspecto importante parece ser también el que no se produzca una alta inflación en la economía, esto es, que no se permita acumular un número excesivo de fichas a los clientes (Hung, 1977).

La responsividad a un programa de fichas puede mejorarse también implicando a los compañeros en el programa. Por ejemplo, permitiendo a los compañeros participar de las contingencias ganadas por un individuo particular (Kazdin y Geesey, 1977). También parece mejorar la ejecución usar un sistema de fichas administrado por los compañeros (Phillips y otros, 1973).

Otras variables que influyen en la efectividad de la economía de fichas y que deben tomarse en consideración al elaborar un programa son la posición socioeconómica, la edad y el cociente intelectual de los participantes junto al tipo de problemas que se pretenda tratar.

5. VALORACIÓN DE LA ECONOMÍA DE FICHAS.

La economía de fichas ha perdido interés para los investigadores en los últimos veinte años. Para convencerse de ello no hay más que ver en los últimos años los índices de revistas que podrían dar cabida a este procedimiento terapéutico. Glynn (1990) atribuye la pérdida de interés, a pesar de la eficacia de la economía de fichas en el campo de los trastornos psiquiátricos, al resurgir del modelo médico en el tratamiento de la enfermedad psiquiátrica seria. La pérdida de interés en otros campos estimamos que puede deberse a las dificultades de establecer un control estricto sobre los contextos en que se desarrollan los programas de economía de fichas. El hecho de que el desarrollo de la economía de fichas se haya visto frenado hace que nuestra valoración se centre más en aspectos relevantes detectados hasta los años 80.

Kazdin y Bootzin (1972) evaluaron las investigaciones en economía de fichas e identificaron una serie de características relevantes que debían tomarse en consideración para mejorar la eficacia de la economía de fichas como procedimiento terapéutico. Entre ellas incluyeron: a) la identificación de los componentes terapéuticos eficaces; b) la necesidad de entrenamiento del personal para aplicar la economía de fichas; c) superar las resistencias de los participantes; d) promover el mantenimiento de los resultados a largo plazo y la transferencia de los resultados fuera del ámbito del entrenamiento. Con posterioridad a la fecha de la revisión de Kazdin y Bootzin se han producido algunos avances que comentamos basándonos en el trabajo de Kazdin (1982 b).

5.1. MEJORA DE LOS EFECTOS DE LA ECONOMÍA DE FICHAS.

Uno de los avances más notorios en la década de los 70 fue la extensión desde las áreas que ya habían recibido atención a diversas subpoblaciones. Por ejemplo, dentro de la población psiquiátrica, la economía de fichas se extendió desde los pacientes crónicos a los agudos (Gershone y otros, 1977) a los síndromes cerebrales (Murphy, 1976), a los trastornos psicosomáticos (Wooley, Blackwell y Winget, 1978) y a los niños autistas (Hung, 1977) por mencionar sólo unos pocos. También se extendió a nuevas áreas de investigación tales como la medicina conductual (Ferguson y Taylor, 1980), la ecología conductual (Lloyd, 1980), la psicología comunitaria (Glenwick y Jason, 1980) y la psicología geriátrica (Hussian, 1981).

La extensión de la economía de fichas ha sido también evidente en el número de estudios que compara la economía de fichas con otras intervenciones (Stoffelmayr, Faulkner y Mitchell, 1979) y en el número de estudios que examina los beneficios potenciales de combinar la economía de fichas con otros procedimientos (McCreadie, Main y Dunlop, 1978). La extensión más notoria ha sido la aplicación de la economía de fichas a más amplia escala. Quizás la aplicación más amplia haya sido el programa de Análisis de Conducta "Follow Through" para chicos retrasados de la escuela primaria (Bushell, 1978). Otros programas, aunque a escala más pequeña, representan también extensiones notorias de la economía de fichas por el hecho de que abarcan escuelas enteras (Boegli y Wasik, 1978) y clases de varios centros diferentes (Rollins y otros, 1974).

5.2. EFECTOS A LARGO PLAZO.

Los éxitos en la generalización y mantenimiento de la conducta han sido de especial interés en la economía de dichas por diferentes razones: a) la eficacia de la economía de fichas, a menudo, se evalúa mediante diseños experimentales ABAB en que la intervención se suspende temporalmente para observar si, como consecuencia de esta interrupción, la conducta vuelve a un nivel cercano a la línea base en la fase de supresión del tratamiento. Estos diseños hacían que durante el proceso de evaluación las ventajas o ganancias del programa se perdieran total o parcialmente; b) el ambiente creado en el tratamiento difiere dramáticamente del usual al que volverán los participantes, por lo que es lógico esperar poca generalización desde la situación de tratamiento a los lugares de no tratamiento. Ante estos hechos en la década de los 70 hubo numerosos estudios con seguimientos prolongados que mostraron que las ganancias no se pierden inevitablemente. Paul y Lentz (1977) con pacientes psiquiátricos crónicos, Heaton y Safer (1982) y Safer, Heaton y Parker (1981) con escolares adolescentes mostraron la vigencia de programas tres o cuatro años después de finalizado el tratamiento.

No puede, sin embargo, afirmarse que los resultados del seguimiento sean debidos especialmente al programa de economía de fichas por una serie de razones:

1. Los programas de economía de fichas son solo una parte de un programa más amplio, en que se incluye, cuando se trabaja con escolares, el pequeño tamaño de la clase, la instrucción individual, la implicación de los padres en el desarrollo de la clase, los reforzadores entregados en el hogar, etc.

2. En algunos casos, las ventajas se mantienen después del tratamiento en unas áreas sí y en otras no, por lo que un programa no puede ser evaluado sólo por la conservación de las ventajas.

3. En los seguimientos a largo plazo las experiencias de intervenciones previas pueden confundir los efectos propios de la economía de fichas. En consecuencia, no es sorprendente que algunos investigadores adviertan de que los programas de economía de fichas, aunque tengan un impacto inmediato, no tengan efectos sobre ejecuciones futuras a menos que los ambientes a los que la persona vuelve promuevan la continuación de las ganancias (Bushell, 1978, Kirigin y otros, 1982).

Como conclusión podemos decir que hoy día no es enteramente predecible si los efectos de una intervención mediante economía de fichas se mantendrá, por lo que es necesario conocer estrategias especiales para el mantenimiento y extensión de las ganancias. Estas estrategias comprenden:

a) Retirar la economía de fichas gradualmente de tal manera que las conductas pueden ser mantenidas con reforzadores menos directos. b) Reforzar conductas en situaciones variadas para que las conductas que se emiten no estén restringidas a un rango limitado de estímulos.

c) Sustituir progresivamente las fichas por reforzadores que ocurran naturalmente como alabanzas, actividades, etc.

d) Alterar el índice y demora de los reforzadores para hacer menos probable la extinción.

e) Usar a los clientes y compañeros como agentes reforzantes para mantener la ejecución a través de una variedad de situaciones.

5.3. INTEGRIDAD DEL TRATAMIENTO.

Los ingredientes esenciales para comenzar una economía de fichas incluyen identificar las conductas-problema, el medio de intercambio (las fichas) y los reforzadores de apoyo y especificar las relaciones y reglas por las que se rigen la ejecución, la ganancia de fichas y la adquisición de reforzadores. Cuando se hace una aplicación íntegra del programa el éxito se ha atribuido a contingencias específicas más que a cómo se ha dirigido el programa. Últimamente se están utilizando procedimientos para supervisar el desarrollo de los programas y están resultando cruciales para el desarrollo de los programas de economía de fichas. Este aspecto puede considerarse en el programa de Paul y Lentz (1977) que produjo marcados cambios en pacientes psiquiátricos crónicos. En él se contemplan los siguientes aspectos: a) entrenamiento extensivo del equipo que iba a desarrollar el tratamiento; b) amplia supervisión del tratamiento para asegurar que los tratamientos eran administrados tal y como se habían planificado; c) inclusión en el programa de varias personas ajenas al equipo usualmente encargado de desarrollar el

trabajo con los internos; d) utilización de procedimientos de tratamiento relativamente complejos tal como requerían las dificultades de los problemas clínicos tratados.

Los programas que se han desarrollado sin cuidar el desarrollo de los mismos han fracasado. Por ejemplo, Bassett y Blanchard (1977) informan de un programa de economía de fichas que falla cuando el director toma unas vacaciones y dirige el programa mediante una consultoría. De forma similar, Scheirer (1981) describe un programa para mujeres pacientes psiquiátricas crónicas que falla, en parte, porque falta quien supervise el trabajo día a día. Por ello puede decirse que, en general, los efectos poderosos de la economía de fichas pueden deberse en parte a los procedimientos incluidos para asegurar la integridad del tratamiento. Quizás una condición mínima sea supervisar mediante una continua recogida de datos la conducta del equipo y del paciente. Esta recogida de datos es prácticamente imposible en muchos centros a menos que se cuente con consultores y personal ajeno a los centros.

5.4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y ORGANIZATIVOS.

Los programas de economía de fichas, frecuentemente, se llevan a cabo en instituciones tales como escuelas, psiquiátricos y centros para retrasados mentales. Los programas deben ser operativos dentro de los límites que suponen las estructuras organizativas, las jerarquías administrativas y los procedimientos regulatorios externos de estas instituciones. Estos aspectos condicionan el desarrollo de los programas de modificación de conducta en general y, lógicamente, también los programas de economía de fichas. McMillan y Kolvin (1977) señalan las siguientes presiones y resistencias a vencer: a) la resistencia de la institución a toda intromisión; b) la presión externa de tipo social y político que se ejerce sobre los centros e instituciones; c) las dificultades de comunicación entre profesionales de diversa extracción; d) la existencia de personal interpuesto entre el terapeuta y el cliente, y el educando y el educador que son los componentes que habitualmente se contemplan en los trabajos de laboratorio; e) la limitación de recursos materiales para disponer de reforzadores y de personal para observar y registrar conductas y la marcha del propio programa.

5.5. DISEMINACIÓN DE LA ECONOMÍA DE FICHAS.

Si pretendemos que la economía de fichas sea ampliamente adoptada no es suficiente con demostrar que es efectiva, es preciso promocionarla. Las características de los programas que pueden contribuir a una amplia adaptación han sido presentadas por Fawcett, Mathews y Fletcher (1980) en el contexto de la psicología comunitaria conductual. Estos autores se refieren al uso de la *tecnología apropiada*. Las intervenciones que son contextualmente apropiadas y tienen probabilidad de ser adoptadas deben ser: a) efectivas; b) poco costosas; c) descentralizadas y controladas por participantes locales; d) bastante flexibles como para permitir la aportación local; e) sostenibles con recursos locales más que con recursos foráneos; f) relativamente simples y comprensibles y g) compatibles con los valores y objetivos existentes y las necesidades percibidas por el entorno.

CAPÍTULO 9. EVOLUCIÓN DEL ANÁLISIS DE CONDUCTA.

1. INTRODUCCIÓN

La práctica de una ciencia normal con matices singulares en el marco de la ciencia en general y del amplio cuerpo de la psicología, en particular, tiene un precio. El estudio de las citas que figuran en los artículos aparecidos en el JEAB ha mostrado que, desde 1958 hasta 1969, los articulistas del JEAB citaban su propia revista cada vez más, y, en cambio, las demás citaban el JEAB cada vez menos. Krantz (1971) documenta, sobre la base de las referencias bibliográficas del JEAB, cómo los tratamientos psicológicos operante y no operante se perfilan como dos mundos separados e interpretaba este hecho como un indicador del creciente aislamiento del análisis experimental de la conducta con respecto a la Psicología como un todo. El establecimiento de una sección propia en la APA subraya que este modelo no se preocupa por un posible aislamiento.

Coleman y Mehlman (1992) revisan las referencias al JEAB veinte años después, en el periodo 1969-1989, y concluyen que el JEAB continúa citando sus propios artículos con mayor frecuencia que los que se publican en revistas afines, y que las citas de otras revistas afines se refieren al JEAB con menor frecuencia en el periodo estudiado. Estos resultados parecen confirmar el aislamiento del Análisis de Conducta. Para algunos esto es señal de mala salud. Nosotros pensamos que el JEAB es una revista de investigación básica de enorme importancia en este campo y que el aislamiento que reflejan los resultados de los estudios citados es preocupante si tuviéramos que reducir el Análisis de Conducta a la producción de esta revista. Como sabemos esto no es así. Existe el JABA dedicado publicar la investigación aplicada. Por otro lado, tenemos indicadores que apuntan en otra dirección. En la primera mitad de la década de los 70 aparece *Behaviorism*, una revista orientada a la discusión crítica de cuestiones teóricas relacionadas con la ciencia de la conducta y la psicología, y en la segunda mitad aparecen: *Behavior Analyst* y *Behavior Modification* que, aunque no son órganos de expresión del Análisis de Conducta, sintonizan con las posturas más abiertas que empiezan a manifestarse en este campo. Por otro lado, desde dentro del Análisis de Conducta comienzan a aparecer propuestas innovadoras. Así consideran Milan (1990) y Fishman y Franks (1992) la propuesta de Azrin (1977).

Pero la innovación de Azrin (1977) no es la única que puede reseñarse en el Análisis de Conducta Aplicado. Nosotros distinguimos dos líneas de desarrollo, los avances más continuistas asociados a la posición de Azrin y los más innovadores asociados a una perspectiva contextualista del Análisis de Conducta. Estos avances e innovaciones se desarrollan en el tiempo coincidiendo con la segunda ola de los Tratamientos

Conductuales, pero con el fin de preservar una cierta unidad teórica los presentamos en este bloque 1 de la parte segunda que está dedicado principalmente al análisis de conducta y a los procedimientos operantes de la primera ola de los tratamientos conductuales.

2. EVOLUCIÓN CONTINUISTA.

Azrin, investigador aplicado, comenzó su carrera alineado sólidamente con el paradigma experimental, pero llegó a una identificación con el paradigma pragmático desde el momento en que se centró en el desarrollo de programas de cambio efectivo de problemas humanos significativos en áreas tales como el control de la agresión, el entrenamiento en el uso del cuarto de baño, el ajuste marital, el alcoholismo, los tics y la búsqueda de trabajo. Azrin reconoce la importancia de basarse en el aprendizaje y sus principios, pero no deja de reconocer que existen limitaciones al aprendizaje. No acepta, como no acepta o se resiste a hacerlo el Análisis de Conducta Aplicado, poner a los individuos limitaciones a su desarrollo si no están probadas.

Azrin reconoce de partida que el conocimiento acumulado, que es considerable, ha fallado sorprendentemente en mostrar su eficacia. Por ello propone una estrategia orientada al problema y no a mantener el rigor de la metodología, de modo que más que hablar de una técnica a aplicar se refiere a la aplicación de programas, conjunto de técnicas armonizadas. Poner el énfasis en los resultados más que en el método, como hace Azrin, requiere una autocrítica continua y la revisión de conceptos y métodos cuando se produce cualquier fallo en los resultados. Los diseños experimentales, el número de sujetos y los grupos de control se reorientan para centrarse, no en una eficacia estadística, sino en una eficacia que permita demostrar que el programa propuesto es mejor que cualquier tratamiento alternativo que haya podido demostrar experimentalmente su eficacia. Garantizado el rigor científico, que Azrin (1979) no deja de reclamar, la estrategia dominante es garantizar los beneficios del consumidor incluyendo la rapidez en la recuperación, el mantenimiento en el tiempo de los efectos del programa, el coste económico y psicológico, la aceptación por parte del consumidor y la generalizabilidad a la población. El analista de conducta permite que los individuos definan sus propios límites trabajando con ellos para alcanzar todo lo que sean capaces de alcanzar.

La posición de Azrin, así expuesta, puede parecer una innovación desde la nada. No es así. Hayes, Rincover y Solnick (1980) analizaron los diez primeros volúmenes del JABA atendiendo a cuatro notas (aplicado, analítico, generalizable y conceptual) definitorias del Análisis de Conducta Aplicado según el artículo-programa para el Análisis de Conducta Aplicado de Baer, Wolf y Risley (1968). Sus conclusiones vienen a demostrar que la propuesta de Azrin estaba en el ambiente. La revisión muestra la existencia de una tendencia a interesarse más por aspectos técnicos y un interés decreciente por cuestiones conceptuales. Por otra parte, el artículo de Wolf (1978) hablaba de la necesidad de una validación social de los tratamientos y

Ullmann (1979) dejaba claro que el análisis de conducta está comprometido con la comprensión y tratamiento de lo real, no de lo hipotético, inferido o imaginado.

Este posicionamiento de Azrin recibe también sus llamadas a la prudencia de forma inmediata. Deitz (1978) se plantea el estatus de la variable independiente y dependiente en el Análisis de Conducta Aplicado. Viene a decir que la preocupación por examinar y controlar las variables de las que las conductas socialmente importantes son una función, o el interés por mejorar estas conductas son posturas que encajan en el ámbito del Análisis de Conducta Aplicado y que ambas son posturas merecedoras de reconocimiento, aunque lo son por diferentes razones. Reconoce el énfasis en ese momento en procurar la mejora de los clientes y en procurarse la tecnología necesaria, pero advierte que la información necesaria no está todavía disponible y no lo estará, si el campo se centra en procurar la mejoría de los pacientes y descuida la investigación sobre las variables de las que la mejoría es función.

3. EVOLUCIÓN INNOVADORA.

El modelo operante, a pesar de sus contribuciones a la terapia, no parecía metodológicamente adecuado para tratar la mayor parte de los problemas de los pacientes adultos ambulatorios (Jacobson 1991) y no parecía relevante para tratar muchos de los casos que se presentaban en la consulta, por ejemplo, los trastornos de ansiedad . La carencia de un enfoque radicalmente conductista de la conducta verbal había dado lugar a que el análisis de conducta viera limitado su campo de actividad. El análisis de conducta tuvo que centrarse, pues, en problemas atendidos en instituciones, porque éstas permitían un control ambiental casi total, o en problemas de conducta simples si el cliente era ambulatorio. En cierta medida la terapia cognitiva emerge como fruto de esta frustración pero reconociendo la importancia del componente conductual en el proceso terapéutico. Por ello hoy la mayor parte de las terapias bien desarrolladas que se practican dentro de la terapia o enfoque conductual son cognitivo-conductuales.

Es cierto que el paciente externo estaba descuidado en el análisis de conducta aplicado. Kohlenberg, Tsai y Dougher (1993) explican este abandono por dos razones: 1) La dificultad para atender problemas complejos que se supone no ocurren durante la sesión terapéutica y que, por tanto, no se pueden observar ni modificar directamente. 2) Las técnicas del Análisis de Conducta Aplicado no estaban preparadas para modificar la conducta verbal, cuando, sobre todo, lo que ocurre en la sesión con pacientes ambulatorios o externos es conducta verbal. Estas limitaciones supusieron el abandono del campo de los problemas propios de los pacientes externos dejándolo para otros modelos terapéuticos. La aplicación de técnicas simplistas y en gran parte irrelevantes para los problemas a afrontar o una innovación que, como dice Wilson (1990) y pregonan sus representantes más distinguidos, venía del conductismo radical, era todo lo que se podía ofrecer. Esta innovación se ha ido haciendo realidad con el tiempo y la vamos a concretar en este capítulo en la Psicoterapia Analítica Funcional (PAF) (Kohlenberg y Tsai, 1987, 1991) y en la Terapia de Aceptación y

Compromiso (TAC), inicialmente llamada Terapia de distanciamiento comprensivo (Hayes, 1987; Hayes y otros, 1995, Hayes, Strosahl y Wilson, 1999).

El marco en que se mueven estas innovaciones viene recogido ya en Baer, Wolf y Risley (1987). Estos autores, con motivo del volumen 20 del JABA, revisan las notas que 20 años antes habían presentado como definitorias del Análisis de Conducta Aplicado y consideran que son no sólo definitorias, sino también descriptivas, aunque reconocen que el énfasis que ha puesto el grupo del Análisis de Conducta Aplicado en las conductas socialmente relevantes frente a la postura que siguen manteniendo los partidarios del Análisis Experimental de Conducta requiere incorporar al Análisis de Conducta Aplicado un número considerable de nuevas tácticas. Al comentar las notas que hacen referencia a que el Análisis de Conducta Aplicado debe ser 'analítico y conceptual' se hacen eco del contextualismo emergente en el análisis de conducta. Estiman los autores que la consideración contextualista de que no sólo estudiamos o manejamos un contexto, sino que formamos parte de él y somos manejados por él se adapta bien a las notas referidas de analítico y conceptual. Esta referencia nos permite decir que las terapias que pasamos a comentar representan una evolución, aunque innovadora, no una revolución en el campo del Análisis de Conducta.

Estas terapias aparecieron expuestas, por primera vez, en un texto editado por Jacobson (1987) y de hecho Kohlenberg y Tsai (1991) reconocen que su libro parte de la contribución que hicieron a la obra de Jacobson. Hoy la PAF y la TAC junto con la Terapia de Conducta Dialéctica de Linehan (1993) parecen constituir, efectivamente, una nueva corriente en terapia con el nombre de Análisis de la conducta clínica según se aprecia en una sección monográfica que le dedica la revista The Behavior Analyst (Dougher, 1993).

El enfoque contextual en que se mueven la PAF y la TAC no es enteramente nuevo. Remite al conductismo radical de Skinner y a la metáfora radical del contextualismo de las visiones filosóficas del mundo de Pepper (1942). El conductismo radical, en líneas generales, es claro, aunque muchos desconozcan que esta posición acepta los sucesos privados, y aunque no encontraran, precisamente hasta el desarrollo de las terapias que nos ocupan, una forma adecuada de analizarlos. Esta forma va a ser el análisis funcional de la conducta verbal. No es tan claro, sin embargo, qué quiere significar Pepper con la metáfora del contextualismo como forma de ver el mundo. Erwin (1997) cree que Pepper (1942) se refiere al suceso histórico, pero al suceso histórico tal como continúa en el presente y concebido no aislado, sino en su contexto. El discurso de Pepper sobre el contextualismo se mueve a un alto nivel de abstracción con pocos ejemplos que puedan aclarar su exposición. Dada la oscuridad de Pepper, no es sorprendente que los psicólogos que se dicen contextualistas tomen esta metáfora para significar cosas diferentes y no consistentes entre sí. Hayes (Hayes, 1987; Hayes y otros, 1995) lo refiere al contexto del lenguaje. Se trata, en definitiva, del contexto social verbal establecido por Skinner (1979) conforme a ciertas reglas.

Cabe preguntarse, sobre todo cuando expongamos brevemente la PAF y la TAC, si la terapia contextual es conductual. La respuesta de Jacobson (1992) no sólo es afirmativa sino que añade que es conductual de un modo más fundamental que la Terapia de Conducta tradicional. La terapia contextual se dirige a las condiciones que determinan el problema y, en concreto, analiza y modifica el contexto social verbal y trata con clases de conducta como es característico de la lógica conductista y no con conductas concretas. Los problemas que presentan los clientes, para el enfoque contextualista, no vienen definidos por las conductas que se emiten sino por la función que cumplen esas conductas. La transposición quizás más interesante en este modelo terapéutico es que la situación clínica se convierte en un contexto para la ocurrencia del problema y para la terapia, todo ello sin que se pierda el interés y relevancia por los contextos naturales para cambiar la conducta como propio de este enfoque. Esto es posible porque el objeto de análisis y modificación es el contexto verbal y este contexto se empieza a analizar y modificar en la situación terapéutica. Una exposición organizada del enfoque Contextual en terapia de conducta puede verse en Hayes, Follete y Follete (1995), Luciano (1999) y M. Pérez (1996b). A continuación exponemos con cierto detalle dos enfoques innovadores de psicoterapias verbales en la tradición conductual contextualista.

3.1. LA PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL (PAF).

La PAF aparece formalmente en 1991 (Kohlenberg y Tsai, 1991) y tiene su base en el análisis conductual de la relación terapéutica de modo que lo que para algunos psicoterapeutas es un factor común a todas las terapias para el PAF es un factor esencial. El calificativo de analítica funcional de esta psicoterapia se refiere al análisis funcional de la conducta y, en concreto, a la conducta verbal y al reforzamiento natural. El sustantivo, *psicoterapia*, indica una relación con otras tradiciones psicoterapéuticas y, añade M. Pérez (1995), deja percibir un doble control el del análisis funcional y el de la psicoterapia analítica, aunque Kohlenberg y Tsai (1991) en el capítulo 7 se ocupan de marcar las distancias con el psicoanálisis, como en el capítulo 5 critican y revisan la terapia cognitiva y sus análisis ABC. La PAF, sin embargo, está concebida para utilizarla bien junto a técnicas conductuales más tradicionales iniciando la intervención en estos casos bien por las técnicas conductuales o bien por la PAF. También puede utilizarse la PAF sola. Esta alternativa estaría más indicada cuando los problemas interpersonales que presenta el cliente son de tal naturaleza que el problema central que necesita ser tratado es la habilidad del cliente para relacionarse.

En la aplicación clínica del PAF Kohlenberg y Tsai (1991) se centran en las conductas clínicamente relevantes (CCR) de las que distinguen tres clases. La primera clase (CCR1) está compuesta por las conductas problemáticas del cliente que ocurren durante la sesión de terapia. Por ejemplo, una mujer que teniendo un patrón de conducta de establecer relaciones con hombres inasequibles pierde la cabeza por su terapeuta. La segunda clase (CCR2) comprende conductas o grupos de conductas del cliente mejoradas durante las sesiones terapéuticas. Estas conductas necesitan definirse o perfilarse a lo largo del proceso terapéutico, porque

lógicamente no aparecen en los inicios del mismo bien porque no tienen consistencia suficiente en el repertorio conductual del sujeto, bien por la presencia dominante de las CCR1. Por ejemplo, un cliente cuyo problema es la conducta de retraimiento acompañada de sentimientos de baja autoestima cuando la gente no le presta atención en una conversación u otras situaciones sociales, mostrará las mismas conductas de retraimiento y baja autoestima si el terapeuta no atiende lo que dice con suficiente atención o le interrumpe antes de terminar de expresarse. Posibles CCR2 para esta situación serían llegar a discriminar que el terapeuta no ha atendido a lo que estaba diciendo en este momento en que le interrumpe, porque ha estado más atento a algo que le había dicho un poco antes de que le interrumpiera. La tercera clase (CCR3) implica la adopción de un acuerdo sobre el repertorio verbal del cliente para hablar de su propia conducta y de lo que parece la determina. Se incluyen aquí las razones dadas y las interpretaciones de la conducta.

Kohlenberg y Tsai sugieren cinco reglas que comprenden la técnica terapéutica, aunque como dice Luciano (1999) la PAF no provee de guías específicas para el terapeuta sesión a sesión sino que ofrece un marco de actuación conceptual y técnico en el que el terapeuta ha de mostrarse natural ya que el uso de guías específicas iría en contra de ello. Los propios autores indican que las reglas tienen que ser vistas más como algo que deben procurar hacer y no tanto como algo que deben hacer.

Guía 1. La primera y más crítica es *desarrollar un repertorio para captar la ocurrencia de CCRs en la sesión*. Aunque puede parecer sencillo, el dominio de este componente terapéutico es dificultoso porque, a menudo, el terapeuta llega a estar tan implicado en los problemas que le presenta el cliente en el tratamiento que no se da cuenta de las demandas que aparecen en la sesión. Kohlenberg y Tsai consideran esta regla el corazón de la PAF y consideran que al mejor seguimiento de esta regla corresponde una mejora mayor de los resultados.

Guía 2. *Estructurar el ambiente de la terapia para incrementar la probabilidad de CCRs.* Se pretende con esta regla que se procure que durante la sesión de terapia ocurran las CCRs y no tanto que se hable de ellas.

Guía 3. *Reforzar las CCRs tal como ocurren.* En esta regla hay dos importantes aspectos: el uso de reforzadores naturales y el discernimiento y reforzamiento de las aproximaciones a conductas saludables. Cuando se dice que hay que reforzar las aproximaciones a las conductas saludables, se está haciendo referencia a que el terapeuta tiene que estar atento a los progresos del cliente y reforzar por todo lo que sea un ligero avance, no sólo por aquello que se corresponda con las expectativas del terapeuta respecto al paciente, porque entonces podría dejar de reforzarse su esfuerzo.

Guía 4. Insiste en la necesidad de que *los terapeutas observen cómo sus propias conductas influyen las CCRs de sus clientes.*

Guía 5. La quinta y última regla es que el terapeuta *genere interpretaciones de las CCRs de sus pacientes en términos funcionales.* En orden a desarrollar y mantener esta estrategia terapéutica es útil observar y describir contingencias y desarrollar un repertorio similar en el cliente. Las interpretaciones que se

fomentan especialmente en la PAF son las que relacionan las variables de control que ocurren fuera de la sesión con las que ocurren en la sesión. Este tipo de interpretaciones ayudará a generar reglas más efectivas y a incrementar el contacto con las variables controladoras de la conducta.

El carácter definitorio de la PAF es la explotación de la relación terapéutica como el lugar en que se dan los problemas y el cambio. En este sentido, se asume una *equivalencia funcional* entre la situación terapéutica y la vida cotidiana. Al convertir la situación clínica en una auténtica relación terapéutica, se impone una renovación en las categorías de las *conductas clínicamente relevantes* y una tarea clínica fundamental va a ser la identificación de estas conductas. A este respecto, resulta decisivo un *análisis funcional del lenguaje en la terapia* y se hace indispensable la habilidad del terapeuta para identificar *situaciones dentro de la terapia* que evocan conductas clínicamente relevantes.

La PAF se desarrolla mejor en el contexto de una relación terapéutica larga e intensa. Requiere un compromiso significativo por parte del terapeuta y el cliente de estar deseosos de examinar aspectos de su relación que puede, a veces, ser dolorosa y conflictiva.

Una exposición de este acercamiento terapéutico en forma de manual de tratamiento es la obra citada de Kohlenberg y Tsai (1991). Presentan en el prólogo la Psicoterapia Analítica Funcional como un trabajo para crear relaciones terapéuticas profundas, intensas, significativas y saludables.

3.2. LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (TAC).

La TAC originalmente llamada terapia de distanciamiento comprehensivo (Hayes, 1987; Hayes y Wilson, 1994; Kohlenberg, Hayes y Tsai, 1993) tiene como la PAF sus raíces en la tradición conductual contextual pero descansa más en los principios del control verbal que la PAF.

La idea central de la TAC es que la relación entre sucesos privados tales como los pensamientos u otros sucesos privados y la conducta abierta se establece y mantiene por el contexto. En consecuencia más que intentar cambiar el *contenido* de los antecedentes privados (por ejemplo, emociones y pensamientos) de la conducta se debe atacar el *contexto* que relaciona los antecedentes privados con una conducta abierta indeseable.

El aspecto clave del enfoque contextual en terapia está en la identificación y desmantelamiento del contexto social verbal en el que ocurren los problemas. Este contexto consta, en realidad, de cuatro contextos, *la explicación, el control, la literalidad y la evaluación.*

El contexto de la *explicación* es un contexto fundamental en nuestra cultura de modo que resulta difícil darse cuenta de los problemas que encierra. El error consiste en considerar que la conducta es función de los pensamientos y sentimientos, los cuales aparecen y consideramos como causas de lo que la persona hace o deja de hacer. Por ejemplo, se suele decir *estaba deseoso de verte* dando a entender que es el deseo el que causa la conducta de verte o que vengo a verte movido por el deseo. Desde la perceptiva de la Terapia de Aceptación y Compromiso no es necesario, ni siempre va unida la emoción y la acción abierta. Se puede decir perfectamente *estoy deseoso y vengo a verte.*

El contexto del *control* en que se mueve nuestra cultura, en consonancia con el contexto explicativo indicado con anterioridad, mantiene que cualquier intento de modificar la conducta debe hacerse mediante el cambio de sus presuntas causas, los pensamientos y sentimientos propios. Desde el punto de vista de la TAC los acontecimientos privados sirven de variables controladoras no porque necesariamente controlen la conducta, sino porque existen contextos verbales-sociales que establecen esta relación. El resultado final es que las personas y algunas orientaciones terapéuticas como las terapias de reestructuración cognitiva intentan evitar o manipular acontecimientos privados (emociones y pensamientos) en vez de controlar y modificar el contexto que mantiene y hace posible esta conexión.

El contexto de la *literalidad* se refiere a la idea de que debido a la transferencia de funciones vista en el control verbal se establece una equivalencia funcional entre convenciones verbales y contingencias efectivas, de modo que las palabras se confunden con los hechos que describen. Por ejemplo, la persona que tiene un pensamiento cuyo contenido es *soy malo* se percibe a sí misma como estando en la situación de ser malo y no en la situación de tener el pensamiento de ser malo.

El contexto de la *evaluación* es la incorporación desde la comunidad verbal-social de un valor (bueno/malo) a lo que uno hace o no hace, que se impone objetivamente, como si fuera inherente a la conducta, de modo que las personas terminan por hacer cosas que son buenas o malas sin darse cuenta que se hacen cosas y éstas son valoradas como buenas o malas. Dicho de otra forma, las cosas son lo que son y el valor les viene añadido.

Puesto que el contexto verbal en que ocurren los problemas es envolvente, la ayuda terapéutica pasa por alguna forma de desmantelamiento. Se trataría de desmantelar el contexto haciendo que se produzca un distanciamiento que sitúe al sujeto en otra perspectiva respecto a sus problemas. Se trataría de un distanciamiento comprensivo, no de una negación, evitación o reestructuración cognitiva. Este distanciamiento se construye sobre una serie de metas a conseguir consistentes en:

1. Promover un estado de desesperanza creadora para lo cual, por un lado, el terapeuta no responde a la lógica del cliente que pide que le 'quite' el problema y, por otro, el terapeuta le hace ver que no

puede quitarle el problema. Esto produce una cierta frustración que es pretendida por el terapeuta para hacerle ver al cliente que las soluciones convencionales no funcionan y que es preciso abordar el problema desde otra perspectiva.

2. Hacer ver que el control es parte del problema. Se trataría de hacer ver no sólo que ha fracasado el intento de controlar los pensamientos y sentimientos sino que tal intento de control forma parte del problema. Para hacerlo ver al cliente se utilizan imágenes que muestren cómo el control induce descontrol. Por ejemplo, se plantean situaciones en que se hace ver cómo es prácticamente imposible controlarlas, o, incluso, cómo el más exquisito cuidado facilita un desenlace fatal ya que es posible que ocurra algún cambio aunque sea mínimo.

3. Diferenciar entre la persona y la conducta. Esta diferencia recuerda mucho la distinción escolástica entre las imágenes *quod* y las imágenes *quo*. Se trataría de situarse en perspectiva respecto a uno mismo y poder distinguir entre *lo que hago y vivo como participante* y lo que **veo** (como observador) *que hago y vivo*.

4. Abandonar la lucha contra los pensamientos y sentimientos y centrarse en el desmantelamiento de ciertas construcciones verbales que llevan aparejadas tramas envolventes propias del contexto social-verbal. Por ejemplo el valor de los peros (partícula adversativa) en el lenguaje. Por ejemplo, me encanta ayudarte, **pero** estoy muy ocupado.

5. Establecer un compromiso de actuar. Se trataría de hacer copartícipe al cliente en la responsabilidad de solucionar sus problemas.

El distanciamiento considerado de esta forma implicaría una aceptación responsable, en el doble sentido de hacerse cargo de y ser capaz de responder. Los procedimientos para conseguir tales metas y, en definitiva, para la promoción del distanciamiento se valen, como hemos dicho, del uso de metáforas, de ejercicios para el cambio de perspectiva, del desenmascaramiento de la emoción y de reglas autodestructivas (por ejemplo, mediante el uso de paradojas), y de otros ejercicios presididos por la primacía de la experiencia (la prueba de la realidad) y la aceptación junto con el cambio. No es una terapia fácil de poner en práctica y se recomienda (Luciano, 1999) no sólo la lectura directa de los autores sino algún tipo de intercambio de experiencias y supervisión.

4. EL PARADIGMA DEL NUEVO CONDUCTISMO.

Al hablar a finales de los 80 de un florecimiento del conductismo y elevarlo a la categoría de paradigma como hace Erwin (1997), cabe preguntarse por qué se produce este florecimiento tras las críticas y limitaciones

mostradas por el conductismo. Friman y otros (1993) se hacen esta pregunta y creen que la razón puede estar en que el nuevo conductismo no es enteramente nuevo. El nuevo conductismo, como hemos dicho, es una mezcla del conductismo radical de Skinner y el contextualismo. El significado del contextualismo para los analistas de conducta puede verse reflejado en el trabajo de Hayes, Hayes y Reese (1988). Según estos autores los contextualistas comparten el criterio pragmático de verdad, establecen paralelismos entre la idea de clase operante con la concepción contextualista de similaridad y mantienen ideas semejantes respecto a las críticas a las teorías del mundo. Para ellos no es legítimo y resulta inútil utilizar las categorías de una visión del mundo para criticar a quienes mantienen otra. Vienen a decir que las diferencias que mantienen los analistas de conducta contextualistas y los terapeutas cognitivos, que tienden a ser mecanicistas, son pseudoconflictos entre visiones del mundo. Para Erwin (1997) esta posición nos llevaría a un relativismo epistémico. Los psicoanalistas, cognitivistas y analistas de conducta basan sus respectivas propuestas en distintas teorías de Pepper desde las que contemplar el mundo. ¿Estarían, entonces, ilegitimizados entre sí para plantear una crítica a la posición contraria? Esto es lo que vienen a contestar Follette y Houts (1992) a Erwin (1988) al que acusan de petición de principio al haber asumido las normas de la lógica elemental al analizar los paradigmas cognitivos y conductistas.

Erwin (1997) se pregunta si puede decirse algo que no sea una petición de principio, cuando el desacuerdo es tan profundo, de modo que las mismas ideas de verdad, lógica y justificación se ponen en cuestión. Si no fuera posible establecer algún principio sobre el que argumentar, estaríamos ante un callejón sin salida. Los analistas de conducta podrían convertir su posición en invulnerable y con el mismo posicionamiento podrían convertirse en invulnerables los terapeutas cognitivos y los psicoanalistas. Esto no es bueno para los Tratamientos Psicológicos y, por ello, hay que entrar a plantear las cuestiones de verdad, de justificación y de lógica tal como las ven los contextualistas, cuestiones que aquí omitimos para no alejarnos mucho de nuestra meta de hacer una breve presentación del nuevo conductismo. Remitimos a Erwin (1997) que considera que las tesis de los contextualistas sobre la verdad, la justificación y la lógica no resisten un examen crítico.

BLOQUE 2. EL NEOCONDUCTISMO MEDIACIONAL E-R.

El término **neoconductismo**, siguiendo a Leahey (1992), se refiere a diversas variantes que siguen en el tiempo a la propuesta conductista de Watson. Leahey distingue dentro del neoconductismo mediacional dos orientaciones, el conductismo formal y el informal. El punto de partida del neoconductismo formal es el conductismo lógico de Hull y su discípulo Spence, que consideramos representan la fundamentación teórica más influyente en el modelo que ahora presentamos. El conductismo informal viene representado por discípulos de Hull que consideran que las variables mediadoras actúan no sólo a nivel periférico sino también a nivel central y que, por tanto, harán notar su influencia en el modelo cognitivo.

CAPÍTULO 10. INTRODUCCIÓN AL NEOCONDUCTISMO MEDIACIONAL Y A LAS TÉCNICAS BASADAS EN ÉL

1. DEFINICIÓN DEL NEOCONDUCTISMO MEDIACIONAL E-R.

Eysenck (1982) reconoce que hay varias líneas de conductismo y que los términos usados en el título de este apartado estarían necesitados de discusión y explicación, porque hay poco acuerdo sobre el significado de los mismos. Él señala varias líneas de conductismo a las que podría referirse el término neoconductismo y opta por considerar neoconductista su posición de centrarse en las teorías del aprendizaje y en las observaciones derivadas de la investigación de los procesos de condicionamiento realizada en el laboratorio. Eysenck estima, por tanto, que su teoría puede considerarse razonablemente **una** teoría neoconductista, y no **la** teoría y terapia neoconductista de la neurosis, aunque nosotros consideramos a él y a Wolpe, líderes indiscutibles del neoconductismo mediacional.

El término **mediacional** indica que el modelo neoconductista a que se refiere, frente al conductismo radical de Skinner que rechaza una teoría mentalista que diese cabida a una intencionalidad consciente cartesiana y que considera una elucubración innecesaria teorizar sobre variables mediadoras no observables, abraza una posición positivista conforme con aceptar el criterio de verdad por acuerdo en el sentido de afirmar que uno puede aceptar la conducta manifiesta como dato y, a su vez, tratar este dato como resultado y evidencia de la existencia de procesos ocultos subyacentes. Para este modelo los procesos psicológicos ocultos son hipotetizados y se elaboran como constructos definidos operacionalmente. Se dice de ellos que median y, en consecuencia, facilitan una explicación de la conducta manifiesta. Las variables mediacionales que admite el neoconductismo mediacional E-R funcionan conforme a las leyes que rigen la conducta manifiesta. Desde esta perspectiva, los procesos simbólicos (las imágenes especialmente) se rigen por las mismas leyes de aprendizaje que las conductas manifiestas y se definen, por tanto, en términos de secuencias de estímulos y respuestas. Así la representación simbólica de situaciones aversivas que se presentan en la DS son consideradas un conjunto de estímulos antecedentes que pueden provocar la activación emocional objeto del tratamiento (Lang, Melamed y Hart, 1970). No se admite y se rechaza que el papel mediador de los procesos de tipo cognitivo sea concebido como causa del cambio de conducta. Este posicionamiento de no conceder virtualidad causativa a los procesos cognitivos mediadores le distingue del mediacionismo que está a la base del modelo cognitivo. En el modelo cognitivo los procesos mediadores se toman prestados de tradiciones no conductistas, son elaborados como distintos de la conducta teniendo como notas características el ser verbales y conscientes y, de esta forma, en el modelo cognitivo se retoma una posición racionalista de corte cartesiano (separación mente/cuerpo) contra la que se manifiestan con vehemencia Wolpe (1990) y sus seguidores.

Krasner (1992), por su parte, considera que el *modelo neoconductista mediacional E-R* implica la aplicación de los principios de condicionamiento clásico derivados del trabajo temprano de Guthrie (1952), Hull (1943), Miller (1964), Mowrer (1939), Pavlov (1927) y Wolpe (1958) y la responsabilidad de integrar este material en un tratamiento sistemático. Esta concepción de Krasner que admite, como es lógico, variables mediadoras internas, no es, aunque podría parecerlo, internalista porque los procesos mediacionales se sitúan en un contexto E-R, en que el uso que se hace de variables intervinientes y constructos hipotéticos, en particular los de Hull (1943, 1951) y Mowrer (1939, 1960), justifica hablar de una mediación no cognitiva.

Eysenck (1982) justifica que en el modelo aparezcan los términos "**E-R**" porque es su insistencia en los estímulos y respuestas lo que le distingue frente a las teorías sociales y cognitivas, aunque para él este simbolismo, también, es algo impreciso. Él manifiesta que ha insistido más que ningún otro en que el organismo (O) interviene de forma muy importante entre los estímulos y las respuestas. Es más, para Eysenck el organismo crea *estímulos* a partir de un conjunto de impresiones sensoriales combinadas arbitrariamente y también crea *respuestas* a partir de un conjunto de contracciones musculares. Además, el organismo impone motivaciones y estrategias de reacción que interactúan con los estímulos, las respuestas y los lazos que el aprendizaje y el condicionamiento forman entre sí en orden a determinar la reacción total del organismo ante la situación. Mucho de lo que el organismo aporta a la conducta está determinado genéticamente, y esta contribución puede ser reconocida generalmente mejor a partir del estudio de la personalidad, la inteligencia y las diferencias individuales (Eysenck, 1967, 1980). En consecuencia para Eysenck la representación simbólica mínima que puede hacer justicia a los hechos es E-O-R, pero, desde luego, a esta representación se le deben añadir flechas para indicar que las respuestas normalmente también actúan como estímulos, que los estímulos pueden originarse en el organismo y que el organismo puede cambiarse a través del aprendizaje y el condicionamiento. A partir de esta concepción Eysenck constituye todo un sistema hipotético deductivo, según el cual se formulan hipótesis acerca de las relaciones entre los estímulos y las respuestas y los consiguientes aprendizajes. A pesar del énfasis puesto en el *aprendizaje*, la teoría de Eysenck, opina M. Pérez (1995), tiene un cierto aspecto epifenomenalista, de modo que la 'varianza' explicativa de la conducta viene más de dentro que de fuera.

Wolpe, por su parte, hipotetiza la *ansiedad* como un proceso intermedio entre el estímulo y la respuesta, de modo que ésta se convierte en el objeto del cambio. La ansiedad viene a ser una especie de *energía* o *drive* susceptible de ser cuantificado, descompuesto y reducido poco a poco. Las *operaciones* terapéuticas, por ejemplo la DS, parecen destinadas a reponer el equilibrio del sistema nervioso, por cuanto irían dirigidas a *inhibir* una parte excítada mediante la *activación* de su antagónica. Esta explicación podría criticarse por su sabor mecanicista. La FIGURA 10.1 ofrece una representación esquemática de la posición general del neoconductismo mediacional y de los constructos que a juicio de Eysenck y Wolpe son centrales en el mismo.

E	r	e	R	Modelo general
E	Personalidad		R	Eysenck
E	Ansiedad		R	Wolpe

FIGURA 10.1. Representación de las variables y constructos mediacionales más relevantes del modelo neoconductista mediacional.

En este enfoque se considera a los autoinformes métodos de valor científico para recoger información con que comprobar o refutar supuestos teóricos. La condición que se exige es que los datos puedan ser verificados intersubjetivamente mediante acuerdo entre jueces a través de las variables dependientes o independientes que conforman la variable o variables intervinientes en los estudios. La aceptación de indicadores subjetivos, frente a la posición de un conductismo radical que se centrara sólo en la observación de la conducta, comporta que este enfoque adolezca de objetividad y tenga dificultades para generalizar a la conducta abierta los progresos terapéuticos que sólo constan a nivel subjetivo. Este es el caso que se presenta con la DS al lograr progresos terapéuticos si sólo se verifican mediante la presentación imaginaria de situaciones fóbicas.

2. PRESENCIA Y DESARROLLO DEL NEOCONDUCTISMO MEDIACIONAL.

Algunas de las publicaciones de los primeros años más relevantes dentro del neoconductismo mediacional, además de la aparición de la revista *Behaviour Research and Therapy* que viene a ser el portavoz de este modelo de terapia, son *The Conditioning Therapies: The Challenge in Psychotherapy* (Wolpe, Salter y Reyna, 1964), *Conditioning Techniques in Clinical Practice and Research* editado por Franks (1964), *The causes and cures of Neuroses* (Eysenck y Rachman, 1965), *Behavior Therapy Techniques: A Guide to the Treatment of Neuroses* (Wolpe y Lazarus, 1966). Entrados ya en los 70 las obras más importantes, además de los libros de texto ya recogidos en la TABLA 2.1, es la segunda edición de *The Practice of Behavior Therapy* (Wolpe, 1973).

La investigación sobre técnicas en este campo a finales de los sesenta y comienzos de los setenta se centra, en gran medida, en los modos de aplicación de la DS. Los procedimientos automatizados y

semiautomatizados, autodirigidos y ayudados con biblioterapia y audio y video-*tapes* parecen ser útiles (Baker, Cohen y Saunder, 1973; Donner, 1970). También el uso de un tratamiento masivo y de jerarquías abreviadas. A medida que la DS fue aceptada como una modalidad de tratamiento, la investigación se alejó de probar su bondad y se dirigió a analizar cuestiones metodológicas como el valor de las expectativas creadas (Borkovec, 1972; McReynolds y Tory, 1972; Nau, Caputo y Borkovec, 1974), el papel de la relajación y a aclarar las relaciones entre las tres modalidades de respuesta, estimaciones subjetivas de ansiedad, medidas fisiológicas y tareas de evitación conductual (Kanfer y Saslow, 1969; Ullmann y Krasner, 1969). También se investigó el condicionamiento aversivo (Eysenck, 1976; Rachman y Teasdale, 1969), la inundación (Baum, 1970; Marks, 1972) y la implosión (Hogan, 1968; Stampfl, 1966, 1970; Stampfl y Levis, 1967).

3. CUESTIONES CONTROVERTIDAS.

Otro aspecto que no podemos omitir en la presentación del neoconductismo mediacional E-R es la aparición de polémicas. En estas polémicas nos encontramos con propuestas relevantes que resultan opuestas y distantes de los procesos de aprendizaje por condicionamiento, al que critican por lo limitado de sus enfoques. Parte de estas propuestas, por razones de claridad expositiva, las recogemos en los capítulos 14 y 19 dedicados a la transición e inicio del modelo cognitivo, aunque es evidente que las polémicas allí recogidas no sólo sirven de tránsito a una nueva etapa, también marcan el declive de la etapa anterior que estamos exponiendo en este bloque.

Una de las críticas más presentes en la literatura de la época fue la de Breger y McGauch (1965, 1966). Presentan estos autores tres tipos de críticas. En primer lugar critican la base teórica de la Terapia de Conducta porque las *leyes del aprendizaje* en que dice basarse están aún por establecer. Consideran que cuestiones tales como la función de los acontecimientos mediacionales en el cambio de conducta, la naturaleza de las respuestas aprendidas y las posibilidades de los análisis E-R estaban todavía por resolver.

La segunda crítica que realizan se refiere a la falta de un nexo real entre las técnicas de Terapia de Conducta y los principios de la teoría del aprendizaje. Ellos utilizan como ejemplo referido a esta crítica el uso en la DS de escenas imaginadas por el cliente como *estímulos* elicitadores de la ansiedad. El tipo usual de estímulos en los experimentos de condicionamiento son acontecimientos no ambiguos, discretos y definidos objetivamente en vez de los acontecimientos privados definidos subjetivamente por el cliente que se utilizan en la DS..

La tercera crítica se refiere a la inadecuación de la evidencia de éxito que existe a favor de la Terapia de Conducta. Cuando Breger y McGaugh (1965) publican su artículo, la evidencia disponible en favor de la Terapia de Conducta era sólo de estudios de casos, por lo que insisten en la posibilidad de que se produzcan

sesgos al presentar los datos, seleccionar los casos y evaluar la mejora y hacen notar la ausencia de estudios cuidadosamente controlados.

Las críticas de Breger y McGauch fueron contestadas por Rachman y Eysenck (1966) y Eysenck y Beech (1971) entre otros. En esencia Beech, Eysenck y Rachman mantienen que la pretensión de tener una teoría universalmente aceptada, que cubra todos los fenómenos sin que se produzcan resultados anómalos, es idealista en un grado tal que ninguna teoría científica, incluso entre las ciencias duras, ha logrado alcanzar este objetivo alguna vez.

Con posterioridad, Eysenck (1988) contesta todavía a las críticas que hicieron Breger y McGaugh y a los que piensan como ellos. Dice que estos autores no se han dado cuenta de que la moderna teoría del aprendizaje ha avanzado más allá de la teoría watsoniana del aprendizaje. Las personas familiarizadas con la moderna teoría del aprendizaje, dice Eysenck, conocen las explicaciones del condicionamiento Estímulo-Estímulo (E-E), los elementos cognitivos incorporados al aprendizaje y las batallas entre este tipo de teoría y la watsoniana E-R que, desde hace mucho tiempo, insiste Eysenck, se resolvió a favor de los primeros.

La crítica referida a que los principios de la teoría del aprendizaje no determinan de hecho la práctica de la Terapia de Conducta ha sido presentada también por otros autores (p. e. Locke, 1971; London, 1972). Eysenck (1988) considera difícil contestarla por dos razones. Es posible que ciertas aplicaciones de la Terapia de Conducta se basen en descubrimientos accidentales u otras características que son difíciles de aislar, pero, como recoge Eaglen (1978), no puede afirmarse esto de la mayoría de las aplicaciones importantes. La segunda razón es que la crítica no está formulada de manera específica, sino que es una crítica general y así es difícil refutarla. La mejor manera de refutarla es refiriéndola a caso concretos. Eysenck (1988) lo refiere, en primer lugar, a la enuresis (Morgan, 1978) en que la teoría del aprendizaje hace distintas predicciones específicas que la evidencia apoya y, en segundo lugar, a las predicciones para el tratamiento de las neurosis obsesivo-compulsivas que se derivaron de los experimentos animales de Solomon (Solomon, Kamin y Wynne, 1953; Solomon y Wynne, 1953) y puesto en práctica con pacientes humanos (Foa y Goldstein, 1978; Meyer, Levey y Schnurer, 1974; Rachman y Hodgson, 1980). El porcentaje usual de fallo terapéutico abismal con esta clase de neurosis, escribe Eysenck (1988), se transformó en una tasa alta de éxito, por encima del 80%.

Otra cuestión que se plantea ya en este tiempo es la de la necesidad de la teoría (Lazarus, 1966, 1967, 1971b; London, 1972). London sugiere que se revise la tecnología de la Terapia de Conducta independientemente de las teorías con las que ésta haya estado asociada. Lazarus aboga por un *eclecticismo técnico* permitiendo al terapeuta utilizar cualquier técnica que se haya mostrado efectiva, independientemente de la teoría en que se funde. Eaglen (1978) responde sirviéndose de las manifestaciones de autores como el propio Wolpe (1976a), que resalta la importancia de una comprensión de los procesos implicados en el

tratamiento para demostrar la eficacia de un tratamiento específico y a partir de esa comprensión poder desarrollar nuevos tratamientos. Considera que, sin una comprensión tal, nos limitaríamos, en gran medida, a formular tratamientos por ensayo y error que es aburrido y, además, improbable que nos pueda llevar a ningún tratamiento radicalmente nuevo. Por otro lado, situar el criterio de pertenencia a la Terapia de Conducta en la eficacia de las técnicas no llevaría sino a desacreditarla, puesto que factores inespecíficos tales como las expectativas son capaces de producir efectos de tratamiento poderosos (Russel, 1974; Marcia, Rubin y Efran, 1969; Tori y Worrel, 1973), aunque transitorios como el propio Russel (1974) había mostrado.

La posición de Wolpe (1976a, 1976b) es que la Terapia de Conducta no puede basarse en la moderna teoría del aprendizaje, puesto que tal teoría no existe. Franks (1969b) apoya esta posición. Dice que los parámetros básicos del condicionamiento de laboratorio están todavía en disputa y que, por la tanto, no es sorprendente que la relación entre condicionamiento en el laboratorio y en la clínica no esté clara. Wolpe, en coherencia con su posición, sugiere que los tratamientos se basen en principios y paradigmas. Esta sugerencia es una solución atractiva, pero superficial, porque la distinción entre teorías, principios y paradigmas es más bien vaga. Lo que es importante es que los tratamientos se basen sólidamente en teorías específicas que vengan ligadas a evidencias concretas. Eaglen (1978) pone como ejemplo la nueva teoría de las neurosis de Eysenck en que explica los procesos implicados en tratamientos tales como la DS y la exposición con prevención de respuesta, y realiza predicciones respecto a cuando funcionarán o no los tratamientos. Termina Eaglen afirmando que sólo en una estrecha alianza entre la terapia, el desarrollo de la teoría y la evidencia de la investigación se podrá evitar un eclipse que resultaría inevitable de otra forma.

Una última polémica de este tiempo versa sobre la relación de la Terapia de Conducta con el conductismo. Locke (1971) viene a defender la tesis, refiriéndose a la DS, de que la Terapia de Conducta no es conductista. Franks (1973), tras llamar entidad misteriosa al conductismo, le contesta que son muchas las corrientes que pueden distinguirse en el conductismo y en la Terapia de Conducta y que cada una de ellas mantiene una posición diferente respecto a cómo tratar los sucesos mentales que es el problema de fondo. Otros autores sostienen que el desarrollo de la Terapia de Conducta ha recibido una gran influencia del conductismo (Krasner, 1971; O'Leary y Wilson, 1975). Tal afirmación, dice Erwin (1978), resulta difícil de probar basándose en cualquier tipo de relación histórica directa. Una razón de la dificultad para obtener esta evidencia directa es que hasta 1970 apenas si aparecen menciones al conductismo en las publicaciones sobre Terapia de Conducta. Algunos autores se autocalificaban de conductistas, pero lo hacían porque aceptaban las teorías del aprendizaje de Thorndike, Paulov, Hull o Skinner, sin embargo, esto no supone que necesariamente se adscribieran a una doctrina filosófica concreta.

Rachman (1963b), sin embargo, al exponer su concepción de la Terapia de Conducta la liga a las teorías del aprendizaje de Hull (teoría del reforzamiento) y de Skinner (condicionamiento operante) y dice que estas teorías son versiones modernas del conductismo. Para ayudar a responder esta cuestión recogemos

unas ideas comunes a la práctica totalidad de los conductistas, desde Watson a Skinner, propuestas por Leahey (1992), que caracterizan si no a todo, al menos, a la línea central del conductismo.

1. *Monismo físico*. Es el presupuesto más simple del conductismo y supone la negación de todas las formas de dualismo mente-cuerpo. Los conductistas materialistas niegan, en consecuencia, la existencia de cualquier sustancia mental cartesiana (mente), o entidad conceptual que controle la conducta.

2. *Periferalismo*. La conducta ha de ser tratada como conducta, no como expresión de estados inobservables, ya sean estados mentales metafísicos o estados cerebrales hipotéticos.

3. *La conducta se adquiere mediante aprendizaje*. La conducta es en gran medida aprendida, producto del entorno del organismo, más que de su configuración genética.

4. *Elementalismo*. Cualquier conducta puede ser considerada como un conjunto de respuestas simples bajo el control de estímulos especificables.

5. *Continuidad filogenética*. Los conductistas admiten una sólida continuidad en la forma en que la conducta es aprendida y mantenida en todas las especies animales. Combinado con el elementalismo, este presupuesto dicta una concreta estrategia de investigación, estudiar respuestas simples en organismos sencillos con el fin de comprender los procesos básicos del aprendizaje y el control de la conducta animal y humana.

6. *Metodología positivista*. Los conductistas estudian la conducta y los acontecimientos ambientales observables asociados a la conducta. Minimizan o eliminan la referencia a lo inobservable y, cuando lo hacen, lo definen por referencia a la conducta o acontecimientos ambientales observables.

Participar de estas ideas propias del conductismo ha permitido a la Terapia de Conducta revestirse de una forma de hacer que se identifica con las siguientes notas que Yela (1980) considera que el conductismo ha aportado a la psicología en general: 1) Acumulación de un inmenso repertorio de conocimientos rigurosos. 2) Ingente y fecunda aportación tecnológica, teórica y aplicada. 3) Atenimiento a lo observable. 4) Orientación de la indagación teórica hacia la intervención práctica en la conducta, para dominarla y modificarla eficazmente. 5) El haber desplazado, tal vez definitivamente, el acento verificador desde la conciencia privada a la conducta patente. Cualquier orientación terapéutica actual, en la medida en que pretende contribuir a la elaboración de una ciencia positiva, admite que, cualquiera que sea la fuente de sus datos e hipótesis, y cualesquiera que sean sus recursos y campos de verificación, la piedra de toque final e insustituible ha de ser, en último término, la conducta del ser vivo como actividad pública y repetiblemente observable del sujeto. Estas notas hacen que independientemente de los lazos que puedan demostrarse entre Terapia de Conducta y Conductismo éste es un talante caracterizado por la forma de pensar y hacer de quienes se llamaban y llaman terapeutas de conducta.

4. EVOLUCIÓN DEL NEOCONDUCTISMO MEDIACIONAL.

La evolución de la línea clásica del neoconductismo mediacional, entiéndase la evolución de las posturas de Eysenck y Wolpe, fallecidos ambos recientemente, es difícil de apreciar desde mediados de los 70 a nuestros días porque, quizás, en realidad no se ha producido ninguna evolución. Desde mediados de la década de los 60 a finales de los 80, dice Leahey (1992) que el conductismo mediacional deja de existir. Leahey hace esta afirmación basándose en que el Journal of Experimental Psychology contiene, en 1974, artículos correspondientes a sólo dos tendencias, procesamiento de la información y conductismo radical. Wolpe y Eysenck están en este tiempo a la defensiva guardando las esencias de sus aportaciones a la Terapia de Conducta que, naturalmente, encarnan en una de sus versiones.

Newell (1996) dice que Wolpe (1989) y sobre todo Eysenck (1994) afirman que la terapia de conducta no es sino un adjunto de las terapias cognitivas. Podríamos decir que, frente a esto y a falta de una reconceptualización del modelo, ellos mantenían operativas unas técnicas que se mostraban eficaces y las ofrecían a las demás orientaciones, sobre todo al modelo cognitivo, que apenas disponía de técnicas propias.

Más positiva parece ser la valoración que hace Vila (1997) de las líneas de investigación y de las posiciones de Eysenck y Wolpe respecto a la evolución de la Terapia de Conducta. Vila constata, en primer lugar, un aspecto negativo en la postura de Eysenck y Wolpe. Eysenck y Wolpe se resistieron a los modelos cognitivos, y los criticaron por el eclecticismo implícito en ellos y por el intento de explicar la conducta externa manifiesta recurriendo a conductas o variables internas de tipo emocional o cognitivo, tipo de explicaciones que llevan a confundir la explicación y lo que tiene que ser explicado. Esta confusión no permite avanzar nada en el conocimiento del fenómeno o proceso a explicar. Explicaciones de este tipo indican con claridad que los terapeutas cognitivos desconocen los trabajos experimentales en procesamiento de información y la línea de investigación experimental del aprendizaje animal. No es raro que desconozcan estas líneas de investigación los terapeutas cognitivos, pero sí es raro que Eysenck y Wolpe no estén atentos a procesos de aprendizaje que el ser humano comparte con otros animales inferiores en la escala filogenética y que, por tanto, no requieren la mediación lingüística. Estos trabajos han sido claves para conectar la tradición conductista con los nuevos planteamientos cognitivos del procesamiento de la información.

La resistencia por parte de Wolpe y Eysenck a aceptar esta forma de cognitivismo, que tan próxima estaba a la tradición conductista y a su propia investigación de laboratorio, es posible, dice Vila (1997), que fuera debida al orgullo, tal como podría deducirse de las difíciles relaciones que tanto Wolpe como Eysenck tuvieron con discípulos o colaboradores que se desviaron hacia posturas consideradas por ellos incompatibles con los principios fundacionales de la Terapia de Conducta.

El aspecto positivo de la contribución de ambos, por otro lado, está en la propuesta de modelos de condicionamiento de los trastornos de ansiedad. Son modelos anclados en la tradición psicofisiológica de Pavlov, Sherrington y Cannon y que, cuando en la segunda etapa de énfasis metodológico algunos terapeutas

de conducta intentaban desautorizarlos, la respuesta de Eysenck y Wolpe fue recordar las numerosísimas investigaciones sobre fenómenos relevantes para la comprensión del miedo y la ansiedad estudiados en el contexto del condicionamiento.

El modelo de condicionamiento de los trastornos de ansiedad defendido por Eysenck (Eysenck, 1979a) es un modelo de vulnerabilidad en el que intervienen factores biológicos predisponentes relacionados con características estables del sistema nervioso y factores ambientales de aprendizaje aversivo activador de las reacciones defensivas del organismo. Estos fenómenos complejos han sido ampliamente documentados e investigados desde diferentes perspectivas (Mineka, 1985) y conectan con las investigaciones psicobiológicas más recientes sobre el fenómeno de la potenciación del miedo (Davis, 1997; Ledoux, 1996).

El modelo de contracondicionamiento por inhibición recíproca defendido por Wolpe continúa siendo un modelo plausible que combina el nivel explicativo psicológico, el aprendizaje asociativo, con el nivel explicativo biológico, los mecanismos inhibitorios del sistema nervioso. Este modelo conecta, igualmente, con los planteamientos psicobiológicos más recientes sobre el funcionamiento de los dos grandes sistemas motivacionales del organismo: el apetitivo y el aversivo (Lang, 1995; Lang, Bradley y Cuthbert, 1997).

En resumen, las explicaciones de Eysenck y Wolpe no son reduccionistas. Son un magnífico ejemplo de integración de conceptos biológicos y psicológicos, elevando el nivel biológico a la altura de las descripciones y explicaciones psicológicas (Miller, 1996).

5. TÉCNICAS BASADAS EN EL NEOCONDUCTISMO MEDIACIONAL

Los modelos teóricos más significativos propios del neoconductismo mediacional han sido los de excitación e inhibición (Salter, 1949; Wolpe, 1958), contracondicionamiento (Denny, 1976; Wolpe, 1958) y extinción emocional (Eysenck, 1978; Stampfl y Levis, 1976). Los terapeutas que trabajan siguiendo estos modelos se han centrado básicamente en dos tipos de problemas: 1) *problemas de conducta apetitiva* inadaptada, como el alcoholismo y conductas sexuales para las que en un tiempo recientemente pasado se buscaba una reorientación, como la homosexualidad, pero para las que hoy apenas se busca ayuda. 2) *conductas fóbicas o de evitación*, como la fobia a los perros y la agorafobia, por ejemplo.

Queremos hacer notar que los terapeutas que han trabajado siguiendo distintos modelos se han centrado, generalmente, en problemas de conducta diferentes y bien delimitados sin que hayan pretendido, de ordinario, hacer extensibles sus modelos a todo tipo de problemas. El problema en que se ha centrado este modelo ha sido la ansiedad o el miedo que en este texto, aceptando la posición de Rachman (1990) que no encuentra útil distinguir entre ellos, utilizamos intercambiablemente. Consideramos la ansiedad o el miedo

reacciones inadaptadas, intensas e inapropiadas que se caracterizan por la inquietud e intranquilidad por los acontecimientos futuros, una variedad de respuestas físicas (tensión muscular, incremento de la tasa cardíaca y sudoración) y la evitación de los sucesos y situaciones temidas (1).

(1) Hay que hacer notar que este uso intercambiable no goza de consenso. Ciertos teóricos solían distinguir entre miedo y ansiedad. El miedo se refería a la aprensión respecto a sucesos tangibles o realistas, mientras que la ansiedad se refería a la aprensión sobre algo intangible o irreal. Beck y Emery (1985), por su parte, consideran que el miedo es emocional y la ansiedad es de naturaleza cognitiva.

Las principales técnicas de intervención incluidas en este bloque por su coherencia con el neoconductismo mediacional son la Terapia Aversiva, el Condicionamiento de ansiedad-alivio, la DS y la Implosión y la Exposición con prevención de la respuesta de evitación. Los procedimientos de condicionamiento aversivo y de ansiedad-alivio persiguen cambiar la respuesta apetitiva hacia unos estímulos asociando la respuesta apetitiva con ciertos estímulos aversivos preseleccionados. Es un procedimiento que sirve de base a mucha investigación, también aplicada, pero que adolece, quizás demasiado, de fundarse en situaciones experimentales de laboratorio.

Para las conductas fóbicas y de evitación se ofrecen dos tipos de procedimientos: (1) la DS, que podría considerarse como una técnica de control de la ansiedad, que desde el punto de vista teórica es un constructo que media entre los estímulos y las respuestas de escape o evitación. Este procedimiento pretende establecer un control sobre la conducta reduciendo la ansiedad mediante un proceso de contracondicionamiento gracias al cual los estímulos que inicialmente provocaban ansiedad en el sujeto dejan de provocarla y se convierten en neutros. Incluimos en el capítulo correspondiente distintas variantes de la DS que no consideran esenciales componentes que sí lo eran para Wolpe. (2) técnicas que se fundan en la exposición a los estímulos fóbicos y que difieren entre sí y respecto a algunos de los procedimientos del primer tipo en la intensidad de la exposición a los estímulos fóbicos como parámetro central y respecto a la DS en no requerir que se mantenga un estado de relajación a lo largo de la exposición. Es más, se recomienda en algunos procedimientos incrementar la ansiedad. Nos centramos al exponer los procedimientos del segundo tipo en la implosión y en la inundación. La implosión, desde nuestro punto de vista, es una variante de la inundación en que se incrementa la ansiedad percibida y se complementa con componentes de la teoría psicoanalítica. La inundación pretende que el paciente experimente un cierto grado de ansiedad ante los estímulos que la desencadenan sin que el paciente pueda escapar o evitar la exposición a los estímulos fóbicos. Esta exposición sin posibilidad de escapar de la ansiedad que provocan los estímulos y, al mismo tiempo, sin que se reciban consecuencias aversivas por esta exposición sería la que hace que se extinga la ansiedad inicialmente percibida.

6. EL PARADIGMA DE EXPOSICIÓN

La exposición ha sido promovida con fuerza por Marks (1969, 1975, 1976, 1981) y por Agras (1985) como la base del éxito de la terapia de inundación y de la DS. Es más, la *terapia de inundación* en manos de Marks se convertirá en *terapia de exposición.* La clave del tratamiento de exposición es impedir que la evitación o escape se conviertan en una *señal de seguridad* más que en impedir el escape o la emisión de una respuesta de evitación.

Desde esta perspectiva, parece más útil precisar el conjunto de estímulos evocadores (internos y externos) y de respuestas evocadas en lugar de los conceptos habituales de los modelos de condicionamiento (EC, RC, EI, RI). La noción de estímulos evocadores se asemeja al concepto operante de estímulo discriminativo o al concepto pavloviano de estímulo condicionado, pero no plantea suposiciones sobre las condiciones antecedentes relacionadas con los trastornos de conducta.

EI modelo estímulos evocadores-respuestas evocadas posibilita, en primer lugar, una descripción más precisa y observable de los acontecimientos y facilita, en segundo lugar, el diseño de una estrategia terapéutica (la exposición a la configuración estimular ansiógena) sin apelar a las más que dudosas condiciones etiológicas de los modelos de condicionamiento. Marks (1981) define los estímulos evocadores (EE) como aquellas situaciones que evocan las respuestas (RE) fóbico-obsesivas. El estímulo evocador (EE) puede ser un viaje en avión, una relación sexual, una fantasía problemática o el sentimiento de incertidumbre sobre si se ha dañado a otro. La respuesta evocada (RE) puede ser la ansiedad u otras señales de incomodidad, la evitación, la activación vegetativa, los rituales o los pensamientos preocupantes. Las RE del tipo de la ansiedad o de la sensación de encontrarse sucio pueden a su vez transformarse en EE, lo cual a su vez dispara nuevas REs del tipo de la huida o del lavado de manos. Una representación gráfica del paradigma expuesto aparece en la FIGURA 10.2.

EEs (Estímulos físicos evocadores)
(Por ejemplo, ascensores, aviones, espacios cerrados, etc.)

REs (respuestas evocadas)
(Por ejemplo, taquicardias, sudoración, vahídos, evitación, etc.)

REs = EEs
(Las respuestas evocadas incrementan la ansiedad que facilita la interpretación de las REs como Ees de futuras Res)

REs
(Por ejemplo, incremento de las respuestas psicofisiológicas, mareos, pánico, mayor evitación).

FIGURA 10.2. Representación gráfica del paradigma de exposición basado en Carnwath y Miller (1986).

Aunque para Marks (1992) la exposición en vivo a los estímulos fóbicos sin la conducta de escape hasta que la ansiedad remita de forma significativa es el tratamiento conductual más eficaz actualmente disponible para hacer frente a las conductas de evitación en los trastornos fóbicos, la revisión de Barlow (1988) encuentra equívoca la eficacia de la exposición para los casos de fobia simple. Por otro lado los mecanismos explicativos de

la reducción del miedo durante la práctica de la exposición son variados: la habituación, fundada en la investigación básica con animales (desde una perspectiva psicofisiológica), la extinción (desde una perspectiva conductual) y el cambio de expectativas (desde una perspectiva cognitiva).

En este bloque, como hemos dicho, nos vamos a centrar en las aportaciones primeras para terminar con los miedos, la DS, la Implosión y la Inundación en las que evidentemente hay algún tipo de exposición y consideramos la posición de Marks como uno más de los posicionamientos teóricos que intentan explicar por qué al presentar a los clientes estímulos o situaciones temidas éstos dejan de presentar temor o dejan de emitir respuestas de escape o evitación.

CAPÍTULO 11. CONDICIONAMIENTO AVERSIVO

1. ACTITUDES CLÁSICAS Y PARADOJAS RESPECTO A LA INTERVENCIÓN AVERSIVA.

Los profesionales en el campo de la salud mental han argumentado largamente contra el uso del control aversivo. Freud, en su modelo psicodinámico de la enfermedad mental, expuso el punto de vista de que los trastornos psicológicos son el resultado de la represión de los deseos sexuales y que esta represión comienza en los primeros años de la vida. Las actitudes victorianas del tiempo que eran esencialmente represivas hacia la expresión de la sexualidad infantil contribuyeron a las pautas de conducta observadas por Freud.

La práctica de los profesionales de la salud mental estuvo dominada casi en solitario por la orientación psicodinámica desde los años 20 a los 50, momento en que la terapia no directiva de Rogers fue aceptada por muchos psicólogos. El modelo rogersiano de psicoterapia era más un modelo para el cambio terapéutico y el desarrollo personal que un modelo centrado en la etiología de la enfermedad mental y su tratamiento, pero el control aversivo, particularmente el castigo, se evitaba con toda claridad.

Con ciertas excepciones los conductistas se opusieron también al control aversivo. Skinner se opuso nítida y diamantinamente al castigo porque estimaba que tenía como efecto central suprimir temporalmente la conducta. El punto de vista de Skinner sobre el castigo, que puede verse, por ejemplo, en el capítulo 12 de Ciencia y conducta humana (Skinner, 1953) ha tenido gran influencia y ha seguido argumentando contra el castigo durante cuatro décadas a pesar de la imagen que, a veces, se divulga sobre Skinner.

La posición general, pues, de los profesionales influyentes de orientación psicodinámica, rogersiana y conductista fue desaconsejar el uso del castigo en los entornos humanos y esta posición dominó por casi tres décadas. Esta actitud condujo a un acercamiento permisivo a la crianza de los niños (Spock, 1957), a

sentencias de prisión más cortas, a programas de rehabilitación para quienes quebrantaban la ley (Cortes y Gatti, 1972) y a un énfasis sobre el reforzamiento positivo en el proceso educativo, tal como ocurrió con la instrucción programada que se centra en facilitar *feedback* positivo inmediato a los estudiantes (Skinner, 1963).

Mucha gente, en consonancia con este planteamiento, se siente molesta si tiene que cambiar la conducta por medio de amenazas, azotes, reprimendas, encarcelamientos y aislamientos a causa de su propia experiencia directa o indirecta con estos métodos. Sin embargo, a pesar de su desagrado y a pesar de la crítica de psicólogos y psiquiatras por el uso del castigo y de procedimientos aversivos, los padres y los profesores, casi universalmente, usan el castigo de una u otra forma. Sears, Maccoby y Levin (1957) encontraron que el 99% de 379 padres de niños de kinder azotaban a sus hijos. Madsen y otros (1970) en un análisis de las interacciones en 32 clases (desde el kinder a sexto) encontraron que solamente el 23% de las interacciones de los profesores con los niños eran positivas. Nosotros, en un trabajo sin publicar, observamos que la atención de los profesores se dirige en un 84% de las ocasiones a penalizar las conductas de sus alumnos a pesar de estar en una situación en que conocían que se estaba estudiando la conducta del profesor. En resumen, puede decirse que el castigo o la amenaza de castigo nos rodea en nuestra vida, aunque nuestra sensibilidad lo rechace.

La actitud social respecto al castigo ha ido cambiando a lo largo del tiempo. La actitud social actual puede venir reflejada en algunas sentencias recientes sobre la pena de muerte en EE.UU. y sobre el castigo corporal en las escuelas como apropiado en ciertas condiciones tanto en EE.UU. como en el Reino Unido. De forma similar, existen tendencias sociales muy recientes en el sentido de procurar penas más severas para ciertos crímenes.

Por otro lado, los psicólogos, que durante largo tiempo se adhirieron al punto de vista de que el control aversivo, particularmente el castigo, debía ser evitado recibieron el impacto de un artículo de Solomon (1964) en que se argumentaba que los psicólogos habían ayudado a construir una *leyenda* a favor de que el castigo era un medio carente de efectividad para controlar la conducta. Solomon hizo notar que las bases científicas para esa conclusión eran poco honradas, y que incluso en 1938 había datos experimentales que demostraban la efectividad del castigo para el control de la conducta (Warden y Aylesworth, 1927). Los experimentos animales en los años 40 y década de los 50 que implicaban enseñar a los animales a evitar ciertos estímulos añadieron datos impresionantes en el sentido de que los estímulos aversivos pueden tener efectos conductuales de larga duración (Solomon y Brush, 1956). Más recientemente, ha quedado de manifiesto que el castigo puede ser efectivo con los humanos bajo muchas circunstancias y que los efectos colaterales negativos pueden ser minimizados cuando se siguen ciertas orientaciones (O'Leary, 1976).

En resumen, hasta los años 60 aproximadamente el castigo en particular y las técnicas aversivas en general son rechazadas por inoperantes y por la sensibilidad hacia la vida mientras que a partir de los 60 y, especialmente, en los últimos años está siendo mejor aceptado si se dan determinadas circunstancias y se ponen ciertas limitaciones.

La utilización de estas técnicas concretas no sintoniza, sin embargo, con ciertas sensibilidades por una serie de razones que podrían resumirse en los siguientes puntos:

1. La posible reacción adversa del público y de otros profesionales ante el uso de técnicas aversivas.
2. La naturaleza de los estímulos aversivos empleados.
3. La preocupación por aspectos relacionados con cuestiones de tipo legal o ético.
4. Los problemas de seguridad de las personas que se someten a este tipo de tratamiento.
5. El posible abuso que puede darse en este campo.

Por todas estas posibles razones es conveniente usar las técnicas aversivas en contadas ocasiones y cuando no existen técnicas alternativas para conseguir unos objetivos determinados. En todo caso, además de utilizarlas con un cuidado especial y precisión, hay que prestar una atención especial a las cuestiones éticas.

2. LA TERAPIA AVERSIVA.

La terapia aversiva basada en los principios del condicionamiento clásico, a la que está dedicado este capítulo, fue una parte significativa de la terapia de conducta en sus primeros años. Se aplicó a problemas tales como la conducta de adicción y a las desviaciones sexuales. Los efectos que se consiguen mediante este proceso de condicionamiento se explican y deben al hecho de que el estímulo que provocaba una respuesta cambia de valencia al conseguir la terapia aversiva que se emita ante ellos de forma repetida una respuesta diferente a la que inicialmente provocaban. Las técnicas de condicionamiento aversivo que permiten conseguir estos efectos son de dos tipos: el *contracondicionamiento aversivo* y el *contracondicionamiento apetitivo.*

El tipo más común es el *contracondicionamiento aversivo.* La diferencia de este tipo de contracondicionamiento con el *castigo* está en que mientras en el castigo el estímulo punitivo se aplica a continuación de la emisión de la conducta que se quiere reducir, en el contracondicionamiento aversivo la aplicación del estímulo aversivo es *simultánea* a la de la conducta que se quiere reducir o eliminar. Esto es, el estímulo aversivo se aplica *al mismo tiempo* que la persona percibe el estímulo que elicita las conductas-problema o ejecuta estas conductas problema. El objetivo de este procedimiento es eliminar una conducta-problema, pero no mediante la supresión de su ejecución, sino gracias a alterar la efectividad o la valencia de los estímulos para

elicitarla. La efectividad de esta técnica se debe a la presencia de un malestar interno clásicamente condicionado producido por la estimulación aversiva dirigida a las derivaciones perceptivas (luz, sonido, olfato, gusto) del estímulo cuya valencia se quiere cambiar. Gracias a esta estimulación aversiva el estímulo inicial con el tiempo deja de ser atractivo y de hecho llega a producir sensaciones de malestar similares a las que producía el estímulo aversivo presentado simultáneamente. El término aversivo de esta técnica se refiere a la naturaleza aversiva de los estímulos habitualmente empleados (eméticos, choques eléctricos, drogas paralizantes). El término contracondicionamiento se refiere a la asunción de que el valor positivo y apetitivo del estímulo original fue aprendido (condicionado) y que mediante este procedimiento se contrarresta ese aprendizaje y se reemplaza por un aprendizaje nuevo de malestar y deseos de evitación del estímulo original gracias al estímulo aversivo presentado de forma conjunta con él.

Un segundo tipo de contracondicionamiento es el *contracondicionamiento apetitivo* que se apoya en el componente de reforzamiento negativo inherente a la *terminación* de cualquier experiencia aversiva. En este tipo de contracondicionamiento la terminación de un acontecimiento aversivo y la persistente experiencia positiva de alivio y reducción de la ansiedad se asocian con un estímulo o conducta que de ordinario tiene escaso atractivo o, incluso, puede ser aversivo (por ejemplo, la imagen de una mujer desnuda para un varón homosexual). El contracondicionamiento que se intenta en este procedimiento es la sustitución de la valencia neutra o negativa ante un estímulo por reacciones positivas ante ese mismo estímulo generadas por la terminación de un estímulo aversivo. En el desarrollo de este procedimiento el contracondicionamiento apetitivo y el contracondicionamiento aversivo se combinan con frecuencia y naturalidad. Se elicitan las conductas desadaptadas preferidas mientras se produce una estimulación aversiva continuada (por ejemplo, un varón homosexual ve imágenes de hombres desnudos mientras experimenta un choque eléctrico prolongado), pero el varón homosexual puede terminar la estimulación aversiva si realiza una conducta apropiada o ve un estímulo cuyo atractivo se pretende incrementar (por ejemplo, el cliente presiona un botón que: (a) reemplaza la imagen del hombre desnudo por el de una mujer desnuda, y (b) elimina el choque eléctrico.

En el tipo de contracondicionamiento en que se combinan el contracondicionamiento aversivo y apetitivo se hace, a veces, una distinción entre el contracondicionamiento de *alivio de la aversión* y el *alivio de la ansiedad*. En ambos casos el término *alivio* se refiere al periodo de alivio que sigue a la terminación de un estímulo aversivo. El *alivio de la aversión* hace referencia a procedimientos en los que se experimenta un estímulo aversivo y el cliente puede *evitar* el estímulo aversivo haciendo algo antes de que éste ocurra. Esta evitación del estímulo aversivo reduce la ansiedad que acompaña a la anticipación del estímulo aversivo (*alivio de la ansiedad*). Para comprender la generación y alivio de la ansiedad en estas situaciones clínicas o experimentales puede imaginarse una situación en que un varón homosexual puede recibir un choque eléctrico mientras ve la imagen de un hombre desnudo, pero este choque se presenta a intervalos irregulares de 05, 1, 1.5 y 2 segundos. Al iniciar la proyección de la imagen, probablemente se despierta un cierto grado de ansiedad en el cliente al anticipar la aplicación del choque eléctrico y posiblemente por ver un hombre desnudo (generación de la ansiedad). Si presiona un botón

para evitar el choque eléctrico y cambiar a la imagen de la mujer desnuda la ansiedad se alivia (alivio de la ansiedad). En términos de la teoría clásica del aprendizaje, el contracondicionamiento del alivio de la aversión se corresponde con el aprendizaje de escape, mientras que el contracondicionamiento de alivio de la ansiedad se corresponde con el aprendizaje de evitación.

3. OTRAS EXPLICACIONES TEÓRICAS DE LAS TERAPIAS AVERSIVAS

Aunque en este capítulo consideramos el uso de procedimientos aversivos conforme al paradigma de condicionamiento respondiente o clásico y en capítulos anteriores hemos visto terapias aversivas basadas en el condicionamiento operante o instrumental, ya decían Rachman y Teasdale (1969) que una explicación de los procedimientos aversivos únicamente desde el aprendizaje por condicionamiento era insatisfactoria. Por ello, a los referentes teóricos hasta ahora vistos, es conveniente unir otras teorías explicativas que apelan a procesos centrales, generalmente, de naturaleza cognitiva. A continuación se exponen algunas otras teorías que pretenden explicar los efectos de las técnicas aversivas.

Teoría de los cambios actitudinales. Algunos autores sugieren que, al igual que otras formas de terapia, la terapia aversiva produciría cambios de actitud en el sujeto que mediatizarían sus cambios conductuales. Marks, Gelder y Bancroft (1970) informan de la importancia de los cambios actitudinales en el tratamiento y seguimiento de 17 personas con desviaciones sexuales.

Teoría de la disonancia cognitiva. Las teorías de la disonancia cognitiva conciben al individuo como un procesador de información activo, que analiza y modifica una gran cantidad de elementos cognitivos en un intento de conseguir una cierta *coherencia cognitiva*. Estas teorías posiblemente ayuden a entender algunas características del paciente y la actitud que le predispone a aceptar o rechazar la terapia aversiva, pero seguramente no predicen las consecuencias específicas que resulten de un estado de disonancia cognitiva. Hay que resaltar, sin embargo, que estas explicaciones no son incompatibles con el funcionamiento de los principios de condicionamiento. De hecho, es generalmente aceptado, que las respuestas condicionadas son el producto conjunto de mecanismos cognitivos y reflejos (Prokasy y Allen, 1969).

Teoría de los ensayos cognitivos. Para explicar la generalización de la respuesta aversiva condicionada desde la situación clínica a la vida cotidiana se han aducido dos posibles formas de funcionamiento: la hipótesis de la incubación del miedo (Eysenck, 1968) y la hipótesis de ensayos cognitivos (Bandura, 1969). Ambas se diferencian, fundamentalmente, en el papel atribuido al control voluntario (autocontrol) o a su falta (funcionamiento automático), en este proceso de generalización. En ambos casos, la confrontación en la vida real con el estímulo condicionado, o la imaginación de la secuencia de EC-EI, serviría para fortalecer la asociación entre el EC y el EI.

Teoría del estado. Hallam, Rachman y Salkowski (1972), tras revisar los diversos modelos teóricos aducidos para explicar el funcionamiento de la terapia aversiva y en un intento de integrar los resultados obtenidos en su propio laboratorio, proponen su teoría del estado como base del funcionamiento de la terapia aversiva. Dicha teoría se basa fundamentalmente en el cambio producido en el grado general de "responsividad" de un individuo a los estímulos presentados en las sesiones de condicionamiento y no tanto en los cambios en cuanto a las conexiones específicas entre estímulos y respuestas.

4. TIPOS DE TERAPIA EN FUNCIÓN DEL ESTÍMULO AVERSIVO USADO.

El arsenal de estímulos susceptibles de ser empleados como aversivos es muy amplio y puede extenderse a todas las modalidades sensoriales (gustativos, olfativos, táctiles, etc...). Respecto a ellos hay que tener una serie de precauciones antes de proceder a su uso. Debieran ser seguros y, desde luego, no poner en peligro la integridad física del cliente. Deben ser eficaces. Tendrían que ser realistas (que pertenezcan a la experiencia del paciente) y prácticos para poder ser usados. Debe, también, ser relevantes dentro de la gama de problemas que presenta el paciente y facilitador de la generalización del cambio que pueda producirse en el paciente tras su uso en la consulta.

4.1. EL CONDICIONAMIENTO AVERSIVO ELÉCTRICO.

El *shock* eléctrico como un estímulo aversivo ha sido usado con amplitud en el tratamiento de diferentes formas de desviaciones sexuales. Un ejemplo de este método de tratamiento es facilitado por Marks y Gelder (1967). A cinco travestidos y fetichistas se le administraron choques eléctricos, que estuvieran justamente por encima del umbral del dolor, según un índice de razón variable en el que un cuarto del total de ensayos estuviera libre de choques. En la fase inicial del tratamiento el choque se asoció con una representación imaginaria de él mismo realizando actividades desviadas, mientras que en la segunda fase los clientes sufrieron la descarga eléctrica por ejecutar esas conductas. El uso de un diseño de línea base múltiple mostró que el procedimiento de condicionamiento aversivo era responsable de eliminar la alerta ante los estímulos desviados sin interferir con las respuestas del cliente a estímulos heterosexuales convencionales. Los clientes simplemente informaron de actitudes neutras hacia los estímulos desviados y no presentaron respuestas condicionadas de ansiedad.

En un seguimiento de veinticuatro clientes tratados de la manera descrita más arriba, Marks, Gelder y Bancroft (1970) informaron de que sus clientes travestíes, fetichistas y sadomasoquistas o mejoraron sin más o mejoraron de forma considerable. También mantuvieron sus cambios de actitudes hacia los estímulos desviados. Siete transexuales, sin embargo, fallaron en mostrar una mejora posterior como resultado de la terapia y volvieron a sus modos previos de conducta después de dos o tres meses de finalizado el tratamiento. La respuesta diferencial

al tratamiento de los travestidos frente a los homosexuales puede atribuirse probablemente al hecho de que los primeros presentan un conjunto de conductas claramente definidas que pueden ser modificadas sin implicar o afectar necesariamente otros aspectos del repertorio conductual del individuo. En el caso de los segundos, sin embargo, el deseo sexual es secundario al cambio total del papel del género que requiere un tratamiento polifacético orientado al cambio de las conductas sexuales y sociales (Barlow, Reynolds y Agras, 1973).

El condicionamiento aversivo eléctrico se ha utilizado también para modificar la conducta homosexual. Los resultados son equívocos debido a la falta de controles experimentales adecuados y a las escasas medidas de resultados. También se ha usado en el tratamiento de los alcohólicos y en grado menor en el tratamiento de la adicción a las drogas. Investigaciones experimentales bien controladas han mostrado que esta forma de terapia de aversión no es más efectiva con alcohólicos que un tratamiento placebo (Wilson, 1978).

4.2. EL CONDICIONAMIENTO AVERSIVO QUÍMICO.

El uso de drogas que inducen nauseas como un estímulo aversivo ha sido reducido principalmente al tratamiento de alcohólicos. El procedimiento típico es aquel en que al cliente se le da primero *emetina*, una droga que con seguridad induce fuertes náuseas. Una vez que las reacciones de náuseas aparecen, se instruye al cliente para que se concentre en la visión, olor y pensamiento del alcohol. El cliente, entonces, degusta e ingiere alcohol con el resultado del vómito y el alcohol es regurgitado. Se llevan a cabo, aproximadamente, cinco ensayos de condicionamiento como los descritos en días alternos con diferentes bebidas alcohólicas usadas como estímulos condicionados en orden a lograr la generalización de la reacción aversiva condicionada. La participación de los clientes en ulteriores sesiones de condicionamiento aversivo durante el año que sigue al tratamiento (período de tiempo en que se dan más recaídas en el alcohol) favorece significativamente el mantenimiento a largo plazo de la abstinencia o sobriedad en el beber (Rachman y Teasdale, 1969).

El éxito de esta técnica evaluado por Lemere y Voegtlin (1950) sobre 4.096 alcohólicos, es del 51% de todos los casos tratados en los que se observa abstinencia total del alcohol durante un periodo de seguimiento que va de uno a diez años. Datos más recientes sobre el mismo tratamiento, esencialmente, indican tasas de éxito comparables (Wiens, 1976). Estos resultados que tienen que considerarse como notorios tienen la limitación de carecer de grupos de control y de que los clientes recibieron otras formas de tratamiento además del tratamiento aversivo.

El hecho de que exista una aparente superioridad de la aversión química como opuesta a la aversión eléctrica en el tratamiento de los alcohólicos merece algunas consideraciones teóricas. Wilson y Davison (1969) han afirmado que el *shock* eléctrico puede no ser el mejor medio de condicionar una aversión al gusto y olfato de la comida o los líquidos. La evidencia de los estudios de condicionamiento animal sugiere que el condicionamiento aversivo exitoso a los gustos y olores es facilitado por el uso de estímulos aversivos *preparados*

o *apropiados* biológicamente como las náuseas o alguna dolencia. Sin embargo, no es necesario atribuir la aparente superioridad de la náusea como un estímulo aversivo a una preparación biológica selectiva. En términos de la teoría del aprendizaje social de Bandura (1977a), un estímulo aversivo óptimo es aquel que puede ser fácilmente evocado en la imaginación y repasado cognitivamente. La náusea o determinadas dolencias son sentimientos naturales que todos hemos experimentado en una ocasión u otra. El choque eléctrico, sin embargo, es un estímulo artificial que mucha gente no ha experimentado y, por lo tanto, es más difícil recrear simbólicamente unas sensaciones semejantes al choque eléctrico. Así se explicaría el mayor éxito de los procedimientos químicos de condicionamiento aversivo.

Hay que advertir que el condicionamiento aversivo no actúa, como se dio a entender en la película *La naranja mecánica*, generando de forma automática y contra su voluntad una fuerte reacción aversiva en una persona. La aversión química usando la *emetina* requiere el apareamiento repetido del alcohol con una reacción física intensamente aversiva (náuseas, arcadas y vómitos). Incluso con estos procedimientos aversivos intensos no todos los clientes desarrollan la aversión condicionada al alcohol. Las respuestas condicionadas es más probable que se creen con la cooperación consciente y deliberada del cliente. De hecho esta colaboración y predisposición es indispensable para poder utilizar la terapia aversiva.

4.3. OTROS TIPOS DE ESTÍMULOS.

Además de la estimulación eléctrica y química se han utilizado otras vías de condicionamiento como olores y sabores desagradables.

El uso de la aversión olfativa sería muy coherente en los casos de obesidad, sin embargo su uso no ha sido muy frecuente. Frothwith y Foreyt (1978) utilizaron el condicionamiento aversivo olfativo en un caso de obesidad y Maletsky (1980) en un caso de diversas parafilias como complemento de un proceso de sensibilización encubierta.

La aversión gustativa se ha utilizado en programas diseñados para dejar de fumar. Los procedimientos utilizados pueden calificarse más bien como procedimientos de saciación. Este procedimiento, que en el modelo de Hall, Sachs y Hall (1979), reproduce la secuencia "fumar rápido-descanso-fumar rápido" debe utilizarse tras descartar los riesgos que puede comportar en determinados clientes y, de ser posible, con cierto control médico y monitorización continua del funcionamiento de algunas variables fisiológicas como la tasa cardíaca, por ejemplo.

Otro procedimiento es el *bloqueo facial*. Este procedimiento implica colocar una cubierta de paño sobre la cara del cliente, durante un breve periodo de tiempo, contingente con la ocurrencia del comportamiento a eliminar. No es doloroso y puede ser administrado con facilidad por personas allegadas al cliente. Se ha utilizado

en casos de tricotilomanía y autopunitivos. A nuestro entender no es fácil distinguir su uso del que pudiera resultar del uso de una contingencia aversiva.

4.4. CONDICIONAMIENTO AVERSIVO GENERADO SIMBÓLICAMENTE.

Puesto que las reacciones aversivas condicionadas no se establecen automáticamente por el simple apareamiento de dos estímulos externos y puesto que la implicación del cliente en los procesos de aprendizaje es probablemente crucial, las reacciones aversivas generadas simbólicamente pueden ser las formas de tratamiento preferidas. En este procedimiento, después de que el terapeuta describa al cliente una situación o escena, le pide que la imagine resaltando especialmente las consecuencias aversivas. Este método suele presentarse como sensibilización encubierta y se contempla con más detalle en el capítulo 15 dedicado a los procedimientos encubiertos.

El uso del condicionamiento aversivo generado simbólicamente presenta varias ventajas:

1. Es más práctico y puede ser cumplimentado por el cliente en cualquier lugar sin aparatos incómodos o embarazosos.
2. Se centra directamente en la autoactivación de una reacción que la teoría del aprendizaje social considera como un proceso crucial en el condicionamiento.
3. Es más humana, puesto que se lleva a cabo sin la experiencia desagradable para el cliente y el terapeuta del choque eléctrico o la náusea inducida por la droga.

5. CONSIDERACIONES FINALES.

Hemos visto que la terapia de aversión en vez de ser considerada como una forma de condicionamiento automático, es considerada más bien como un método de autocontrol para el cliente. Esta distinción tiene no sólo importancia teórica, sino que tiene consecuencias notorias para la práctica clínica de la terapia de aversión (Bandura, 1969). Si la terapia de aversión es mirada como una forma de condicionamiento que automáticamente establece nexos E-R o, mejor, EC-EI, el énfasis de la terapia estará en asegurar que los parámetros cruciales del condicionamiento clásico no sean violados. Por ejemplo, los intervalos óptimos entre el estímulo condicionado e incondicionado y la precisión en especificar la intensidad y duración de todos los estímulos. Todos estos parámetros del condicionamiento clásico, sin embargo, se derivaron del trabajo experimental con animales y son de relevancia cuestionable para los humanos. En términos de la teoría del aprendizaje, el mantenimiento del cambio de conducta producido por el tratamiento dependerá más de lo que el cliente haga entre las sesiones de terapia y después de las mismas que de parámetros temporales precisos entre estímulos condicionados e

incondicionados durante las sesiones de terapia. Específicamente, el mantenimiento estará fuertemente influido por el grado en que el cliente adquiera y utilice estrategias de control cognitivo que persisten después de que el procedimiento de condicionamiento haya terminado. Cuando la terapia de aversión es vista como un método de entrenamiento en autocontrol, una tarea importante de la terapia es preparar las condiciones e incentivos que aseguren que el cliente cumplimente métodos de autocontrol potencialmente efectivos. Vista en este contexto la terapia aversiva sería usada mejor como un componente de un programa de tratamiento de amplio espectro. La terapia aversiva sola tendría únicamente efectos temporales sobre la conducta (Linscheid, Hartel y Cooley, 1993).

CAPÍTULO 12. LA DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA

1. INTRODUCCIÓN.

La desensibilización sistemática (DS) es, sin duda, el método de terapia de conducta más conocido y, quizás, el que ha despertado más investigación y discusiones teóricas. A pesar de ello en la actualidad los especialistas siguen sin estar de acuerdo sobre aspectos tales como qué componentes son esenciales y cuáles simplemente facilitadores de la consecución de los objetivos terapéuticos pretendidos por la DS.

Wolpe formuló las bases teóricas de la DS a partir de los trabajos realizados sobre neurosis experimentales inducidas en gatos en línea con el trabajo de Masserman, aunque con una finalidad teórica diferente. Wolpe (1958) basándose en su trabajo experimental quiso aplicar a las conductas neuróticas humanas un tratamiento basado en el principio de la inhibición recíproca que estaba fundado en su trabajo experimental y que formuló así: *Si, en presencia de un estímulo provocador de ansiedad, puede conseguirse una respuesta antagónica que suprima total o parcialmente las respuestas de ansiedad, se debilitará el vínculo de unión entre dichos estímulos y la respuesta de ansiedad*.

Para conseguir este objetivo con seres humanos era preciso resolver dos problemas: 1) el tipo de respuesta antagónica susceptible de ser utilizada como agente de contracondicionamiento para inhibir una ansiedad intensa; 2) comprobar si planteaba problemas prácticos pedir a los clientes que afrontaran gradualmente las situaciones ansiógenas.

Para resolver el primer problema Wolpe descartó la conducta de comer que utilizó en su trabajo con gatos y se inspiró en los trabajos de Jacobson (1938) sobre la relajación muscular. Wolpe consideró y ha seguido manteniendo que la relajación muscular era fisiológicamente incompatible con la ansiedad, porque la ansiedad como el resto de nuestras respuestas emocionales físicas están controladas en gran medida por la rama simpática

del sistema nervioso autónomo, mientras que la relajación generalmente se asocia con las funciones parasimpáticas del mismo sistema nervioso. Ambas ramas son antagónicas entre sí de modo que en un momento domina una u otra rama por lo que una persona no puede experimentar, en un momento determinado, un estado igual de relajación y de ansiedad.

El segundo problema lo afrontó Wolpe haciendo que los pacientes se acercaran gradualmente a las situaciones evocadoras de ansiedad pero tras una relajación previa y procurando que conservaran su estado de relajación. Pronto comprobó Wolpe que era difícil conseguir que el paciente mantuviera el estado de relajación mientras hacía frente a las situaciones ansiógenas de su vida diaria de forma directa y abierta. Por ello opta por presentar al paciente los estímulos ansiógenos en imaginación. Los cambios en las cadenas de estímulos y respuestas internas, mediadoras entre los estímulos y respuestas externas, produjeron resultados positivos en la conducta manifiesta y de esta manera se confirmó la generalización a las situaciones reales de los progresos obtenidos en imaginación.

Este es un esbozo general del método de tratamiento llamado DS, cuyos componentes fundamentales son el entrenamiento en relajación muscular profunda y la presentación en imaginación de un serie de situaciones que faciliten el acercamiento progresivo a la situación ansiógena. La DS está dirigida específicamente al alivio de la ansiedad de desadaptación y fue propuesta por Wolpe siguiendo el principio de contracondicionamiento consistente en sustituir un tipo de respuesta aprendida por otra, la respuesta de ansiedad era sustituida por la respuesta de relajación.

2. CONDICIONES DE APLICACIÓN Y PROCEDIMIENTOS BÁSICOS DE LA DS.

Vamos a exponer en este apartado, siguiendo a Wolpe (1973), lo que podemos llamar el procedimiento ortodoxo en el uso de la DS para ir conociendo luego otras aportaciones en muchos casos no compartidas por Wolpe.

2.1. REQUISITOS PREVIOS.

En primer lugar hay que tener claro que la DS no está indicada para cualquier tipo de ansiedad. La DS está indicada para superar las reacciones de ansiedad condicionada a situaciones o a eventos *específicos*, en oposición a la que se ha dado en llamar ansiedad de *flotación libre*. Los problemas de ansiedad específica agradecidos a un tratamiento mediante DS son los relacionados con la ansiedad irracional, esto es, aquella en que el cliente posee habilidades y recursos suficientes para hacer frente a lo que teme. Se dice que el miedo es, en cierta medida, racional cuando el cliente no tiene las habilidades y recursos pertinentes para hacer frente a una situación a la que teme, o cuando la situación final es peligrosa por naturaleza, o ambas cosas. En tales casos la DS

por sí sola, probablemente, no resulte adecuada y, de hecho, puede estar especialmente contraindicada porque puede generar confianza para exponerse a una situación peligrosa para la que el paciente carece de recursos para afrontar con éxito.

Una vez establecido el tipo de ansiedad que padece el cliente, la siguiente labor del terapeuta es evaluar si el cliente es un candidato a este tratamiento. Lang y Lazovik (1963) demostraron que existe una correlación negativa entre el éxito en la DS y el número de áreas en que el individuo experimenta ansiedad irracional. Cuando se comprueba que el cliente sufre un número reducido de fobias, el terapeuta debe determinar el grado en que el cliente es capaz de imaginar escenas, haciéndole imaginar alguna sin contenido emocional, pero familiar (por ejemplo, el lugar de trabajo). Si el cliente informa que no es capaz de experimentar una imagen razonablemente clara, esto podría considerarse como una contraindicación, por lo que el terapeuta deberá considerar alguna estrategia alternativa como sugerirle la escena con detalles minuciosos, presentar un vídeo o crear escenas virtuales aprovechando las nuevas tecnologías. Si después de una o varias presentaciones a modo de ensayo, el cliente dice experimentar una imagen clara de una escena sin carga emotiva, entonces el terapeuta debe presentarle una imagen que el cliente considere atemorizante con el fin de comprobar si la imagen es clara y provoca ansiedad.

La siguiente tarea del terapeuta consiste en determinar si el cliente puede relajarse con relajación muscular profunda.

En resumen, antes de utilizar la DS el terapeuta debe determinar que el cliente: a) padece de, razonablemente, pocas fobias; b) puede imaginar escenas negativas con la emoción apropiada; c) es susceptible al procedimiento de relajación muscular profunda.

2.2. EL ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN.

Aunque Wolpe recurre a los trabajos de Jacobson (1938) sobre relajación muscular decide utilizar, con sus clientes, una versión abreviada de este método. De modo que de las 100 a 150 sesiones de entrenamiento progresivo que eran necesarias según Jacobson para lograr y dominar la relajación, las reduce a seis sesiones de instrucciones más 15 minutos de trabajo diario en casa. Le parecía, de una parte, que el procedimiento de desensibilización no necesitaba un grado de relajación tan profundo y, de otra parte, que un cliente podía alcanzar rápidamente un grado profundo de relajación muscular.

Esencialmente, el método consiste en experimentar el contraste entre la tensión y la relajación muscular. El terapeuta pide al cliente contraer y relajar sucesivamente los diferentes grupos musculares. Wolpe no considera que exista una secuencia obligatoria. Empieza por los brazos porque en ellos es más fácil comprobar la relajación y continúa por la cabeza porque los efectos inhibidores de ansiedad más notorios se obtienen normalmente relajando esta zona. Sugiere al cliente primero contraer voluntariamente durante dos o tres segundos un grupo específico de

músculos y experimentar este efecto relativamente desagradable. Después el cliente relaja los músculos y experimenta cómo desaparece gradualmente la tensión y se instala progresivamente la relajación muscular. Se trabaja en este procedimiento por hacer perceptible la diferencia entre el estado de tensión y el de relajación y el malestar y agrado que acompaña a cada uno de estos estados.

Para facilitar el trabajo diario de relajación en casa se entrega una guía práctica bien escrita, mediante cassette o vídeo de los ejercicios correspondientes y es aconsejable que se cuente con una hoja de registro en que se recoja si practicaron o no la relajación, la hora en que la hicieron, cómo se sintieron y las incidencias que pudieran haberse producido.

2.3. LA CONSTRUCCIÓN DE LAS JERARQUÍAS.

Una jerarquía de ítems de ansiedad es una lista de estímulos sobre un tema graduados de acuerdo con la cantidad de ansiedad que evocan. Esta jerarquía la elabora el terapeuta en estrecha colaboración con el cliente. Para ello el terapeuta debe identificar mediante una entrevista los acontecimientos o situaciones que hacen que el cliente se sienta especialmente ansioso. El terapeuta puede también pedir al cliente que complete una escala de miedos como el Inventario de miedos de Wolpe (1973). Con los temas y situaciones facilitadas por los clientes se elaboran una serie de ítems que representan situaciones concretas a las que el cliente asocia con distintos grados de ansiedad. La finalidad de estas jerarquías es facilitar una exposición gradual a las situaciones ansiógenas.

Aunque hemos dicho que la DS está indicada para las personas que presenten pocas fobias un cliente puede presentar más de una fobia y en estos casos se elabora una jerarquía para cada tipo de fobia (por ejemplo, temor a contaminarse si toca objetos, ansiedad ante el hecho de hablar en público). Para cada uno de estos temas, la gradación de los ítems de la jerarquía puede hacerse utilizando criterios de tiempo o espacio y una combinación de ambos criterios que permitirá incrementar el número de ítems de la jerarquía. Además, en la elaboración de la jerarquía se puede jugar con distintos aspectos de la situación ansiógena. Por ejemplo, ante el caso de un cliente que experimente un miedo extremo a salir de casa, se establece una jerarquía en que se incluya: 1) la presencia de gente en la calle; 2) las distintas distancias que pueden alejarle de la casa; 3) la hora del día en que sale; 4) si sale solo o acompañado; 5) si llueve o hace sol; 6) si le late el corazón muy deprisa.; 7) si experimenta pánico. El número de ítems que compongan la jerarquía no es una variable relevante. Hay que asegurarse más bien de que la gradación se ajuste a niveles soportables de ansiedad una vez que se inicie la ascensión por la jerarquía a lo largo de la DS.

Los ítems que recogen los acontecimientos o situaciones ansiógenas no necesariamente experimentados por los clientes pueden ordenarse dentro de la jerarquía siguiendo uno de los dos procedimientos siguientes, las escalas de Unidades Subjetivas de Ansiedad (USA) y el método de rangos. En el caso de optar por elaborar una escala de USA se pide al cliente que anote, en una escala que va de 0 (ninguna ansiedad) a 100 (el nivel máximo

de ansiedad que el cliente pueda imaginar), el grado de ansiedad evocado por una serie de ítems. Tras esta valoración realizada por el cliente, mejor en presencia del terapeuta, el terapeuta dispone los ítems en orden creciente. La diferencia de potencial para evocar ansiedad entre cada ítem de la jerarquía deberá ser relativamente reducida para que se pueda progresar en la exposición a los mismos sin perder el estado de relajación. Como el nombre de la escala indica se trata de una escala subjetiva, por lo que cada escala es específica para cada cliente y los clientes que informan de estar experimentando grados de ansiedad equivalentes en escalas de USA no experimentan necesariamente grados equivalentes de malestar ante los ítems. Por ello no es posible equiparar la ansiedad de las personas usando estas escalas. Sí valdrían para comparar a un cliente consigo mismo en tiempos y situaciones distintos. Esta es una forma habitual de valorar el progreso del cliente en la terapia. Otra opción para construir jerarquías es el método de los rangos. Este procedimiento consiste en que el cliente escriba cada ítem en una ficha diferente y después las sitúe en un orden creciente. Este método, al no haberse establecido el grado de ansiedad que elicita cada ítem, no permite conocer la diferencia del grado de ansiedad entre los ítems. Sólo se sabe que el ítem anterior elicita menos ansiedad que el siguiente.

Las jerarquías establecidas no deben considerarse inmutables. El desarrollo de la DS puede aconsejar cambiar el orden de algunos ítems, añadir otros o introducir detalles en un ítem ya existente. Por último, indicar que los ítems deben hacer referencia a experiencias realistas y significativas para el cliente y que deben ser suficientemente detalladas y concretas como para que el cliente pueda imaginarlas sin dificultad. El número de ítems de una jerarquía puede oscilar entre 10 y 20.

2.4. EL PROCESO DE DESENSIBILIZACIÓN.

La desensibilización de los sucesos asociados con la ansiedad comienza tan pronto como el cliente haya aprendido la relajación muscular profunda y haya construido una jerarquía de ansiedad. El proceso consiste en presentar los ítems de la jerarquía al cliente en un estado de relajación total. Wolpe se refiere a un estado cero o casi de cero para iniciar la presentación de los ítems. Para ello se sienta al cliente en un sillón cómodo. El terapeuta instruye al cliente para que relaje todos sus músculos. Después le dice que le va a pedir que se imagine ciertas escenas y el terapeuta comienza a describir una escena que, en el caso de la primera sesión, es una escena de control y, tras ésta, se presenta una escena de la jerarquía de ansiedad para que el cliente se la imagine comenzando por los ítems más bajos de la jerarquía. Wolpe considera interesante presentar un ítem de control para ver si el cliente es capaz de visualizar las escenas y si aparecen ciertos factores contaminantes como miedo a perder el control ante esta situación desconocida para él. La descripción debe contener detalles suficientes como para hacer que el cliente imagine con viveza y realismo que está ante la situación. El terapeuta le pide que le haga una señal cuando haya logrado representarse la escena y, mientras se la imagina, el terapeuta le va dando sugerencias para mantener la relajación. Tras un periodo de cinco a siete segundos el terapeuta le pide que deje de representarse la escena. Después de cada presentación y , sobre todo, tras la primera sesión que tiene un marcado carácter exploratorio, se determina, con la ayuda de la escala Subjetiva de Ansiedad, el grado de ansiedad evocado.

Se presenta cada ítem hasta que deja de evocar ansiedad. El paso de un ítem a otro no se hace más que después de la desensibilización completa de cada uno. Wolpe considera que una progresión demasiado rápida correría el riesgo de aumentar la ansiedad más que de disminuirla.

Wolpe advierte de la variabilidad de los clientes en cuanto a las jerarquías, escenas y número de presentaciones necesarias para lograr una desensibilización. Habitualmente, dos presentaciones sucesivas de un ítem producen una puntuación de diez unidades o menos, que permiten pasar al ítem siguiente. En cuanto a la duración del intervalo entre las presentaciones de un ítem, normalmente, está entre diez y treinta segundos, pero siempre estará en función directa del nivel de ansiedad remanente tras la presentación anterior. Antes de la presentación del ítem siguiente o antes de la repetición del mismo ítem el terapeuta se asegurará del buen estado de relajación de su cliente y le advertirá de que si en un momento experimenta que su grado de ansiedad es superior a su grado de relajación haga una señal convenida para que deje de presentarle el ítem correspondiente de la jerarquía.

La eficacia de la DS depende, en gran medida, de la facilidad en imaginar las situaciones o escenas claramente, pues de ello depende que el cliente tenga la impresión de estar ante las escenas realmente temidas. Si un cliente tiene dificultades en representarse con claridad los ítems, puede acudirse a la visualización de las escenas. Algunos clientes tienen más facilidad para visualizar que para imaginar. Hoy, por otro lado, es posible ayudarse de las nuevas tecnologías para representar las escenas y no hay que olvidar que la habilidad para representarse escenas con claridad, como otras habilidades, puede adquirirse. Hay que saber, sin embargo, que Wolpe (1973) informa de que el 90% de pacientes tanto americanos como sudafricanos logra representarse una imagen suficientemente clara. Se espera, pues, que casi el 10% de los clientes no lleguen a representársela.

Para terminar es importante decir que el cliente debe implicarse en los escenas ansiógenas que se le presentan.. No debe representarse las escenas como el espectador pasivo de una película. Si, como dice Ladouceur (1981a) el cliente es más espectador que actor, la distancia entre él y la situación corre el riesgo de bloquear la evocación de ansiedad y de impedir el éxito del tratamiento.

3. VARIANTES DE LA DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA IMAGINARIA.

Las terapias generalmente constan de componentes esenciales y facilitadores. Se entiende por componentes esenciales los que se consideran necesarios para que la terapia sea eficaz, mientras que un elemento facilitador es el que no es siempre necesario para la eficacia de la terapia, pero puede mejorar su efectividad y eficiencia. Una clarificación de los componentes y mecanismos de la DS ayudaría no sólo a una mejor comprensión teórica, sino que permitiría variaciones de procedimiento que posiblemente aumentarían la eficacia y ampliarían sus aplicaciones (Davison y Wilson, 1972; Rachman, 1967, 1968a).

Como hemos dicho, cuando Wolpe elaboró la DS fundamentalmente la aplicó: 1) de forma individual. 2) con la presencia del terapeuta que entrenaba al cliente en relajación muscular, ayudaba al cliente a establecer una o varias jerarquías de la situaciones ansiógenas, explicaba la meta perseguida y valoraba la marcha del procedimiento. 3) presentando los ítems de forma imaginaria, gradual y en estado de relajación, de modo que se dejaban de presentar si despertaban en el cliente ansiedad por encima de un determinado nivel. Para conocer la necesidad de cada uno de estos componentes para la eficacia de la DS se han realizado una cantidad considerable de estudios en que se utiliza una técnica de investigación de los tratamientos conocida como técnica de desmantelamiento (Ver el capítulo 28, apartado 2.3). No es este el espacio adecuado para revisar los estudios realizados a este respecto pero de los estudios realizados vamos a recoger algunas conclusiones a este respecto para conocer la justificación que tienen diversas variantes de la DS, que pasamos a exponer agrupando las distintas variaciones en torno a diversos componente de la DS..

3.1. VARIANTES REFERIDAS A LA GRADACIÓN EN LA PRESENTACIÓN DE ESCENAS Y AL ESTADO DE RELAJACIÓN.

No resulta fácil extraer conclusiones respecto a la necesidad del estado de relajación independientemente de la gradación en la presentación de las escenas, porque los resultados obtenidos en las diferentes investigaciones están vinculados directamente al modo de presentar los ítems de la jerarquía. El estado de relajación y la presentación gradual de los ítems de la jerarquía, sin embargo, son centrales para la fundamentación de la técnica en el principio de inhibición recíproca. Si hay una presentación de los ítems de la jerarquía en ausencia de un agente inhibidor de la ansiedad y, además, la presentación de las situaciones se hace de forma no jerarquizada, el principio de inhibición recíproca pronostica unos resultados poco positivos. Una confrontación del cliente con una situación ansiógena máxima provocaría una ansiedad demasiado intensa y, si se hace sin estar instalada la relajación, se carece de un agente capaz de inhibirla recíprocamente. Por otra parte, la obtención de buenos resultados en estas condiciones iría directamente contra el corazón de la DS.

Los resultados de los estudios indican que cuando el número de presentaciones de los ítems está predeterminado o cuando, para el grupo sin relajación, el número de presentaciones de los ítems de la jerarquía se hace en función del ritmo del grupo de relajación, los resultados del grupo de relajación son superiores (Davison, 1968; Lomot y Edwars, 1967; Rachman; 1965). En cambio, si el número de presentaciones de cada ítem para los dos grupos, se hace en función del nivel de ansiedad, es decir, si el mismo ítem se presenta hasta que el sujeto ya no informa de ningún signo de ansiedad, no se observa ninguna diferencia significativa en desensibilización entre los miembros de los grupos con relajación y sin ella (Cooke, 1968; Craighead, 1973; Gillan y Rachman, 1974; Waters, McDonald y Koresko, 1972). Sin embargo, para alcanzar este resultado, el grupo sin relajación exige, en algunos casos, un número mayor de presentaciones de cada ítem. Cuando la DS se hace en grupo, en vez de individualmente, la relajación no parece constituir una variable crucial (Aponte y Aponte, 1971; Blanchard, 1971;

Calef y Mclean, 1970; Freeling y Shemberg, 1970). Una presentación graduada de la jerarquía permite a los sujetos tratados ser desensibilizados sin ser sometidos sistemáticamente a la relajación.

Parece, pues, que la gradación en la exposición no es necesaria y que de hecho la DS puede ser eficaz cuando el cliente es expuesto directamente a los ítems más altos de la jerarquía, esto es, a los que en teoría deben elicitar más ansiedad (Richardson y Suinn, 1973; Walker y otros, 1981). Igualmente la investigación ha demostrado que la DS puede ser igualmente efectiva con y sin entrenamiento en relajación (Miller y Nawas, 1970; Nawas, Welsch y Fishman, 1970). De estos ejemplos se sigue que el único componente esencial parece ser *la exposición repetida a las situaciones evocadoras de ansiedad sin que el cliente experimente ninguna consecuencia negativa* (Bandura, 1969; Lang, 1969). Esta afirmación hay que tomarla con cierta cautela porque los estudios en que se estudiaron estos componentes facilitadores de la DS se hicieron con voluntarios que presentaban un grado de ansiedad entre ligero y moderado y no con clientes que demandaran atención clínica.

La conclusión de que la exposición gradual y la relajación no son componentes esenciales sino componentes facilitadores no debe llevarnos a despreciar su importancia. Son componentes que es más probable que sean beneficiosos cuando la ansiedad del cliente es severa y que, en el caso de clientes con ansiedad menos intensa, puede hacer que la DS resulte más aceptable a los clientes, menos dolorosa, lo que a su vez motiva a los clientes a permanecer en la terapia.

3.2. VARIANTES REFERIDAS A LA PRESENCIA Y RELACIÓN INDIVIDUAL CON EL TERAPEUTA.

Frente al procedimiento tipo de la DS que se desarrolla con la presencia de un terapeuta que atiende a un sólo cliente pueden situarse dos variantes: la DS autodirigida y la DS en grupo.

La **Desensibilización autodirigida** es un procedimiento en que los clientes usan un material que les facilita el terapeuta y practican la desensibilización a su ritmo. En algunos casos el terapeuta sigue actuando como consultor, mientras que en otros el terapeuta ve al cliente sólo una vez para preparar y estructurar el tratamiento. Morris (1991) considera propio de esta modalidad no sólo la autodirección sino el uso por parte del cliente de un equipamiento electrónico en la presentación del tratamiento. Esta característica sería, a juicio de Morris, la diferencia más importante entre la desensibilización automatizada y autodirigida.

La **desensibilización en grupo** implica, según Morris (1991), básicamente las mismas fases que la DS individual, pero las fases se adaptan a las características del grupo. De ordinario esta variante comporta aproximadamente tres sesiones más que la DS individual asumiendo que se trata el mismo tipo y grado de miedo (Deffenbacher y Suinn, 1988). En este procedimiento se tratan grupos formados por un número de entre cinco y

nueve personas que presentan el mismo tipo de miedo. La relajación se entrena en grupo ya sea sentados o acostados en el suelo. La jerarquía se construye de una de estas tres formas: a) elaboración conjunta (terapeuta y clientes) de los ítems de la jerarquía y el grupo establece un orden en estos ítems; b) el terapeuta aporta una relación de ítems y los miembros del grupo determinan los que son apropiados, las modificaciones que conviene hacer y el orden en que se presentarán; c) el terapeuta elabora con cada cliente su jerarquía individual para su miedo específico con la indicación de que cuando se proceda a la fase de desensibilización propiamente dicha cada cliente se centrará en imaginarse los ítems de su propia jerarquía. Las sesiones son un poco más largas, unos 75 minutos, y la progresión, en caso de jerarquías comunes, se realiza al ritmo de las personas que tienen más dificultad en avanzar.

Los trabajos que han estudiado los efectos de la presencia del terapeuta en la DS vienen a concluir que la eficacia de la DS no reside, fundamentalmente, en la relación terapéutica (Wolpe, 1973). La presencia del terapeuta durante la desensibilización es un elemento importante de cara a los resultados, pero no parece que sea necesaria para la obtención de resultados positivos.

Trabajando con un grupo de sujetos desensibilizados por un terapeuta y con otro en que se trabajaba sin terapeuta, aunque con la ayuda de un registro, Kahn y Baker (1968), Krapfl y Nawas (1969), Donner y Guerney (1969) mostraron la equivalencia de los dos métodos en el tratamiento de distintas fobias y reacciones ansiosas provocadas por las situaciones de examen. Durante la verificación de los resultados, Donner (1970) obtiene datos que indican que los sujetos dsesensibilizados por la técnica automatizada conservan su mejora, pero sólo el grupo que fue desensibilizado por un terapeuta aumenta significativamente la media académica al final del semestre. Los sujetos atribuyen esta diferencia, entre otros factores, al efecto motivacional de la presencia del terapeuta.

En un estudio bien controlado en el plano metodológico y considerado clásico, Lang, Melamed y Hart (1970) muestran que la desensibilización sin contacto continuado con el terapeuta no disminuye de ningún modo las fobias. Investigaciones ulteriores van en el mismo sentido (Clark, 1973; Baker, Cohen y Saunders, 1973; Branham y Katahn, 1974; Linder y McGlynn, 1971; Philips, Johnson y Geyer, 1972).

Los resultados de los estudios respecto a la importancia de la presencia del terapeuta no son, pues, convergentes. Algunos factores que parecen ayudar a mejorar los resultados de la desensibilización puesta en práctica sin la presencia del terapeuta son 1) la comprensión correcta de la lógica del método por parte del cliente; 2) la adecuada motivación del cliente; 3) la adaptación de los ejercicios de relajación; 4) disponer de un terapeuta preparado para intervenir si se produce una dificultad; 5) el seguimiento preciso de las directrices por parte del cliente.

Los autores concuerdan, sin embargo, en decir que el terapeuta no está nunca totalmente ausente de la terapia, puesto que éste debe indicar al cliente la manera de utilizar los manuales, los registros a emplear y las películas o videos que deben visionarse durante el tratamiento.

La posible eficacia de la DS sin la presencia del terapeuta resulta muy interesante, pues el procedimiento comporta una economía de tiempo, permite al cliente asumir la responsabilidad de su tratamiento y, en general, favorece una mayor autonomía.

La importancia de la relación individual con el terapeuta se pone de manifiesto en la desensibilización en grupo. La desensibilización en grupo es posible y deseable, desde el punto de vista terapéutico, cuando se ha dispuesto convenientemente la situación. Cuando se trata de verificar el fundamento teórico de la DS, la utilización del método de DS en grupo corre el riesgo de introducir variables diferentes a las que intervienen en la DS individual. No es necesario sino mencionar el papel de modelos que juegan los otros miembros del grupo (Bandura, 1969).

Lazarus (1961) fue el primero en comparar la DS en grupo con una terapia analítica orientada a interpretar el origen de la neurosis. Trabajó con un grupo de 25 pacientes neuróticos y sus conclusiones muestran que la DS, practicada en grupo, aporta unos resultados significativamente superiores a la terapia basada en la interpretación.

La pregunta central, sin embargo, es si la DS en grupo tiene la misma eficacia que la DS aplicada a una sola persona. Paul y Shannon (1966) compararon directamente las dos modalidades de aplicación en un estudio tendente a reducir la ansiedad de hablar en público. Después de nueve sesiones, la DS en grupo aporta unos resultados similares a los de la DS individual. Además, los sujetos de los dos grupos mejoran más que los del grupo control. Robinson y Suinn (1969) confirman estos resultados en el tratamiento de 20 personas con fobia a las arañas.

En resumen, la DS en grupo da unos resultados equivalentes a los de la DS individual y permite una economía de tiempo. Hay que hacer notar que para lograr estos resultados los temas de las jerarquías de ítems y su ritmo de presentación deben venir determinados por las personas que presenten una ansiedad más acusada.

3.3. VARIANTES REFERIDAS A LA MODALIDAD DE PRESENTACIÓN DE LOS ÍTEMS DE LA JERARQUÍA.

La presentación de los ítems de la jerarquía por parte del terapeuta se hacía, habitualmente, de forma verbal, pero los avances tecnológicos están permitiendo que se usen otros medios (tarjetas, fotografías, diapositivas, videos, imágenes por ordenador, etc.). Estas modalidades de presentación de los ítems de la jerarquía

y las modalidades de acercamiento a los mismos ha dado lugar a las siguientes variantes en la presentación de la desensibilización.

La desensibilización enriquecida. La presentación de los ítems de la jerarquía mediante sugerencias verbales puede verse enriquecida, de aquí su nombre, con diapositivas, fotografías, cassettes, etc. con el fin de ayudar al cliente a imaginarse con viveza las situaciones o escenas. Las nuevas tecnologías ofrecen la posibilidad de crear una realidad virtual generando imágenes provocadoras de ansiedad mediante ordenador (Rothbaum y otros, 1995). Aunque es pronto para valorar la efectividad de la exposición a una realidad virtual es excitante considerar sus benéficos potenciales. Las ventajas radican en la posibilidad de incrementar las situaciones a las que pueden ser expuestos los clientes con gran realismo y el ahorro de tiempo que supone sobre una exposición en vivo.

La desensibilización automatizada. En esta variante la relajación y la desensibilización propiamente dicha se produce presentando a los participantes los ítems viendo u oyendo una serie de escenas bajo la forma de una grabación o leyendo una serie de ítems de una jerarquía que muestra la pantalla del ordenador. Los ítems en todos los casos los prepara el terapeuta con la ayuda del cliente. Esta variante fue desarrollada por Lang (Wolpe, 1969) y después la usaron Migler y Wolpe (1967) y otros (p. e., Chandler y otros, 1988). Este procedimiento permite al cliente establecer su ritmo de progreso y poner en práctica la desensibilización en casa. Algunos autores han verificado experimentalmente la equivalencia de estos modos de presentación. Los resultados vienen a coincidir en que la utilización de tarjetas (Lutker, Tasto y Forgensen, 1972), fotografías, (O'Neill y Howell, 1969) o la descripción del ítem por el mismo sujeto durante la visualización (Denny, 1974) dan los mismos resultados que la presentación verbal. Aunque algunos consideran que este procedimiento es útil sólo cuando no se dispone de otro procedimiento.

Presentación vicaria. Otros trabajos han puesto en evidencia un aspecto interesante de las diversas maneras de efectuar la DS. Denny (1974), Hall y Hinkle (1972) y Mann y Rosenthal (1969) muestran que, en los sujetos que sufren ansiedad en situaciones de examen, la DS puede hacerse también de forma vicaria más que directamente sin que los resultados se vean afectados por ello. La persona que observa a otra que está siendo desensibilizada por un problema superior al suyo, obtiene tantos beneficios como si el terapeuta estuviera actuando directamente con ella. Sería interesante saber qué hace el sujeto observador durante este proceso. Quizás pasa por las mismas etapas que el sujeto tratado. No se puede evitar interpretar este procedimiento a la luz de los trabajos de Bandura (1969, 1977a) sobre el aprendizaje por observación.

3.4. VARIANTES REFERIDAS A LA UTILIZACIÓN DE OTRAS RESPUESTAS INHIBIDORAS DE LA ANSIEDAD.

Algunos autores han intentado verificar si la introducción de un estado opuesto a la relajación (tensión muscular) durante la presentación de los ítems ansiógenos permite alcanzar una desensibilización (Farmer y Wright, 1971; Lomont y Edwards, 1967; Nawas, Welsh y Fishman, 1970; Wolpin y Raines, 1966). Las conclusiones de estos investigadores concuerdan: la presentación de los ítems a un cliente que provoca voluntariamente un estado de tensión muscular induce la desensibilización tan bien como un estado de relajación. La única excepción se encuentra en el estudio de Farmer y Wright (1971) en que para los participantes que hayan tenido una mayor sensibilidad y conciencia de sus reacciones, la DS bajo relajación da unos resultados superiores a la DS bajo tensión muscular. Por consiguiente, la relajación muscular no parece ser esencial para la DS, pues la tensión muscular difícilmente se puede considerar una respuesta fisiológica antagónica a la ansiedad.

La relajación no es ciertamente el único agente de contracondicionamiento utilizado para inhibir la ansiedad. Algunos autores hicieron uso de medicamentos que inducen el efecto deseado durante la DS (Brady, 1971; Friedman, 1968) y el propio Wolpe (1973) administró ansiolíticos menores algunos minutos antes de la sesión. Otros autores han utilizado respuestas inhibidoras de la ansiedad diferentes de la relajación de Jacobson como Rognant (1973), por ejemplo, que muestra los efectos benéficos del Entrenamiento Autógeno de Schultz. Otros terapeutas se sirven del repertorio de conductas disponibles en sus clientes que resultan accesibles con más facilidad que la relajación. Goldstein, Serber y Piaget (1970) utilizaron la ira, Gershman y Stedman (1971) la práctica de artes marciales y Boudreau (1972) el yoga y la meditación trascendental.

Las variantes de más entidad que no utilizan la relajación como agente de contracondicionamiento son, en nuestra opinión, la desensibilización a partir de imágenes emotivas y la desensibilización mediante movimientos oculares.

Las imágenes emotivas. El uso de imágenes emotivas inhibidoras de la ansiedad (por ejemplo, imágenes que despiertan sentimientos de serenidad, afecto, alegría) fue introducido por Lazarus y Abramovitz (1962). Puede ser particularmente útil con niños que presenten fobias. Los componentes son: 1) una jerarquía graduada. 2) una historia contada por el terapeuta en que el héroe favorito del niño se comporta sin miedo ante situaciones de la vida diaria del niño o le anima y apoya para que el niño lo haga de la misma manera. 3) Paso a paso el niño se va imaginando que se enfrenta con las situaciones temidas acompañado de se héroe imaginario o bien, dependiendo del miedo que tenga el niño, en primer lugar se enfrenta el héroe a la situación temida y luego se enfrenta él mientras su héroe le mira, le anima y le refuerza. Además de estas imágenes se han considerado útiles las de humor y risa, que presentan como ventaja frente a la relajación que no tienen que ser aprendidas por los clientes. El uso de estas imágenes se ha mostrado eficaz con una amplia variedad de problemas (Cousins, 1979, 1989) incluido el SIDA (Seligson y Peterson, 1992).

La desensibilización mediante movimientos oculares. Fue desarrollada originalmente por Shapiro (1989) como técnica para tratar los trastornos de estrés postraumático. Este procedimiento no se basó en

hallazgos teóricos o empíricos, sino en la observación causal de que los pensamientos problemáticos de esta autora se solucionaban cuando sus ojos seguían el movimiento acompasado de las hojas durante un paseo en el parque. Shapiro, basándose en esta observación, sostuvo que los movimientos oculares laterales facilitaban la iniciación del procesamiento cognitivo del trauma por parte del paciente. Posteriormente, la desensibilización mediante movimientos oculares se concibió como un tratamiento cognitivo-conductual dirigido a facilitar el procesamiento de la información de los acontecimientos traumáticos y la reestructuración cognitiva de los pensamientos negativos relacionados con el trauma.

En el protocolo básico de la desensibilización mediante movimientos oculares se le pide al cliente que identifique y centre la atención en el recuerdo o imagen traumática (fase de evaluación del problema). Luego, el terapeuta provoca la expresión de cogniciones o creencias negativas sobre el recuerdo. Entonces se le pide al paciente que asigne una evaluación al recuerdo y a las cogniciones negativas con base en una escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad de 11 puntos (0 = nada de ansiedad; 10 = la mayor ansiedad posible) y que sitúe la localización física de la ansiedad. Posteriormente, el terapeuta provoca cogniciones positivas en el paciente que se asociarían preferentemente con el recuerdo. Una vez que el terapeuta ha instruido en el procedimiento básico de la desensibilización mediante movimientos oculares, se le pide que haga cuatro cosas conjuntamente (fase de desensibilización): 1) visualizar el recuerdo; 2) ensayar las cogniciones negativas; 3) concentrarse en la sensación física de la ansiedad y 4) seguir visualmente el dedo índice del terapeuta que se mueve de izquierda a derecha a 30-35 cms de la cara del paciente con dos de esos movimientos pos segundo. Esto se repite 24 veces. Entonces se pide al paciente que deje la mente en blanco y tome aire profundamente. Posteriormente éste vuelve a traer el recuerdo y las cogniciones y asigna un valor en la escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad. Los grupos de movimientos oculares se repiten hasta que la ansiedad valorada por la escala de Unidades Subjetivas sea 0 ó 1.

La desensibilización mediante movimientos oculares ha sido controvertida por la falta de fundamentos teóricos y la carencia de datos empíricos con una metodología sólida (p. e., Herbert y Mueser, 1992; Marquis, 1991). El estudio de Shapiro (1989) con grupo de control evalúa los resultados de la terapia sólo con medidas subjetivas, en vez de hacerlo con medidas objetivas y estandarizadas. Sólo recientemente han empezado a surgir en la literatura estudios empíricos con grupos de comparación adecuados (Boudewyns y otros, 1993), pero hasta ahora la efectividad de la desensibilización mediante movimientos oculares no se ha demostrado conforme a los estándares de validación empírica típicamente exigidos a los procedimientos de terapia de conducta (p. e., Lohr, Tolin y Montgomery, 1996; Meichenbaum, 1994).

Para terminar sólo nos queda decir que este procedimiento puede considerarse también una variante de la inundación imaginaria (Spiegler y Guevremont, 1998).

3.5. VARIANTES REFERIDAS AL OBJETIVO TERAPÉUTICO DE LA DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA.

La DS fue concebida como una técnica para superar las dificultades que presentaban algunas personas para acercarse a situaciones que despertaban en ellos reacciones de ansiedad. Algunos autores introdujeron ciertas modificaciones en cuanto a la concepción de la técnica. Exponemos las dos variantes más extendidas.

Desensibilización como procedimiento de autocontrol. En este acercamiento, desarrollado por Goldfried (1971), la desensibilización se concibe como un entrenamiento del cliente en habilidades de afrontamiento, evidentemente para afrontar la ansiedad. Se instruye a los clientes, por ejemplo, para que practiquen la relajación si perciben un incremento en sus sensaciones de ansiedad y tensión. Se les estimula, durante la fase de desensibilización propiamente dicha, para que se imaginen una escena que produce ansiedad y cuando el cliente comunica al terapeuta que ha conseguido que la escena le provoque ansiedad, el terapeuta le instruye para que siga manteniendo la escena y utilice la relajación para dominar la ansiedad. De esta forma retoman el control sobre una escena de ansiedad que ellos mismos han desencadenado. Se pretende mediante esta estrategia que el cliente sea capaz de identificar sus sensaciones corporales de ansiedad y tensión y eliminarlas mediante la relajación. Esta variación se basa en la consideración de que el cliente no va a estar siempre en condición de abandonar fácilmente una situación que despierta miedo y ansiedad, por lo que deben aprender a afrontar la situación por ellos mismos. El entrenamiento en esta modalidad de desensibilización se suele hacer en el despacho del terapeuta y no es importante que la jerarquía de ansiedad esté orientada a un tema como se hace en la DS tipo (Goldfried y Goldfried, 1977). La condición más importante de estas jerarquías es que esté compuesta por situaciones que despierten una intensidad progresiva de ansiedad, independientemente del tema.

Aunque hay pocos estudios que hayan evaluado la efectividad de la desensibilización de autocontrol, parece que es tan efectiva como la DS tipo para reducir la ansiedad (Spiegler y otros, 1976) y hay cierta evidencia de que las habilidades de afrontamiento se generalizan a otras situaciones evocadoras de ansiedad no relacionadas con las específicamente tratadas en la terapia (Borkovec y Mathews, 1988).

Desensibilización con autoinstrucciones. En este procedimiento para el que se remite al entrenamiento autoinstruccional (Capítulo, 22) el cliente se dice a sí mismo frases tranquilizadoras, cuando experimenta ansiedad y tensión, como recurso para retomar el control de la ansiedad y reducir la tensión.

4. LA DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA EN VIVO.

La utilización preferente por parte de Wolpe de la presentación de los ítems de la jerarquía en imaginación respondió a razones de tipo práctico como, por ejemplo, la dificultad en disponer de situaciones ansiógenas que se ajustaran a los objetivos terapéuticos. Por ello, cuando son posibles las dos modalidades de

presentación, muchos autores favorecen la utilización de la DS en vivo. En la DS en vivo el cliente se expone a los acontecimientos actualmente temidos y no a sucesos imaginados. La exposición es breve y gradual y el cliente tiene la opción de terminar la exposición si llega a ser demasiado incómoda para él. A menudo se utiliza la relajación muscular para competir con la ansiedad, aunque la relajación muscular profunda completa no es posible porque el cliente hace uso de una variedad de músculos durante la exposición en vivo (McGlynn y otros, 1995). Sin embargo es posible para los clientes relajar todos los músculos que no son esenciales para las conductas a realizar y tensar los músculos que pueden estar en acción sólo en la medida en que sea necesario. Este procedimiento se conoce como *relajación diferencial* (Goldfried y Davison, 1994). Por ejemplo, estar de pie requiere cierta tensión en el cuello, espalda y en los músculos de las piernas pero los músculos de la cara, brazos, pecho y abdomen no tienen por qué estar tensos. A pesar de estas preferencias es sorprendente comprobar que se han realizado pocos estudios de un modo sistemático sobre esta comparación y los estudios existentes aportan resultados no concluyentes. Garfield y otros (1967) en un estudio realizado con un número reducido de participantes muestran la superioridad de la DS en vivo mientras que Barlow y otros (1969) concluyen, en un trabajo metodológicamente correcto, la equivalencia de las dos modalidades de DS. Los terapeutas, sin embargo, tienden a utilizar, cuando es posible, la DS en vivo, aunque es prematuro concluir que ésta sea más eficaz.

La desensibilización por contacto. Se practica en vivo con clientes resistentes al acercamiento a las situaciones ansiógenas por lo que utiliza una jerarquía progresiva de acercamiento graduado y además añade el modelado participante (ver Capítulo 16) que, al contar con la presencia del terapeuta, facilita el contacto con la situación, el modelado de la conducta de acercamiento a la situación fóbica y ofrece *feedback* sobre cada actuación concreta (Morris y Kratochwill, 1983).

5. EFECTIVIDAD DE LA DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA.

La DS es la técnica que más investigación ha suscitado. Sin embargo conviene cualificar esta investigación. Kazdin y Wilcoxon (1976) en una revisión encuentran más de setenta estudios en sólo cinco revistas. La mayor parte son estudios realizados en laboratorio con personas que solamente presentaban miedos de mediana intensidad. Consecuentemente, considera Mathews (1978) que la posibilidad de generalizar los hallazgos a los clientes con fobias severas es cuestionable Sin embargo, el resultado neto de todos estos estudios en los que se ha empleado la DS por diferentes terapeutas con poblaciones de clientes diferentes muestra que es una técnica efectiva para tratar la ansiedad neurótica.

La tesis doctoral de Paul (1966) ilustra tanto la eficacia de la DS como el tipo de estrategia de investigación requerida para realizar un estudio bien controlado. Los participantes fueron universitarios con problemas de ansiedad para hablar en público. Antes y después del tratamiento se tomaron las siguientes medidas: cuestionarios de personalidad referidos tanto a la responsividad emocional general como a la ansiedad específica para hablar en público y medidas fisiológicas y conductuales de ansiedad. Estas últimas consistieron en

observaciones fiables de la conducta de los sujetos bajo la situación de estrés que suponía hablar durante cuatro minutos a una audiencia no familiar. Se utilizó un diseño de equiparación dentro del grupo general y luego fueron aleatoriamente asignados a los siguientes cuatro grupos: 1) DS; 2) psicoterapia orientada hacia la comprensión del problema; 3) atención placebo; 4) grupo control (sin tratamiento). Cinco expertos psicoterapeutas pagados, cuya orientación era dinámica y orientada hacia la comprensión e interpretación de los problemas, trataron individualmente a los participantes de cada uno de los grupos durante seis semanas en cada una de las cuales recibían cinco horas de tratamiento. Al finalizar el tratamiento se readministraron las medidas de ansiedad: El procedimiento controló cualquier efecto de halo del terapeuta en favor de la DS, y si hubiese ocurrido favorecería la condición de psicoterapia, pues los terapeutas no estaban familiarizados con la DS y tuvieron que ser entrenados en su uso, mientras que utilizaban el entrenamiento psicoterapéutico diariamente en su consulta. La psicoterapia contemplaba una entrevista y enfatizaba la autocomprensión y el *insight* de la naturaleza psicológica de la ansiedad del sujeto.

A los participantes en el grupo de atención placebo se les dio lo que se les dijo que era un tranquilizante de efecto prolongado, que supuestamente les ayudaría a aprender cómo responder sin ansiedad mientras trabajaban en una "tarea estresante" creada experimentalmente. Se les indicó que este entrenamiento les inmunizaría contra las reacciones de estrés en situaciones normales de interacción social. Esta condición controló efectos atribuibles a factores terapéuticos inespecíficos, como sugestión, expectativas de mejoría y relación cliente-terapeuta.

Los resultados que aparecen resumidos en la FIGURA 12.1 mostraron que la DS produjo de forma consistente una mejora mayor en todas las variables dependientes que la producida por las otras condiciones experimentales. En términos de medidas conductuales de la ansiedad, por ejemplo, mejoran el 100% de los sujetos tratados con DS frente a un 60% en el grupo de psicoterapia, un 73% en el grupo de atención placebo y un 24% en el grupo control. La psicoterapia y el tratamiento placebo fueron superiores al no tratamiento en términos de medidas conductuales y autoinformes, pero solamente el grupo de DS mostró una reducción significativa de la activación fisiológica con relación al grupo de control, por lo que estos efectos deben atribuirse al tipo de tratamiento recibido. Una evaluación del seguimiento basada en un autoinforme de la ansiedad de los sujetos, seis semanas y dos años después de la terapia, demostró, esencialmente, la misma pauta de resultados. Mejoraron el 85% de los participantes que recibieron DS al mostrar una reducción de la ansiedad subjetiva, mientras que sólo mejoran el 50% de los miembros de los grupos de psicoterapia y atención placebo y el 22% de los participantes en el grupo de control sin tratamiento. Además, las personas tratadas con DS no sólo mantuvieron su mejora terapéutica, sino que además no mostraron ninguna forma de sustitución de síntomas. Este estudio no demuestra que la psicoterapia sea superior a la atención placebo, aunque antes de llegar a una conclusión definitiva habría que desarrollar la psicoterapia durante un período de tiempo más prolongado.

SITUAR AQUÍ LA FIGURA 12.1

Otro estudio que demuestra la eficacia de la DS con pacientes fóbicos es el de Lazarus (1961). Trabajó con treinta y cinco pacientes fóbicos incluyendo acrofobia (miedo a las alturas), claustrofobia (miedo a los lugares cerrados), e impotencia sexual (miedos sexuales) y un grupo de fobias mixtas. Los participantes fueron equiparados en cuanto a sexo, edad, severidad y tipo de fobia y fueron aleatoriamente asignados a dos grupos de tratamiento, DS y psicoterapia interpretativa. La psicoterapia suponía la autoexplicación sobre el origen y fuente de los trastornos fóbicos. Lazarus realizó tanto el tratamiento de DS como el de psicoterapia durante veintidós semanas.

Los resultados del tratamiento para los pacientes acrofóbicos y claustrofóbicos fueron objetivamente evaluados un mes después de la terapia, pidiéndoles una demostración pública acerca de sus miedos previos ante un observador imparcial. Únicamente los participantes impotentes y quienes padecían fobias mixtas no fueron objetivamente evaluados. Se consideró efectivo el tratamiento si los pacientes mostraban indiferencia o neutralidad total ante los estímulos fóbicos. La conducta fóbica de 13 de los 18 pacientes que recibieron DS fue completamente extinguida, mientras que sólo dos de los 17 sujetos que recibieron psicoterapia respondieron favorablemente. La evidencia de la eficacia superior de la DS revelada en estos hallazgos se incrementa por el hecho de que 10 de los 15 fóbicos que no mostraron mejoría como resultado de la psicoterapia fueron tratados posteriormente con éxito con una media de diez sesiones de DS. Las medidas de seguimiento obtenidas después de una media de nueve meses, establecieron que, alrededor del 80% de los participantes tratados con éxito con la DS habían mantenido su mejoría y no evidenciaron ninguna sustitución de síntomas.

Podemos decir que aún es mayor la efectividad de la DS si atendemos a la efectividad de la DS autoadministrada. En este procedimiento los clientes usan un material escrito mediante el que se les enseñan detalles del procedimiento y a llevar a cabo su propio tratamiento sin una supervisión directa por parte del terapeuta. Rosen, Glasgow y Barrera (1976) han mostrado que la DS totalmente autoadministrada es tan efectiva como la dirigida por el terapeuta. Estos resultados impresionantes se mantuvieron durante dos años de seguimiento.

6. INTERPRETACIONES TEÓRICAS DE LA DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA.

La cuestión que planteamos en este apartado versa sobre las distintas explicaciones que se han dado sobre el fundamento de la eficacia de la DS. Nos centramos en las mas comunes o participadas.

El contracondicionamiento. La teoría original de Wolpe implicaba en la DS un proceso de contracondicionamiento en el que se asume que la ansiedad y el miedo se aprenden por un proceso de

condicionamiento. En la DS una respuesta desadaptada (la ansiedad) es sustituida por una respuesta adaptada (la sensación de relajación u otras respuestas opuestas a la ansiedad) ante estímulos evocadores de ansiedad. El problema que presenta esta explicación es que la DS puede ser efectiva sin que se pretenda instaurar una respuesta competidora de la ansiedad.

La inhibición recíproca. La teoría de Wolpe sobre la DS incluye una explicación neurofisiológica más básica. Las manifestaciones físicas de nuestras respuestas emocionales (por ejemplo, el incremento de la tasa cardíaca) están controladas en gran medida por el sistema nervioso autónomo, que se divide en dos ramas simpática y parasimpática. Los síntomas físicos de la ansiedad son básicamente funciones simpáticas, mientras que la relajación generalmente se asocia con las funciones parasimpáticas. Ambas ramas son antagónicas entre sí de modo que en cualquier momento domina una u otra, la simpática o la parasimpática. Durante el proceso de DS la ansiedad del cliente es inhibida por una respuesta fisiológica recíproca u opuesta. A este proceso se le conoce como inhibición recíproca. El problema que presenta esta explicación es que la actividad simpática y la parasimpática son sólo parcialmente independientes porque ambas ramas del sistema nervioso autónomo siempre están activas en cierta medida.

Extinción. Otra explicación sugiere que el mecanismo básico que está trabajando en la DS es la extinción (Wilson y Davison, 1971). Esta explicación asume que la ansiedad o miedo se aprende por un proceso de condicionamiento clásico. En la DS se produciría una desconexión entre el estímulo condicionado (pedir una cita a una chica) y el estímulo incondicionado (ser rechazado) gracias a la exposición repetida al estímulo condicionado sin que se siga el estímulo incondicionado. La relajación o el agente de contracondicionamiento no sería necesario para la desensibilización sino que obrarían más bien como elementos que facilitan la exposición a estímulos provocadores de ansiedad. Sería la exposición la que conduciría a la reducción o extinción de las fobias.

Los factores cognitivos. Las explicaciones que apelan a estos factores para fundamentar los efectos de la DS apelan a cambios en el pensamiento del cliente, cambios que pueden ocurrir en, al menos, tres formas diferentes.

1. La exposición sin consecuencias aversivas a las situaciones elicitadoras de ansiedad durante la DS puede haber producido un pensamiento más realista sobre las situaciones (Borkovec y Whisman, 1996). El pensamiento realista hace que las situaciones aparezcan como menos amenazantes. La DS, como dijimos en un principio, está indicada para tratar la ansiedad irreal en el sentido de ser inapropiada y exagerada para la situación. La relajación jugaría el papel de ayudar a los clientes a enfocar y pensar más objetivamente sobre su ansiedad, lo que les permitiría verla como no realista.

2. Una segunda explicación cognitiva sugiere que la DS lleva a los clientes a generar la expectativa de que serán menos miedosos de lo que asumieron que serían al exponerse a los estímulos evocadores de la ansiedad. Este cambio en las expectativas ocurre porque el nivel de ansiedad de los clientes se reducen

durante la DS. La explicación de los efectos de la DS en términos del cambio de expectativas es consistente con el dato de que cuando a las personas se les convence de que son menos temerosos, se llegan a sentir como tales. Valins y Ray (1967) realizaron dos experimentos tendentes a verificar esta hipótesis. La metodología utilizada en estos experimentos ha sido criticada con dureza, por la ausencia de un test conductual como criterio de selección de los sujetos (Kent, Wilson y Nelson, 1972; Borkovec y Glascow, 1973), por la equivalencia establecida *a priori* de las diapositivas que mostraban una serpiente y de las que representan la palabra *choque* (Sushinsky y Bootzin, 1970), por la ausencia de un grupo que recibiera una información verídica sobre sus reacciones fisiológicas frente a las diapositivas ansiógenas (Rosen, Rosen y Reid, 1972; Gaupp, Stern y Galbraith, 1972), y, por último, por la ausencia de presentación de *feedback* durante la tarea a cumplir. Las investigaciones de Borkovec (1974), sin embargo, muestran que, en algunas condiciones, tal información influye en los resultados de la DS.

3. Una tercera explicación mantiene que la DS puede fortalecer las creencias de los clientes de que son capaces de afrontar su ansiedad. Estas creencias se considera que se desarrollan a partir de las repetidas exposiciones con éxito a lo largo de la DS. El cliente experimenta que de forma repetida se imagina a sí mismo en situaciones provocadoras de ansiedad sin experimentar consecuencias negativas ni sensaciones de ansiedad (Bandura 1977a, 1978, 1984). La investigación a este respecto ha sido amplia como puede verse en Ladouceur (1981a).

Factores inespecíficos. Esta explicación mantiene que la DS es eficaz debido a una serie de factores que forman parte de todas las terapias y no de ningún factor específico. Entre estos factores inespecíficos, objeto de investigación estaría la atención del terapeuta. Este factor se ha investigado comparando los resultados en clientes que sólo reciben atención del terapeuta con clientes que reciben DS. Los resultados no son concluyentes (Kazdin y Wilcoxon, 1976; Strupp, 1995).

Otras interpretaciones teóricas. Además de las explicaciones expuestas hay más propuestas explicativas.

. Leitenberg y sus colaboradores (Agras, Leitenberg y Barlow, 1968; Leitenberg y otros, 1968; Leitenberg y otros, 1975) interpretan este método terapéutico desde los principios del condicionamiento operante.

. En un contexto psicofisiológico, algunos autores observan una disminución de la activación fisiológica en los sujetos sometidos a DS. De ahí que recurran al proceso de la habituación para explicar las bases teóricas de este método terapéutico (Lader y Wing, 1966; Lader y Mathews, 1968; Watts, 1971, 1973). En una serie de investigaciones experimentales, Van Egeren (Van Egeren, 1970, 1971; Van Egeren, Feather y Hein, 1971) precisa la justificación de esta explicación teórica.

. Hekmant postula, haciendo referencia a la teoría de Staats (1975), que la DS lleva primero a la modificación de actitudes a la vista de los estímulos de ansiedad. Estos últimos provocarían unas actitudes negativas, que serían eliminadas mediante la utilización de un recondicionamiento semántico (Bechtel y McNamara, 1975; Hekmat, 1972, 1973; Hekmat y Vanian, 1971).

. Goldfried (1971, 1973) ya vimos cómo interpreta la DS como un aprendizaje de habilidades nuevas que permiten al cliente hacer frente adecuadamente a las situaciones difíciles. El cliente adquiere no sólo una habilidad específica para eliminar un problema preciso, sino que también desarrolla una estrategia nueva para afrontar otras situaciones difíciles.

En resumen, se han propuesto muchas explicaciones teóricas alternativas para explicar cómo funciona la DS. Actualmente, parece dominar, aunque sin consenso general, la exposición a los estímulos fóbicos sin consecuencias aversivas. Las diferentes explicaciones podrían fundarse y justificarse en que contamos con investigaciones realizadas sobre diferentes sujetos que presentan problemas distintos y que en cada caso son tratados por terapeutas diferentes. Parece posible, en todo caso, que en la DS estén operando una serie de fenómenos variados. Seguramente se alteran los esquemas cognitivos de la respuesta de ansiedad, pero también ocurren cambios fisiológicos, así como cambios en la respuesta conductual global. Se sabe que estos tres sistemas de respuesta están unidos de alguna manera, de modo que cada uno de ellos podría estar afectado por influencias directas e indirectas compartidas, así como por bucles de retroalimentación mutua. Podría ocurrir, entonces, que la DS proporciona nueva información sobre una situación, objeto o emoción temidos, que esta información se procesa en las áreas cognitiva, fisiológica y conductual y sirve para inhibir la experiencia de la ansiedad y de la evitación.

CAPÍTULO 13. IMPLOSIÓN E INUNDACIÓN.

1. INTRODUCCIÓN.

En general la psicoterapia se inicia con una confrontación bien con uno mismo, bien con la propia conducta o, en la mayoría de los casos, con ambos a las vez. De hecho culturas antiguas y filosofías orientales defienden los métodos de confrontación con los síntomas como tratamiento para los diversos estados de ansiedad. La mayor parte de los psicoanalistas clásicos, sin embargo, juzgan peligrosas estas técnicas, aunque Freud sugirió que el psicoanálisis sólo no era suficiente para el tratamiento de los pacientes fóbicos y para dominar las fobias recomendaba algún tipo de acercamiento a la situación ansiógena. En la actualidad, como hemos dicho en el capítulo 10, parece dominar el paradigma de exposición. Respecto a la exposición hay una tendencia a distinguir dos modalidades de confrontación directa con los síntomas, la exposición simple (no prolongada en exceso y

gradual) a los estímulos o situaciones fóbicas y la exposición prolongada y en algunos casos acompañada del incremento provocado y pretendido de respuestas emocionales intensas. En el capítulo anterior hemos expuesto los diversos procedimientos de exposición breve y gradual sea en vivo o en imaginación. En este exponemos las técnicas de exposición prolongada y directa con las situaciones ansiógenas.

La exposición prolongada a las situaciones ansiógenas ofrece también dos variantes, la implosión y la inundación. La implosión fue propuesta por Stampfl y Levis (1967). Esta técnica combina los principios psicoanalíticos con los procedimientos derivados de las investigaciones de Baum en psicología experimental y defiende que en algunos casos es necesario provocar una ansiedad de intensidad máxima para obtener buenos resultados. Baum demostró que la presentación masiva de estímulos generadores de ansiedad junto a la prevención de la respuesta de evitación era suficiente para provocar la extinción del comportamiento fóbico sin necesidad de provocar un grado máximo de ansiedad y creó en 1968 el término inundación para referirse a su propuesta. Ambas técnicas comparten el exponer desde el principio a los clientes a escenas generadoras de ansiedad en grado máximo sin entrenamiento previo en relajación.

2. LA TERAPIA IMPLOSIVA.

Stampfl y Levis (1967, 1969, 1976) en su propuesta de una nueva terapia han extendido la teoría de los dos factores de Mowrer al área de la psicopatología, pero a diferencia de Eysenck no creen que esta teoría deba modificarse de forma tan notoria como lo hace Eysenck al añadir conceptos tales como la preparación biológica y la incubación. Stampfl y Levis aceptan que el inicio de la mayor parte de los trastornos de ansiedad son el resultado de experiencias específicas de castigo y dolor experimentadas en el pasado, que confieren a los pacientes, gracias a un proceso de condicionamiento clásico, reacciones emocionales intensas a estímulos inicialmente no punitivos. Hasta aquí Stampfl y Levis se mantienen dentro del primer factor o proceso de la teoría de los dos factores. Los estímulos condicionados resultantes alimentan la fuente motivacional para desarrollar conductas sintomáticas diseñadas para escapar o evitar de la estimulación aversiva condicionada. Estas conductas de escape o evitación que reducen la ansiedad o miedo clásicamente condicionado constituye el segundo factor o proceso al que responde también la terapia implosiva. Una variante en la teoría de Stampfl y Levis sobre la teoría de los dos factores es que ellos creen que el mantenimiento de los síntomas o conductas de evitación se explica mejor a partir de la hipótesis de la conservación de la ansiedad de Solomon y Wynne (1954).

Brevemente expuesta la hipótesis de Solomon y Wynne postula que el exponer a un organismo durante un intervalo largo de tiempo a ECs tiene como resultado un incremento del nivel de miedo y que en los ensayos subsiguientes tal incremento en el miedo podría recondicionar la respuesta de evitación dando lugar a respuestas de evitación de latencia más breve. Esta menor latencia en la respuesta de evitación conduce a experimentar una menor exposición a los ECs y a un incremento del miedo a segmentos no expuestos del EC. Si el EC complejo

comprende un conjunto de estímulos que difieren entre sí en un serie de dimensiones, tal condición podría incrementar considerablemente la ansiedad.

De acuerdo con esta hipótesis, Stampfl y Levis (1967) creen que el objeto que despierta miedo en un cliente no es más que la parte inicial (E_1) de una cadena de estímulos a evitar (E_2, E_3, E_4). Muchos de estos estímulos a evitar se asume que están codificados en la memoria y que son capaces de funcionar en la exposición como estímulos condicionados de orden superior, de modo que al extinguir el $E_{1,}$ el E_2 es liberado de la memoria con un incremento notorio del nivel de miedo que tiene como resultado el restablecimiento de la respuesta de evitación al segmento E_1 del estímulo complejo. Levis y Boyd (1979) y Levis y Hare (1977) justifican que la extinción se retardará en la medida en que el organismo es capaz de protegerse a sí mismo o de controlar la cantidad y duración de la exposición a los ECs mediante la conducta de evitación.

Para desaprender los síntomas hay que extinguir la respuesta emocional presentando la totalidad del EC complejo en ausencia del EI. Según Stampfl, para ello conviene reproducir la situación en que tuvo lugar el aprendizaje o una situación similar sin que el cliente experimente dolor físico. Al experimentar esta situación de nuevo, puede extinguirse la ansiedad porque los estímulos condicionados generadores de ansiedad se viven ahora sin consecuencia traumática alguna. Para descondicionar durante el tratamiento el EC complejo, el cliente guiado por el terapeuta debe imaginarse una serie de escenas referidas a sus problemas y esforzarse por conseguir los máximos niveles de ansiedad. El terapeuta tratará de que el cliente recree mentalmente la experiencia traumática con los sonidos, olores e, incluso, efectos sonoros que pudieran estar asociados a ella. Se estima que el efecto de la extinción será tanto mayor cuanto más se asemejen las escenas presentadas a los estímulos del aprendizaje inicial.

La puesta en práctica de la terapia implosiva consta de dos fases (Stampfl y Levis, 1967):

a) la construcción de una jerarquía de evitación compuesta sólo por estímulos capaces de producir el nivel máximo de ansiedad en el cliente. Los estímulos que componen esta jerarquía son de dos tipos, los directamente asociados a los síntomas y los estímulos hipotéticos que a su vez son de dos órdenes, unos derivados del conocimiento que el terapeuta tiene del cliente y otros elaborados a partir de la interpretación psicoanalítica del terapeuta. Puesto que los estímulos hipotéticos son especulativos es crítico determinar si se ajustan a la experiencia del cliente. Se asume que los estímulos hipotéticos son relevantes para el cliente si el cliente muestra respuestas emocionales intensas cuando el terapeuta introduce las sugerencias. Esta jerarquía la elabora el terapeuta sólo tras completar la entrevista inicial.

b) la presentación de estos estímulos a los sujetos con la intención de producirles el mayor grado de ansiedad posible por lo que la descripción de las escenas elicitadoras de ansiedad son exageradas y fantaseadas con detalles para facilitar el incremento de la ansiedad del cliente. Estas exageraciones llevan a que, en algunos casos, los clientes se den cuenta de que sus peores miedos son absurdos y no pueden ocurrir en realidad.

En el desarrollo de la terapia el terapeuta describe la terapia implosiva al cliente, lo que viene a ocurrir en la tercera sesión y tras las indicaciones oportunas se presenta cada escena al cliente mientras tenga capacidad para provocarle un alto grado de ansiedad. Cuando ésta disminuye, Stampfl supone que se ha producido la extinción a esa escena. Es importante hacer notar que algunos autores (Spiegler y Guevremont, 1998) indican como tercera característica de la implosión el que las escenas se elaboren y transformen a medida que se van produciendo las presentaciones. Se puede comenzar con una escena preparada que despierte ansiedad, pero tras la presentación el terapeuta pregunta al cliente cómo se ha sentido y qué está pensando y, tras recibir feedback del cliente, el terapeuta ajusta y adorna la escena. Además terapeuta y cliente pueden practicar el *role playing* como parte de la presentación de la escena. Tras esta presentación y elaboración el terapeuta introduce una nueva escena. La terapia concluye cuando el terapeuta ya no puede aumentar más la ansiedad del cliente, o éste ya no la siente en absoluto.

En primer lugar, como hemos dicho, se abordan los estímulos asociados con problemas manifiestos. Sólo cuando se ha extinguido la ansiedad asociada a estos estímulos y, en el caso de algunos pacientes con patologías graves, Stampfl, de una gran experiencia clínica, utiliza la secuencia de estímulos hipotéticos (Levis, 1995). En los casos de patologías graves Stampfl considera muy importante esta parte del tratamiento, puesto que incorpora los elementos psicodinámicos referidos al problema de base del paciente. Estos estímulos hipotéticos comprenden especialmente la expresión de hostilidad y agresividad hacia las figuras paternas, experiencias de rechazo y abandono, debilidad, culpabilidad y vergüenza. Tras cada sesión se le indica al cliente que practique en casa imaginando escenas implosivas una vez al día hasta que tenga lugar la sesión siguiente.

Trudel, Maruca y Leroux (1973) presentan un excelente ejemplo clínico de terapia implosiva en sujetos que presentan una fobia a las serpientes. El terapeuta, después de dos ó tres sesiones de evaluación puede presentar escenas asociadas directamente con esta fobia. Por ejemplo, pide al paciente que se imagine que está viendo una serpiente. Después, una vez que se ha llevado a cabo la extinción de la ansiedad ante esta escena, puede pedir al sujeto que se imagine que coge en sus manos la serpiente. Al presentar estas escenas, el terapeuta trata de suscitar al máximo la ansiedad hasta que ésta llega a extinguirse. A medida que el tratamiento va progresando, va introduciendo otra serie de estímulos que le interesa también que se descondicionen. Así, puede pedir al sujeto que se imagine que la serpiente le muerde un dedo, la cara, los ojos, la nariz. La serpiente puede incluso introducirse en su boca, descender hacia el estómago y devorar al sujeto por dentro. La escena puede tener una connotación sexual en la situación que el paciente se imagina que se traga una serpiente, o que ésta le sale por la vagina o que le castra. El proceso se repite con nuevas variaciones en las escenas e introduciendo otros estímulos asociados a la fuente profunda de la ansiedad del paciente.

Hay que notar que estudios llevados a cabo por discípulos de Stampfl como los de Hogan y Kirchner (1967) y Hogan (1966, 1968) sobre la terapia implosiva en el tratamiento de la ansiedad, fobias y trastornos psicóticos, no utilizaron ninguna secuencia hipotética en su tratamiento. Esto confirma que la presentación de

estímulos hipotéticos no forma parte del núcleo de la técnica ni que la presentación de estos estímulos sea esencial para obtener resultados terapéuticos positivos. Lo que sí parece distinguir la implosión de la inundación es que en la implosión se sugiere despertar el grado máximo de ansiedad para acceder así a ciertos componentes de la situación inicial que pudieran ser poco accesibles a la conciencia en un grado de ansiedad o miedo no intenso.

En conclusión puede decirse que en la medida en que la terapia implosiva no insista en incluir la secuencia hipotética derivada de los principios psicodinámicos es un verdadero método de terapia de conducta. Son precisas, por otro lado, evaluaciones clínicas controladas, dado que esta técnica comporta una serie de riesgos en algunos pacientes (Lamontagne y Lamontagne, 1975). A pesar de todo la terapia implosiva es uno de los métodos de tratamiento por exposición súbita a los estímulos generadores de ansiedad del que se deriva la inundación imaginaria que presentaremos a continuación.

3. LA INUNDACIÓN.

En la literatura se emplean, a veces, como términos equivalentes implosión e inundación, por lo que es necesario pronunciarse sobre ello ya que, en nuestra opinión, se diferencian claramente en algunos matices. La inundación provoca una confrontación inmediata del sujeto con su miedo sin posibilidad de escape. Esta confrontación se puede llevar a cabo de forma *imaginaria*, el cliente visualiza las escenas generadoras de ansiedad durante un determinado tiempo, y *en vivo*, tomando contacto con el objeto real de su miedo. A lo largo del tratamiento, el terapeuta no intenta aumentar la ansiedad del paciente (Lamontagne, 1972). Por su parte, la terapia implosiva, en principio, es una *técnica simbólica* que trabaja con imágenes que tengan relación directa e indirecta con el miedo del cliente y se intenta que mantenga la ansiedad a un nivel máximo durante la mayor cantidad de tiempo posible. En algunos casos, como hemos dicho, contempla también el uso de una jerarquía de estímulos hipotéticos basados en la teoría psicodinámica.

El procedimiento básico de la inundación tiene dos componentes: a) la exposición prolongada a los estímulos que elicitan altos niveles de ansiedad. b) la no emisión o dedicación durante la exposición a cualquier respuesta que le permita reducir la ansiedad. Las conductas que utilizan los clientes para reducir su ansiedad son altamente desadaptadas, por ejemplo, en el caso de un paciente bulímico el vómito reduce la ansiedad del cliente por haber comido mucho y poder ganar peso. En la inundación se previene o impide la emisión de una conducta reductora de la ansiedad, en el ejemplo del paciente bulímico el vómito, y a las medidas que se toman para conseguir este fin se le conoce como *prevención de respuesta*.

3.1. BASES EXPERIMENTALES.

La técnica de exposición con prevención de la respuesta de evitación llamada también inundación fue desarrollada por Morrie Baum a partir de la investigación con animales en el laboratorio. Se utiliza cuando se ha

aprendido una respuesta de evitación de una fóbica, fobia que se presume también que es aprendida. La técnica de laboratorio consistía en obligar al animal a permanecer en presencia del estimulo o de la situación que le provocaba miedo sin posibilidad de emitir una respuesta de evitación (Baum, 1966).

Tras el hallazgo central, Baum investigó, trabajando con ratas, los factores responsables de la eficacia de la inundación. Las conclusiones a que llegó pueden resumirse en los siguientes puntos:

1. El sobreentrenamiento en el aprendizaje de la conducta de evitación disminuye o aumenta la eficacia de la exposición con prevención de la respuesta de evitación según hayan aparecido o no errores en el periodo de sobreaprendizaje (Baum, 1968). En otras palabras, en la práctica clínica este enunciado implica que la eficacia de la inundación será mayor en los clientes que siempre emiten una respuesta de evitación ante los estímulos o situaciones fóbicas.
2. La mayor intensidad de las descargas eléctricas usadas como estímulo incondicionado aversivo disminuye la eficacia de la técnica (Baum, 1969a).
3. La duración de la sesión de exposición con prevención de respuesta constituye un parámetro importante en la eficacia de la inundación (Baum, 1969a; Baun y Poser, 1971). A más duración de la sesión mayor eficacia de la inundación.
4. La exposición con prevención de la respuesta de evitación se mostró tan eficaz para extinguir la conducta aprendida de manera gradual como para eliminar la conducta aprendida en el curso de una sola sesión de entrenamiento.
5. La observación de sujetos mientras practican la prevención de respuesta, por una parte, y la exploración de la situación, por otra, facilita la puesta en práctica de la prevención de respuesta lográndose una extinción más rápida que si no se hubiese producido la observación de modelos y la exploración de la situación (Baum, 1969b; Lederhendler y Baum, 1970).

3.2. TEORÍAS EXPLICATIVAS DE LA EFICACIA DE LA INUNDACIÓN.

Baum (1970) explica la eficacia de la exposición con prevención de la respuesta, principalmente, basándose en la teoría de los dos factores ya presentada en el apartado 2 de este capítulo. De acuerdo con esta teoría la inundación es simplemente una exposición prolongada a los estímulos o a la situación que provoca el miedo y que produce una extinción pavloviana del miedo aprendido. No obstante, esta teoría no explica de manera completa la eficacia de la inundación, puesto que, aunque deje de emitirse la respuesta de evitación, Baum observó que los animales emitían una serie de conductas que hacían suponer que el miedo no había desaparecido de manera completa. Por ello Baum sugiere la teoría de la respuesta competitiva, según la cual la inundación haría aparecer una nueva respuesta que compite con la respuesta de evitación. Esta teoría no postula la desaparición del miedo gracias a una extinción pavloviana, sino que el miedo se mantiene, pero es dominado por la nueva respuesta aprendida durante la inundación. Entre las nuevas respuestas competitivas aprendidas se incluye, naturalmente, la

relajación, pues como Baum (1969b) observó la actividad exploratoria aumentaba en función de la duración del tratamiento y las conductas de exploración son consideradas generalmente como incompatibles con la ansiedad. Esta teoría permite explicar el porqué se siguen presentando algunos signos de miedo en el animal incluso después de haber desaparecido la respuesta de evitación. Desde el punto de vista clínico, esta teoría es igualmente capaz de explicar, en parte, la eficacia de la inundación en sujetos humanos, aunque en la clínica es difícil verificar la aparición de una relajación profunda durante el tratamiento de inundación, al menos si se tienen en cuenta los informes subjetivos de los clientes.

Un punto de vista alternativo para explicar la eficacia de la inundación es la teoría del aprendizaje social. De acuerdo con esta teoría los efectos de la inundación son explicados en términos de la modificación del sentido de la eficacia personal del cliente. Desde esta perspectiva, todas las formas de tratamiento influyen en las expectativas de los clientes respecto a si pueden enfrentarse con éxito a una situación previamente temida. La teoría de la autoeficacia también facilita una explicación respecto a la necesidad o no de evocar una ansiedad de intensidad máxima durante la inundación en orden a producir una mejora. Según esta teoría, no es la intensidad del impulso de ansiedad sino la función informativa de la situación a la que el cliente está expuesto la que determina los efectos de una exposición prolongada. Marshall y otros (1977) han propuesto un análisis de la inundación que es similar a la teoría de la autoeficiencia. Ellos sugieren que la conducta fóbica se reduce en la medida en que el tratamiento de inundación incrementa la confianza del cliente a enfrentarse con situaciones previamente temidas. Desgraciadamente estamos hablando de teorías que requieren un análisis sofisticado y complejo con el fin de dar cuenta de las pautas altamente variables de los resultados terapéuticos que se obtienen con la inundación.

Concluimos diciendo que, aunque ninguna de estas teorías explica de manera satisfactoria la eficacia de la inundación, los resultados en clínica justifican su aplicación a diversos trastornos psicológicos.

3.3. MODALIDADES DE APLICACIÓN DE LA INUNDACIÓN.

3.3.1. La inundación en vivo.

La inundación en vivo implica la exposición intensa y/o prolongada a estímulos o situaciones actuales que provocan ansiedad. Parece ser la modalidad de exposición a elegir, cuando no hay problemas en cuanto a la modalidad de acercamiento, si nos atenemos a los resultados de muchos estudios clínicos y analógicos que han demostrado la superioridad de la exposición en vivo sobre la exposición en imaginación.

En un estudio realizado por Emmelkamp y Wesels (1975) participaron 26 agorafóbicos asignados al azar a: 1) exposición en vivo; 2) exposición imaginaria presentada por el terapeuta, y 3) combinación de exposición imaginaria y en vivo. Todos los pacientes recibieron el mismo tiempo de inundación, cuatro sesiones de 90

minutos. Los sujetos, los terapeutas y el evaluador independiente, que ignoraba las condiciones del tratamiento, registraron los diversos síntomas en diferentes escalas de evaluación: una escala de evitación y ansiedad fóbica, una escala de ansiedad social, una escala de evaluación de miedos y una escala de evaluación de depresión. Todas las medidas fueron registradas antes, durante, inmediatamente después del tratamiento y tras un período de seguimiento de un mes. Los resultados confirmaron la superioridad de la exposición en vivo y que la combinación de exposición imaginaria más inundación en vivo no es superior a la exposición en vivo sola.

La exposición en vivo está indicada no sólo en los casos de conductas fóbicas sino también para tratar trastornos obsesivo compulsivos (p. e., Abramowitz (1996), Steketee (1994).

3.3.2. La inundación en imaginación.

La inundación en imaginación sigue los mismos principios y procedimientos básicos usados con la inundación en vivo a excepción de que la exposición ocurre en la imaginación del cliente. Una ventaja de la exposición imaginaria es que no hay restricciones en la naturaleza de las situaciones evocadoras de ansiedad que pueden tratarse. La utilidad de esta característica ha quedado de manifiesto al poder tratar mediante inundación imaginaria a víctimas de experiencias traumáticas tales como desastres naturales y agresiones físicas. Las personas que sufren estas experiencias padecen de estrés postraumático que se caracteriza por: a) series recurrentes e inquietantes de la experiencia; b) la evitación de cualquier estímulo asociado con el acontecimiento; 3) una variedad de síntomas estresantes que incluye ansiedad, depresión e incapacidad para concentrarse. En estos casos la exposición en vivo no está indicada por razones prácticas y éticas. La inundación imaginaria sí es adecuada para recrear las circunstancias del trauma sin peligro. La inundación imaginaria fue utilizada por primera vez para tratar el estrés postraumático en los veteranos del Vietnam (Foa y Rothbaum, 1989). Ahora se está aplicando también a traumas tales como la violación (Foa y otros, 1991) y los efectos de las guerras en la población civil (Saigh, 1986, 1987).

La práctica tradicional de comenzar con la exposición a estímulos imaginados y de pasar posteriormente a estímulos reales en vivo no está justificada empíricamente. Puede ser, sin embargo, de interés en aquellos casos en que la exposición en vivo es de difícil aplicación o a modo de motivación adicional en aquellos pacientes que no se atreven a iniciar el tratamiento con una exposición en vivo (Levis y Rourke, 1991). En los demás casos no parece aconsejable, porque el cliente, a pesar de haberse habituado a los estímulos en imaginación, sigue experimentado miedo a esos estímulos en la situaciones en vivo (Watson, Gaind, y Marks, 1972). Por otra parte, no está aún claro el valor de la exposición imaginada a ciertos estímulos internos suscitadores de ansiedad (temor a sufrir infarto, temor a desmayarse, etc...).

3.3.3. La inundación en grupo.

La escasez de personal especializado puede justificar la utilización de la inundación en grupo que resulta además económicamente interesante. Otra ventaja de la inundación en grupo es el posible aumento de la motivación y la cooperación de los pacientes y la posible disminución de la ansiedad ante la situación fóbica gracias a la cohesión del grupo y al reforzamiento mutuo. El aprendizaje por imitación puede llegar a dominar la ansiedad durante la exposición, aunque hay que prevenir las reacciones en cadena al tratar ataques de pánico.

Hand, Lamontagne y Marks (1975) investigaron las posibles ventajas de la inundación en vivo en grupo. Los resultados más interesantes fueron que: a) la terapia en grupo es un tratamiento eficaz para la agorafobia; b) la cohesión del grupo facilita la exposición a las situaciones fóbicas; c) puede tener resultados adicionales no planificados, en este estudio se produjo una mejoría en el nivel de socialización y de autoafirmación.

La exposición en grupo está especialmente indicada cuando el cliente vive sólo, carece de habilidades sociales o mantiene una relación de pareja conflictiva en que el cónyuge no va a resultar cooperador en el tratamiento.

3.4. LA INUNDACIÓN EN VIVO COMBINADA CON OTROS PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS.

Para intentar aumentar la eficacia de esta técnica que, a pesar de su eficacia, no consigue eliminar totalmente los síntomas, algunos autores han considerado interesante evaluar diferentes combinaciones con otros tratamientos. La exposición se ha combinado principalmente con el modelado y con la toma de medicamentos.

Inundación en vivo y modelado. Hodgson (Rachman, Hodgson y Marks, 1971; Hodgson, Rachman y Marks, 1972; Hodgson, 1975) realizó una serie de cinco estudios para conocer la eficacia de la inundación sola, el modelado sólo y la combinación de ambos procedimientos en pacientes con problemas obsesivos. En el procedimiento seguido en estas investigaciones los pacientes admitidos al hospital eran observados y evaluados durante una semana aproximadamente. Después, recibían un entrenamiento en relajación durante algunas semanas y volvían a ser evaluados. Finalmente los pacientes eran distribuidos entre los tres grupos experimentales. El tratamiento duraba unas tres semanas tras las cuales se evaluaban las variables dependientes inmediatamente después del tratamiento y al mes, los tres y los seis meses. Hodgson (1975) informó que la combinación exposición-modelado no conseguía resultados superiores a los que conseguían cada una de estas dos técnicas por separado. La eficacia del modelado parecía depender de cada paciente y de su sintomatología particular, resultando de interés cuando el paciente no sabía exactamente qué hacer o cómo afrontar los estímulos fóbicos.

Combinación inundación-medicación. El medicamento usado con más frecuencia en combinación con la inundación para el tratamiento de los problemas fóbicos ha sido el diazepam (valium). Johnson y Gath (1973) encontraron que la combinación del diazepam con la inundación imaginaria obtenía resultados superiores al

tratamiento sin valium en agorafóbicos crónicos. Los mejores resultados con el uso combinado de la inundación y la medicación (valium) para el tratamiento de diversas fobias se obtienen cuando empiezan a disminuir los efectos de la medicación, no cuando la medicación está produciendo sus efectos máximos (Marks y otros, 1972). El efecto del diazepam, en conformidad con los resultados del estudio de Hafner y Marks (1976), parece consistir en facilitar al paciente el acercamiento más rápido a la situación fóbica y en hacer que sienta menos incómodo durante el tratamiento.

Más recientemente se utiliza la imipramina (Tofranil) que, aplicada en dosis terapéuticas, resulta compatible con la práctica de la inundación y tiende a potenciarla (Mavissakalian, Michelson y Dealy, 1983; Telch y otros, 1985). El estudio de Marks y otros (1983), sin embargo, parece indicar que la imipramina sólo potencia los efectos de la inundación autodirigida en el caso de pacientes con depresión. Las vías y formas de interacción entre los antidepresivos y las distintas formas de exposición están aún por dilucidar. Los antidepresivos parecen actuar globalmente sobre el pánico, la depresión y la ansiedad. La exposición, por su parte, actúa antes y más específicamente sobre las conductas de evitación fóbica con un efecto menos significativo sobre el estado de ánimo del cliente (Marks y O'Sullivan, 1992).

Los ansiolíticos, principalmente el alprazolam (Trankimazin), tienen unas propiedades específicas antipánico en el tratamiento de la agorafobia, pero suele producirse una recaída casi inmediata al suspender la medicación (Marks y O'Sullivan, 1992). Esto se debería a que las benzodiazepinas (ansiolíticos) parecen facilitar la exposición, pero interfieren en los procesos de memoria a largo plazo dificultando así el proceso de habituación entre sesiones.

El uso combinado de las distintas formas de exposición y la medicación suele producir más recaídas (en torno al 25-30%) que cualquier tratamiento basado en la exposición (Mavissakalian, 1982). Este resultado podría explicarse porque los clientes atribuyan gran parte del éxito terapéutico al uso de los fármacos.

Otras combinaciones. El reforzamiento más o menos sistemático en el desarrollo de las técnicas terapéuticas es una constante. La aportación del reforzamiento a la eficacia de la inundación es pequeña, excepto en lo que supone de motivación para seguir adelante con la terapia. Por el contrario, la información específica sobre los progresos del tratamiento, bien en forma de retroalimentación externa (por parte del terapeuta), bien en forma de autorregistros contribuye a aumentar la eficacia de la exposición (Mathews, Gelder y Johnston, 1981).

La eficacia de las técnicas cognitivas en relación con la inundación es difícil de valorar, ya que todas ellas incluyen algunos componentes de exposición. La revisión de Marks (1992) muestra que las técnicas cognitivas son, por un lado, inferiores a la exposición y, por otro, no han aportado ningún componente activo a la exposición. Esta conclusión no debe llevar, sin embargo, a menospreciar el valor de las técnicas cognitivas en todas las fases de la terapia.

3.5. PREDICTORES DE ÉXITO TERAPÉUTICO EN LA TERAPIA DE INUNDACIÓN.

En la exposición de este punto vamos a distinguir entre los factores referidos al procedimiento y los factores referidos al cliente.

Entre los **factores de éxito referidos al procedimiento** se han identificado varios parámetros que pueden resultar cruciales para el éxito de esta técnica. Una reseña breve puede ser la siguiente:

1. La inundación en vivo es más efectiva en la reducción de la conducta compulsiva y fóbica que la inundación imaginaria (Emmelkamp y Wessels, 1975).
2. La exposición a una situación temida tiene que ser lo más larga posible. Stern y Marks (1973) informan que dos horas de exposición en vivo continuadas son más efectivas que cuatro horas discontinuas realizadas en una tarde en el caso de tratamiento de pacientes agorafóbicos. En algunos casos puede ser contraproducente exponer al sujeto ante situaciones temidas por breves periodos de tiempo. (McCutcheon y Adams, 1975).
3. No es necesario elicitar intensos sentimientos de ansiedad durante la exposición para que la técnica de inundación sea efectiva. (Mills y otros, 1973).
4. La exposición en vivo parece que es tan efectiva como la inundación en vivo (Boersma y otros, 1976). En la exposición en vivo la exposición a la situación temida es gradual de menos a más, mientras que en la inundación la exposición a la situación u objeto que elicita un miedo más intenso se presenta al comienzo.
5. La exposición conducida por un terapeuta produce mejores resultados que las instrucciones del terapeuta grabadas (Marks, 1978).
6. La exposición que se realiza en una situación grupal es tan efectiva como la que se produce en el tratamiento individual. (Hand, Lamontagne y Marks, 1974).
7. El tratamiento de exposición en vivo en que la exposición es controlada por el cliente puede ser tan efectiva como la exposición controlada por el terapeuta (Emmelkamp y Kraanen, 1977).
8. La exposición conducida por un auxiliar bajo la dirección de un terapeuta profesional parece que es comparable al tratamiento llevado a cabo por un psicólogo clínico o un psiquiatra (Marks y otros, 1977).

El poder predictivo de éxito en el tratamiento mediante exposición de los **factores referidos al cliente** puede referirse a tres momentos.

Al *comienzo del tratamiento* son, en general, buenos indicadores del éxito de la terapia el mostrar conductas evitativas claramente definidas que se practican en todas las ocasiones en que se exponen a la situación ansiógena, tener un estado de ánimo normal, seguir las prescripciones terapéuticas y no someterse a la exposición

bajo el efecto del alcohol o los ansiolíticos. Malos predictores de éxito son el estado deprimido o la ansiedad generalizada así como los problemas de adaptación social, marital o profesional.

Durante el tratamiento contribuye al éxito de la inundación el cumplimiento continuado de las instrucciones del terapeuta y la implicación atencional en las tareas de exposición. El mejor indicador de éxito, probablemente, es, sin embargo, el progreso que se logra en las primeras sesiones (Echeburúa y otros, 1991; Marks, 1991.

Después del tratamiento pueden ser indicadores de dificultad en el mantenimiento de los logros terapéuticos a largo plazo el abandono de la práctica regular de las tareas de exposición y el aislamiento social.

3.6. VALORACIÓN DE LA INUNDACIÓN.

La inundación es una terapia conductual usada con frecuencia y éxito para tratar trastornos relacionados con la ansiedad, como fobias (Butler, 1985; Yule, Sacks y Hersov, 1974)., agorafobia (Chambless, 1985; Trull, Nietzel y Main, 1988), trastornos obsesivo-compulsivos (Abramowitz, 1996; Steketee, 1994), estrés postraumático (Meichembaum, 1994). Otros problemas tratados mediante la inundación incluyen la bulimia (Leitenberg y otros, 1984; Schmidt, 1989), la retención urinaria de origen psicógeno (Glasgow, 1975; Lamontagne y Marks, 1973), etc.

Los estudios de valoración de los resultados indican que la inundación, en vivo y en imaginación, es un tratamiento efectivo y, aunque hemos dicho que en general se prefiere la inundación en vivo, no parece que pueda hacerse ninguna afirmación general de la superioridad de una variante sobre la otra (James, 1986).

Hay que indicar también que la inundación presenta la ventaja de que, cuando no hay personal cualificado disponible, puede utilizarse bajo supervisión. Los mediadores (personal no cualificado para hacer terapia, como enfermeras) pueden participar de manera activa en el tratamiento y los mismos padres pueden convertirse en coterapeutas asistiendo a algunas sesiones de terapia en que aprendan los rudimentos de la técnica. La investigación sobre la terapia de inundación se ha centrado en adultos, pero pensamos que, combinada con el modelado, podría aumentar la eficacia del tratamiento de las fobias en los niños (Lamontagne, 1975).

A pesar de las ventajas enumeradas, la inundación debe aplicarse con precaución y por profesionales expertos debido a una serie de posibles peligros. Por un lado, la ansiedad que se produce en el cliente le incita con frecuencia a querer abandonar el tratamiento y esto podría ser grave, pues al haberse elevado el nivel de ansiedad, la conducta de evitación habitual es posible no sólo que vuelva a aparecer sino que se acentúe y con ella, lógicamente, la sintomatología, al menos durante un determinado periodo de tiempo (Morganstern, 1973; Lamontagne y Lamontagne, 1975). De hecho los pacientes tratados con inundación dicen que no remendarían el

tratamiento por el malestar experimentado, a pesar de que reconozcan que la inundación les llevó a una reducción significativa de su ansiedad (Greyson, Foa y Steketee, 1985). Afortunadamente no hay evidencia de que se produzcan efectos colaterales negativos serios. En una encuesta a terapeutas de conducta que habían utilizado la inundación o la terapia implosiva, se concluye que sólo se produjeron efectos colaterales negativos serios en el 0.26% de los clientes tratados (9 de 3.493) (Shipley y Boudewyns, 1980). La excepción mayor a este hallazgo general es el uso de la inundación en los casos de trastorno por estrés postraumático con clientes que presentan una historia de otros trastornos psiquiátricos serios. En estos casos se aumenta notoriamente la probabilidad de volver a experimentar el trauma, de incrementarse significativamente la ansiedad o de producirse otras reacciones adversas (p. e., Allen y Bloom, 1994; Pittman y otros, 1991). Por otra parte, el terapeuta debe tener experiencia para poder controlar, cuando sea preciso, las emociones intensas por los posibles peligros físicos, especialmente si los pacientes presentan problemas cardíacos o son hipertensos (Smith, Dickson y Sheppard, 1973). Debido a este problema, suele exigirse un examen médico completo y un electrocardiograma a todos los pacientes de treinta y cinco años o más, antes de someterse a un tratamiento de inundación.

Las complicaciones derivadas del uso de la técnica son, afortunadamente, transitorias la mayor parte de las veces. Los pacientes suelen quejarse de ilusiones durante la primera sesión y de pesadillas en los días siguientes. Rápidamente estos síntomas desaparecen para dejar paso de manera habitual a una ligera euforia. En los obsesivos, frecuentemente, se complica el tratamiento de inundación con episodios depresivos que deben tratarse por medio de una medicación adecuada (Marks, 1973). Por fin, especialmente en los obsesivos y en los agorafóbicos, las relaciones interpersonales mejoran de forma significativa durante el tratamiento y en el periodo de seguimiento.

PARTE TERCERA.

LA SEGUNDA OLA DE LOS TRATAMIENTOS CONDUCTUALES.

Iniciamos en esta parte la etapa que Krasner (1990) llama segunda ola de la Terapia de Conducta. Él la extiende hasta la fecha en que publica su artículo. Nosotros la extendemos hasta nuestros días dividiéndola en tres bloques. El primero recoge las aportaciones que inician la transición al modelo cognitivo. El segundo bloque se hace coincidir con el desarrollo y predominio del modelo cognitivo propiamente dicho. En él, tras el capítulo introductorio al modelo cognitivo, distinguimos tres apartados. El apartado A recoge las terapias de aprendizaje cognitivo. El apartado B presenta las terapias de reestructuración cognitiva y la evolución del modelo cognitivo en nuestros días junto con la crisis/renovación que se produce al desarrollarse el constructivismo. El tercer bloque de esta parte tercera presenta el movimiento hacia la integración.

BLOQUE 1. LA TRANSICIÓN A NUEVOS MODELOS DE TRATAMIENTO.

Durante el último período de la primera ola de la Terapia de Conducta (Krasner, 1990), esto es, en la segunda mitad de los 60 y primera mitad de los 70, el campo de la Terapia de Conducta se ha fraccionado gradualmente y han surgido dentro del mismo movimiento conductual modelos que pretenden explicar la conducta apelando a determinantes internos.

Las controversias levantadas son muy variadas, pero, para Krasner (1982), su origen parece estar en que la terapia de conducta ha sido no sólo reificada como una entidad sino divorciada de sus raíces filosóficas y psicológicas, de modo que muchos de sus practicantes no han llegado a darse cuenta de que son algo más que técnicos. Él apela a la ciencia como contexto más amplio y pertinente para presentar y servir de fondo a la evolución de la Terapia de Conducta. Esta evolución se inicia gracias a las críticas a los modelos de condicionamiento dominantes hasta ese momento pero sin querer llegar a romper con ellos y gracias a que, al mismo tiempo, se presentan procedimientos (condicionamiento encubierto, modelado, autocontrol y *biofeedback*) que difícilmente encuentran explicación adecuada dentro de los límites del condicionamiento.

CAPÍTULO 14. REFERENTES DE LA TRANSICIÓN DESDE LOS MODELOS DE TERAPIA POR CONDICIONAMIENTO AL MODELO DE TERAPIA COGNITIVA.

1. CRÍTICAS AL APRENDIZAJE POR CONDICIONAMIENTO Y EVOLUCIÓN DEL CONDUCTISMO.

Los principios de aprendizaje por condicionamiento empezaron a ser criticados relativamente pronto. En 1950, Beach, un estudioso de la conducta animal, caricaturizó la creciente preocupación de los psicólogos experimentales por el aprendizaje de las ratas. Se preguntó si, en verdad, el interés de los psicólogos se centraba en una ciencia general de la conducta o en un sólo tema, el aprendizaje, y en una única especie, la rata noruega. Puso de relieve, por otro lado, la existencia de conductas de determinadas especies que no son resultado exclusivo ni del aprendizaje ni del instinto, sino de procesos tales como la impronta. Esta crítica es un indicador de cierto malestar con el proceder de la psicología y pone de manifiesto que la psicología no se ocupa de toda la conducta.

Lashley (1951), en tiempos discípulo de Watson, atacó la teoría consagrada del encadenamiento E-R de las conductas complejas propuesta originalmente por el propio Watson y desarrollada por los neoconductistas. Lashley argumentaba en términos fisiológicos que tales encadenamientos son imposibles por la relativa lentitud de la transmisión de los impulsos nerviosos del receptor sensorial al cerebro y de allí al órgano que efectúa la

respuesta. Defendió, en cambio, que los organismos poseen *funciones centrales planificadoras* que coordinan conjuntos de acciones como unidades amplias y no como cadenas. Explica que el lenguaje está organizado así.

Los psicólogos dedicados al estudio de los procesos mentales superiores consideraban obvio que el ser humano utiliza símbolos que procesa y que son estos símbolos y no directamente la estimulación externa los que controlan sus respuestas. El problema radica en cómo tratar los procesos simbólicos. Osgood (1956) se sirve de dos conceptos de Hull, el mecanismo rg-eg o *respuesta parcial anticipadora de meta* y el de *acto puramente estimular*. La gran ventaja de esta solución dice el propio Osgood es que al ser cada fase un proceso del tipo E-R, podemos trasladar sin más toda la maquinaria conceptual del modelo E-R y no necesitamos añadir ningún postulado más. De esta forma se admite el estudio de procesos como la significación, el lenguaje, la memoria, etc... en el corpus de la teoría del aprendizaje de la conducta sin desechar absolutamente el rigor de la formulación E-R.

Son muchos, además del propio Osgood, quienes practican esta forma de aproximación a los procesos cognitivos. Maltzman (1955), por ejemplo, la aplica a la resolución de problemas y a la formación de conceptos. Pero, sobre todo, se suman algunos seguidores de Hull que se plantearon un programa que procurara leyes cuantitativas de la conducta humana dentro de un programa positivista modificado. Por esto se les denomina neohullianos, y pueden ser denominados conductistas informales, en virtud de su escaso interés por la ciencia axiomática y la cuantificación y por añadir la mediación como manera de hablar de lo mental. Puede incluirse en esta línea el conductismo liberal de N. Miller que trabajó con Hull en Yale.

Miller, que intentó construir una psicología que hiciera justicia a las intuiciones de Freud sobre la condición humana pero permaneciendo en el terreno de la psicología E-R, introdujo dos cambios importantes en el sistema de Hull. En primer lugar adoptó *definiciones conductuales funcionales* según las cuales una respuesta es cualquier cosa que un organismo hace de forma abierta o encubierta y que pueda conectarse funcionalmente a un estímulo. Un estímulo, por su parte, es definido como cualquier acontecimiento que puede quedar conectado funcionalmente a una respuesta. Esto *liberaliza* la teoría E-R en el sentido de que ya no tenemos que hablar más de conexiones E-R en términos puramente fisicistas, como energías y movimientos físicos. Leahey (1992) entiende que la posición de Miller le aproximó a las definiciones funcionales de Skinner de respuesta y refuerzo. En segundo lugar, atenuó el periferalismo de Hull. Según Míller, los procesos mentales pueden analizarse como conexiones centrales E-R. Para ello amplió la vieja noción watsoniana de cadenas conductuales E-R, para que incluyera las conexiones centrales e-r que median entre el estímulo (E) ambiental y la respuesta (R) abierta. Estas asociaciones centrales son pensamientos, imágenes, respuestas verbales y otros *procesos mentales superiores*. Miller asumió lo que él mismo llama *presupuesto clave*, según el cual las asociaciones centrales siguen exactamente las mismas leyes que las más simples conexiones E-R (Miller, 1959). Miller con su posición intentó una aproximación a la teoría cognitiva de Tolman.

También merecen ser citados Howard y Tracy Kendler, discípulos de Spence, que investigaron si la teoría del aprendizaje discriminativo animal podía aplicarse a los seres humanos. Sus experimentos pusieron de relieve que las leyes del aprendizaje E-R de Hull no son las mismas para las diferentes especies, ni incluso para miembros de una misma especie en edades diferentes. Al estudiar el aprendizaje discriminativo en humanos hacen ver que es una habilidad que se desarrolla en la mediana infancia y que los animales raramente desarrollan respuestas mediadoras. La mediación que desarrollan los humanos explicaría las diferencias que se encuentran en los resultados de muchas investigaciones con humanos.

El análisis de Miller y los Kendler llevó a modificar las rígidas concepciones del periferalismo y la continuidad filogenética del paradigma conductista para adaptarlas a las exigencias de los procesos mentales superiores en los seres humanos. Hull veía la respuesta parcial anticipatoria de meta y el acto puramente estimular como respuestas motoras reales, pero estos psicólogos estiman que la mediación tiene lugar en el sistema nervioso central, en el cerebro.

Hemos visto hasta aquí críticas al conductismo watsoniano y desarrollos del conductismo metodológico y mediacional de Hull, la ruptura más notoria con lo que podría considerarse el paradigma conductista se produce, sin embargo, con Tolman, defensor de la psicología E-O-R, que sentó las bases para que se produjera un modelo cognitivo dentro de la terapia de orientación conductual (Chiesa, 1992). Tolman, en principio, quiere ser conductista y por ello extirpa mente y conciencia de la psicología. Sin embargo, conserva intención y cognición no como potencias o capacidades de la mente sino como aspectos objetivos y observables de la conducta. Tolman (1922), junto a argumentar que las cogniciones son inmanentes a la conducta y no inferidas, afirma de la conciencia que proporciona *representaciones* que guían la conducta. Hablar así de cognición y pensamiento como representaciones internas del mundo que desempeñan un papel director en la determinación de la conducta significa romper por igual con el neorrealismo proclamado por Perry y Holt y el conductismo de Watson. Rompe con el neorrealismo porque las representaciones son tan inferidas como las ideas de Locke. Con el conductismo rompe, porque se le hace sitio a algo mental entre los determinantes de la conducta. No contento con la conexión E-R de Watson para explicar la conducta, Tolman incluye términos teóricos entre el input (estímulo) y el output (respuesta). Entre la variable independiente (estímulo) y la dependiente (conducta o respuesta) Tolman introduce las variables intervinientes o intermedias que conectan las variables dependientes con las independientes de las que son función. Por otro lado su conductismo es más molar que molecular como era el de Watson. El conductismo molar define las variables a escala macroscópica y habla de intenciones y cogniciones, pero Tolman, en línea con un conductismo metodológico, espera que con el tiempo el conductismo molar dé paso a un conductismo molecular que explique las variables independientes en términos neurológicos y glandulares.

Apesar de considerarse un conductista, el conductismo cognitivo de Tolman diverge acusadamente del paradigma del conductismo en varios aspectos. Como conductista rechaza la existencia de una sustancia mental,

está de acuerdo en que la mayoría de las conductas son aprendidas y en que los estudios animales pueden generalizarse a la conducta humana. Es más Tolman, al igual que Hull, se adhirió al positivismo lógico, especialmente al operacionismo, y aceptó tanto el aprendizaje por condicionamiento operante como por el clásico, pero su referencia a los *mapas cognitivos* considerados entidades centrales, no periféricas, no asociacionistas, ni tampoco cadenas E-R, ni vínculos de unidades conductuales atómicas deja en la penumbra si realmente abjuraba por completo de la mente.

Aunque en 1959 el mismo Tolman perdió, en cierta medida, la fe en su sistema (Tolman, 1959), Bower y Hilgard (1981) han sugerido que su impacto fue mayor de lo que él esperaba y afirmamos nosotros que la aproximación mentalista de Tolman es fundamental en sus aportaciones a la ciencia cognitiva.

2. EL CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO.

Tras ver las críticas al aprendizaje por condicionamiento y la evolución del conductismo, se comprende mejor el conductismo covariante, como llama Tous (1989) a la propuesta conductista de L.E. Homme (1965). Homme no hace sino explorar las consecuencias de asumir uno de los principios repetidamente afirmados por los conductistas que admiten sucesos privados y se ocupan de conocer su posible funcionamiento. Una de las posiciones más ortodoxas es admitir que los sucesos privados responden a las mismas leyes que los sucesos públicos y que, en consecuencia, las técnicas de condicionamiento operante pueden ser efectivas para controlar la frecuencia de sucesos privados tales como el pensamiento y la imaginación. Esta posición va a tener ciertas derivaciones que terminarán en fricciones con el modelo operante en modificación de conducta. La fricción más importante va a residir en hacer descansar la fiabilidad del cambio de frecuencia de los sucesos privados en la valoración subjetiva de una persona, precisamente de aquella para la que los sucesos son privados. En estas conductas la fiabilidad no puede descansar en el acuerdo entre jueces. Por otro lado la exploración de Homme lleva a convertir en agente de cambio a este organismo para el que los sucesos son privados, ya que es éste el que puede controlar la presentación de reforzadores. En concreto Homme se refiere a la hipótesis de la probabilidad diferencial de Premack (1959), de la que hace uso en los ejemplos de aplicación del control de operantes encubiertos presentados en su artículo.

Señala Tous (1989) que, al considerar Homme que los contenidos mentales son operantes de la mente, estos contenidos adquieren una funcionalidad en sí mismos y no, necesariamente, tan sólo como mediadores entre los estímulos o situaciones y la conducta patente u observable. Añade Tous que Homme estableció también la posible existencia de pensamiento independiente de la conducta observable del individuo, pero con la sola finalidad de fundamentar que el contenido mental puede regirse por las mismas leyes de la conducta manifiesta, por lo que no profundiza en las posibles consecuencias que aquella

proposición podría tener para la terapia. Homme, con la reducción de los operantes mentales a simples covariantes de la conducta, intenta mantenerse en la ortodoxia de su maestro Skinner, según el cual la conducta manifiesta no está producida, ni es controlada por sucesos ocultos (pensamientos), sino por los estímulos o situaciones externas y por sí misma. Al covariar las emisiones mentales y las emisiones conductuales de un modo tal que la presencia de un pensamiento no puede darse sin la presencia simultánea de una conducta y viceversa, el cambio de conducta implica el cambio de un pensamiento y viceversa, el cambio de pensamiento lleva aparejado un cambio de conducta. Esta funcionalidad covariante del pensamiento con la conducta va a estar a la base de las terapias cognitivas posteriores y va a ser la fundamentación de porqué los cambios simbólicos deben corresponderse con cambios manifiestos, como se postula en la DS.

El representante máximo del condicionamiento encubierto en terapia es Cautela, que viene a insistir en las ideas anteriormente expuestas. Cautela y Baron (1977) distinguen tres categorías de respuestas: observables, psicológicas encubiertas y fisiológicas encubiertas. Consideran que las técnicas de condicionamiento encubierto se aplican a las respuestas psicológicas encubiertas que sustentan su validez en los tres supuestos básicos siguientes:

1. Entre las conductas manifiestas y encubiertas existe continuidad u homogeneidad. Por ello, las conclusiones derivadas empíricamente de los fenómenos manifiestos pueden transferirse a los fenómenos encubiertos. Ambos procesos poseen una importancia y unas propiedades similares para explicar, mantener y modificar la conducta.

2. Existe interacción entre los procesos encubiertos y los observables. Los procesos encubiertos pueden influir en los manifiestos y viceversa. Esto no niega que, en ocasiones, los procesos encubiertos ocurran simultáneamente con los manifiestos y que, a veces, sean sólo una expresión más de los procesos manifiestos. En estos casos se estaría hablando de covariación y no de interacción.

3. Las leyes de aprendizaje rigen de forma similar los procesos encubiertos y los observables.

Un postulado final es que todas las categorías de respuestas, observables, psicológicos encubiertos y fisiológicos encubiertos, responden a procesos orgánicos y que la clasificación de la conducta en tres categorías es una conveniencia para describirlos.

Dobson (1988b) considera que los procedimientos encubiertos, debidos sobre todo a Cautela (1966), representan un avance teórico, aunque pequeño, desde el conductismo al conductismo-cognitivo. Su desarrollo teórico intenta, sobre todo, acomodar las cogniciones y otras conductas encubiertas en la

perspectiva conductual tradicional y, de ese modo, justificar los análisis conductuales de los procesos mediacionales.

Las técnicas de condicionamiento encubierto, en su mayor parte salvo, quizás, la sensibilización encubierta, han quedado adscritos a la terapia por condicionamiento, aunque, en algunos casos, se incluyen entre las terapias cognitivas.

Las ventajas de situar las técnicas encubiertas dentro del condicionamiento radican en la gran cantidad de conocimientos acumulados en el laboratorio que llevan a suponer que las variables y parámetros que se ha demostrado afectan a la modificación de la conducta observable pueden ser aplicados a los acontecimientos simbólicos con resultados similares. Un ejemplo excelente de esta función heurística del modelo de condicionamiento se ve en los trabajos de Kazdin sobre modelado encubierto en que se muestran relevantes los mismos parámetros que lo son en el modelado manifiesto. Igualmente la DS ofrece otro ejemplo del valor explicativo del modelo de condicionamiento, de modo que, aunque los estímulos utilizados en el laboratorio y los utilizados en la DS encubierta sean diferentes, se ha demostrado que existe una relación funcional similar entre acontecimientos antecedentes y consecuentes. Por ejemplo, los sujetos instruidos para que se imaginen un estímulo aversivo muestran una pauta de conducta de miedo prácticamente indistinguible de la producida por la aplicación de un estímulo aversivo físico. Además, Lang, Melamed y Hart (1970), mostraron que las respuestas autonómicas de los sujetos a los estímulos imaginarios de miedo comportan una estrecha semejanza con los parámetros de condicionamiento clásico. Estos datos, sin embargo, no prueban que el modelo de condicionamiento sea la mejor vía para analizar los acontecimientos simbólicos. Más bien indican que las formulaciones del condicionamiento han sido muy útiles para trasladar procesos simbólicos complejos a las técnicas de cambio de conducta.

Apelar a un modelo de condicionamiento para explicar los efectos de las técnicas encubiertas, como inicialmente hizo Cautela, y pretender que la complejidad de los procesos simbólicos internos pueda ser adecuadamente explicada por el modelo relativamente simple de condicionamiento presenta algunas limitaciones que pueden resumirse en los siguientes puntos:

1. En algunas técnicas basadas en la imaginación es difícil distinguir qué son estímulos y qué son respuestas en función del modelo de condicionamiento desde el que planteemos el análisis de la situación. Por ejemplo, en el recondicionamiento orgásmico ¿la fantasía erótica es un estímulo que es apareado con una respuesta incondicionada (el orgasmo) o es una respuesta que está siendo modelada por un reforzador positivo contingente (el orgasmo)?.

2. En el reforzamiento encubierto la evidencia demuestra que el cambio de conducta ocurre independientemente de que el cliente imagine la escena supuestamente reforzante antes o después de la respuesta-

objetivo (Mahoney, 1974). Estos hechos violan el concepto de una contingencia de reforzamiento en la que el reforzador debe ser entregado sólo después de que se emita la respuesta deseada.

3. Otro problema conceptual se deriva de la definición de reforzamiento. En el condicionamiento operante un reforzador se define por sus efectos sobre la conducta a la que se aplica, mientras que en los métodos de condicionamiento encubierto, como Kazdin (1977) apunta, el valor del reforzador se basa en los autoinformes que comunica el sujeto de lo que él encuentra reforzante.

A causa de estas limitaciones respecto a los principios de condicionamiento operante y de su énfasis en los acontecimientos inobservables el modelo de condicionamiento encubierto es rechazado por los conductistas radicales, pero da pie con sus transgresiones a iniciar una transición a nuevos modelos.

3. EL APRENDIZAJE SOCIAL.

El acercamiento desde el aprendizaje social a la Terapia de Conducta ha sido presentado con la mayor claridad y comprehensión por Bandura (1969, 1974, 1976a, 1977a, 1986). De todas formas la imitación de modelos, que Bandura explora, era más vieja en psicología. La imitación es considerada por Skinner (1953) entre los repertorios discriminativos y figuraba en la obra de N.E. Miller y J. Dollard (1941) titulada *Social learning and imitation*. Por su parte, D. Baer y colaboradores (por ejemplo, Baer, Peterson y Sherman, 1967) habían estudiado la imitación como efecto del reforzamiento formulándola bajo el concepto de *imitación generalizada*. Además de estos trabajos habría que reconocer también las contribuciones de Kanfer (1970, 1971), Mischel (1973, 1979) y Rotter (1954, 1982) y dejar constancia de que A.W. Staats en su planteamiento unificado de la psicología que denominó, inicialmente, Conductismo Social (Staats, 1975), después (Staats, 1988) Conductismo Paradigmático y, finalmente, Conductismo Psicológico (Staats, 1997), fue de los primeros en plantear el aprendizaje social. Evans, Eifert y Corrigan (1990) atribuyen a razones de política científica el que Staats no haya sido tan citado como Bandura en este tema.

Bandura en la importante obra que publica junto con R.H. Walters en 1963 hace del aprendizaje observacional un proceso fundamental del desarrollo de la personalidad. Su innovación reside en que añade una tercera forma de aprendizaje, el modelado, frente a otros conductistas sociales como Staats, por ejemplo, que intentaban explicar la conducta humana compleja en el marco de la teoría del aprendizaje tradicional, esto es, admitiendo que los patrones de respuesta conductuales están influidos por sucesos estimulares externos (primariamente por medio del condicionamiento clásico) y por reforzamiento externo. Esta aportación contribuyó a que la terapia y la investigación conductual se alejara de los procesos y procedimientos basados en el condicionamiento y que se empezara a considerar que el cambio de conducta se efectúa, básicamente, por medio de procesos de modelado simbólico en los que el aprendizaje ocurre por

medio de la observación y la codificación de procesos representacionales basados en estas observaciones o, incluso, en material imaginado. Dicho de otro modo, Bandura defiende en el aprendizaje social la existencia de procesos cognitivos mediacionales y enfatiza la interacción recíproca, el determinismo recíproco, entre la conducta del individuo y el ambiente, al mismo tiempo que considera también que el individuo es capaz de un cambio de conducta autodirigido en la medida en que los humanos somos capaces, a través de la acción intencional, de construir nuestro ambiente anticipando las consecuencias. En la teoría del aprendizaje social también se da condicionamiento, no respondiente ni operante, sino vicario. Viene a ser una forma de aprendizaje cognitivo-social que incluiría a estos otros condicionamientos considerados más básicos.

La teoría del aprendizaje social retiene un compromiso con un modelo externalista de conducta dominante hasta finales de los sesenta, pero a lo largo del tiempo han ido emergiendo en su seno conceptos cognitivos de orientación más internalista, porque, en última instancia, son los procesos cognitivos los que determinan a qué tipo de estímulos se presta atención, cómo se perciben y si afectan o no a la conducta futura (Kazdin y Wilson, 1978). La teoría del aprendizaje social subraya, pues, la capacidad autorregulatoria de la persona. Tiende a configurar al ser humano como un sujeto capaz de iniciar conductas, activarlas y persistir en ellas y, en última instancia, de articular su propio destino (Thoresen y Mahoney, 1974). En ella la persona se constituye tanto en el objeto como en el agente de las influencias del medio, de modo que más que un sistema lineal de causalidad conductual de una sola vía implica un sistema de feedback circular en el que la conducta, las variables intraorgánicas y el ambiente se influyen mutuamente.

Con el tiempo Bandura (1977b) integra al aprendizaje social el concepto de autoeficacia, otro de los conceptos ejemplares del aprendizaje social junto con el del determinismo recíproco. La autoeficacia pone el énfasis en las expectativas de eficacia del individuo sobre su propia conducta, es el mecanismo psicológico del cambio y parece estar presente en los diferentes métodos de cambio. Con la admisión de este mecanismo, Bandura está asignando un lugar cognitivo al funcionamiento del que depende el cambio psicológico promovido por distintas técnicas. Para que las técnicas psicológicas tengan éxito Bandura considera muy importante el grado de autoeficacia que el sujeto se atribuya. En este sentido es fundamental la distinción que hace Bandura entre expectativas de eficacia y expectativas de resultado. Las expectativas de eficacia consistirían en la convicción de que *uno mismo* puede realizar con éxito la conducta requerida para producir los resultados. Las expectativas de resultados serían la estimación de que *una conducta* determinada permitirá alcanzar ciertos resultados. La crítica que suele hacerse a esta distinción es que en el supuesto de que todo el proceso, explicativo y predictivo, dependa de las expectativas de resultados nos encontraríamos con que la conducta, en realidad, es dependiente de las contingencias que afectan a la conducta del sujeto y no de la expectativas de autoeficacia y/o autodominio percibido. Dicho de otra manera, estaríamos ante un modelo externalista más que internalista a pesar de los esfuerzos de Bandura. Esta crítica a la teoría se funda en que al analizar el aprendizaje social es lícito distinguir entre aprendizaje y ejecución. La ejecución depende del reforzamiento concreto y es una manifestación del aprendizaje. El aprendizaje, por su parte,

mientras no se produzca alguna ejecución está latente y codificado o simplemente no puede demostrarse que exista.

Para autores como Aronfreed (1969), Baer y Sherman (1964) y Gerwitz (1971) los primeros estudios sobre modelado se desarrollaron en conformidad con un conductismo metafísico, pero estos intentos explicativos fueron duramente criticados por Mahoney (1974). Posteriormente, Bandura (1977a, 1986) señala los procesos implicados en el aprendizaje observacional y es claro que los cuatro componentes a que se refiere son explícitamente mediacionales y han sido validados por una investigación formal. Este desarrollo del pensamiento de Bandura supone un acercamiento a modelos más cognitivos y, en concreto, al paradigma del procesamiento de la información del que toma incluso varios de sus términos (codificación, almacenamiento, recuperación, etc...).

El punto polémico de este modelo es que apela, para explicar las relaciones entre las variables cognitivas y la conducta, a constructos hipotéticos de un nivel no estrictamente asimilable a las leyes del aprendizaje ni fácil de delimitar. Los esquemas cognitivos, por ejemplo, modulan la información que recibe el organismo, facilitan la codificación, el almacenamiento y la recuperación de la información significativa para el sujeto, determinan la relación establecida entre las cogniciones, los afectos y las conductas y son, en última instancia, los responsables de la conducta (Bootzin, 1985; Crocker, Fiske y Taylor, 1984). Esta polémica, para nosotros, no es otra cosa que la indicación clara de que se ha dado un salto más allá de las leyes del aprendizaje por condicionamiento. La teoría del aprendizaje social es así un ejemplo paradigmático de la etapa de transición a los modelos cognitivos que contemplamos en este bloque.

4. LA AUTORREGULACIÓN.

Como dice Karoly (1995) no existe hoy un enfoque conceptual único bajo el epígrafe de teoría del autocontrol. El término autocontrol no se aplica uniformemente en la literatura clínica. Títulos tales como autorregulación, autointervención, autogestión, entrenamiento en independencia, control volitivo, cambio autodirigido, autoayuda y prevención de la recaída son sustitutos frecuentes y confusos.

Nosotros utilizamos en el encabezado el término autorregulación en vez de autocontrol, generalmente más utilizado, por la mayor extensión que Kanfer (1980) y Rosenbaum y Merbaum (1984) conceden al primer término y porque nos facilita un marco amplio en que situar el autocontrol. Los autores citados están esencialmente de acuerdo en que el autocontrol puede ser concebido como un caso especial de autorregulación (Kanfer, 1978, 1980). Rehm y Rokke (1988) consideran también que el término autorregulación es un término genérico que incluye el autocontrol y la autodirección (*Self-management*) y se refiere a una variedad de procesos y técnicas que implican el control voluntario de procesos conductuales,

psicológicos y fisiológicos. Kanfer (1978), con fines didácticos, agrupa las variables que influyen en la conducta en situacionales (*alfa*), autogeneradas (*beta*) y biológicas (*gamma*), variables que están en un flujo constante en su impacto conjunto sobre la conducta en un momento determinado. Esta forma de concebir los determinantes de la conducta ayuda a distinguir el énfasis diferente de las orientaciones clínicas. Los programas de cambio centrados en el ambiente harían hincapié en las variables *alfa*. Los métodos de autodirección ejemplifican el uso de factores *beta*, y algunas técnicas que pretenden cambiar la alerta emocional acentuarían la importancia de las variables *gamma*. Este marco nos permite situar el autocontrol/autodirección y el *biofeedback* en el marco de la autorregulación, que consideramos como el *ajuste continuado de la conducta de una persona como función de su propia respuesta*. Si en ese ejercicio continuado de ajuste predominan variables *beta* o en terapia tenemos que trabajar con variables de este tipo podemos decir que se está ejerciendo autocontrol o que estamos trabajando para que el cliente gane autocontrol. Si se ejercitan o se trabaja porque ejerzan un papel importante en la regulación de la conducta los procesos fisiológicos estamos haciendo o practicando *biofeedback*. Estas ideas que intentamos aclarar no pueden impedir que la literatura haya hecho de los términos el uso que ha creído más conveniente. Como dicen Rehm y Rokke la autorregulación se ha utilizado con cierta frecuencia para describir el *biofeedback* porque, en definitiva, el *biofeedback* no es sino un procedimiento en que se facilita información sobre el control que se ejerce en un momento preciso sobre determinados procesos fisiológicos, por supuesto para influir en la conducta.

4.1. EL AUTOCONTROL.

La serie de posiciones teóricas que contribuye a delinear una perspectiva de autocontrol en terapia es larga. Inicialmente, Skinner (1953, 1957) lo presenta como una conducta gobernada por las consecuencias y, con posterioridad, Kazdin (1975) y Rachlin (1974) mostraron que el autocontrol se entiende cabalmente en términos operantes, pero es claro que desde estas posiciones lo que se está diciendo es que para controlar la propia conducta no es preciso apelar a variables autogeneradas, eventos privados o variables cognitivas.

Uno de los primeros teóricos en presentar una perspectiva no operante fue G. Kelly (1955). Kelly postulaba que la gente desarrolla sistemas de constructos interrelacionados que emplea para entender los acontecimientos y realizar predicciones sobre el futuro. Cada vez que se hace una predicción se pone a prueba el sistema de constructos. El resultado positivo de estos *cuasi-experimentos* valida el sistema que le permite comprender su mundo y controlarse en él.

J. Rotter (1954) desarrolló un modelo de cómo la gente regula su conducta en función de los valores y expectativas que asignan a los posibles resultados de una acción determinada. En este modelo la conducta de una persona no es tanto función de la probabilidad objetiva de refuerzo externo contingente como de las expectativas que la persona tenga de un resultado. La experiencia hará que las personas desarrollen

expectativas generalizadas de su grado de control sobre distintas áreas de la actividad. Esta dimensión que Rotter llama *Locus de control* y en la que las personas difieren de forma significativa es continua y varía entre áreas.

W. Mischel (1968) está interesado por la consistencia transituacional de la conducta y por el control que el individuo ejerce sobre ella. Mischel aborda los significados subjetivos e idiográficos de los estímulos y la transformación que las personas hacen de sus significados. Su trabajo se ha centrado en la *capacidad para demorar la gratificación.* La concepción que tiene Mischel del autocontrol, en consecuencia, tiene que ver, sobre todo, con la habilidad de las personas para posponer una gratificación inmediata de menor entidad al servicio de otra gratificación remota que se considera de mayor provecho.

Bandura (1977b), como hemos visto, tomó el concepto de la valoración personal de las probabilidades de los resultados y añadió la idea de las evaluaciones personales sobre la probabilidad de que el individuo pueda llevar a cabo la respuesta que permite lograr determinados resultados. Es decir, el decidir sobre la emisión de una respuesta depende no sólo de la probabilidad de que la persona pueda realizar adecuadamente la respuesta sino de que tal respuesta lleve al resultado esperado. Allí donde Rotter subrayó la interpretación subjetiva de la recompensa y de la contingencia, Bandura añade una valoración subjetiva de la capacidad de respuesta y expectativa de resultados de la persona. Al igual que sucedía con las expectativas generalizadas de Rotter, la eficacia puede ser específica o más general.

Kanfer (1978) define el *autocontrol* como el área que cubre los procesos psicológicos que llevan aparejados cambios de conducta en los que las influencias externas (variables *alfa*) son complementadas por indicios y reforzadores autogenerados (variables *beta*) en casos en que existen conflictos entre posibles elecciones de conducta. El resultados de este proceso lo describe Kanfer de dos maneras: a) se disminuye la probabilidad de una respuesta inicialmente alta; b) se incrementa la probabilidad de una respuesta con probabilidad inicial de ocurrencia baja, en ambos casos gracias a la ejecución de conductas autogeneradas. Kanfer, sin embargo, deja claro que la probabilidad de éxito en el autocontrol, o dicho de otro modo la efectividad de las variables *beta* depende de la fuerza de las variables ambientales y fisiológicas (*alfa* y *gamma*). Por ejemplo, la probabilidad de éxito en intentar establecer control autogenerado sobre una conducta social como robar es escasa si la fuerza de variables fisiológicas como el hambre o de variables ambientales como la aprobación del grupo es alta. En términos de las estrategias que emplea una persona para modificar la probabilidad de ocurrencia de una respuesta en oposición a las influencias externas existentes, Kanfer (1970, 1977) describe el proceso de conseguir una meta y lo divide en tres etapas: *Autorregistro,* donde la persona empieza a darse cuenta o ser más consciente de la conducta en cuestión. *Autoevaluación,* comparación de la información recogida sobre su conducta con algún patrón de conducta que produce un juicio evaluativo con un componente afectivo. El resultado de la autoevaluación positiva conduce al *autorrefuerzo.* Kanfer supone que una persona influye sobre su propia conducta de la misma

manera que una persona influye sobre otra, por medio de la recompensa y el castigo. Puede considerarse que las tres etapas del modelo forman un *bucle de retroalimentación,* donde la conducta es registrada, evaluada en comparación a un modelo o patrón y regulada por medio del autorrefuerzo.

Rehm (1977) sugirió que se debería añadir la *autoatribución* a dicho modelo como una variable que modera la autoevaluación. Para que la gente juzgue una actuación como un éxito o un fracaso y se sienta bien o mal al respecto, tiene que creer que su conducta se encuentra bajo su control o responsabilidad. Dicho en términos atribucionales, tiene que hacer una atribución interna sobre las causas de su conducta.

Kanfer (1980) y Kanfer y Hagerman (1981) propusieron una amplia revisión del modelo inicial de Kanfer (1970, 1977). Kanfer (1980) postula tres variables que influyen la conducta: situacionales, autogeneradas y biológicas. Estas variables están en constante flujo respecto a su impacto conjunto sobre la conducta en un momento específico. Kanfer (1977) no creó una división dicotómica entre factores externos (alpha) y autogenerados (beta). Más bien él postuló un modelo dinámico en el que el rango cambia continuamente desde una contribución mínima a máxima para cada conjunto de variables independientes externas o internas. Este modelo más complejo, según Rehm, (1991) no ha recibido tanta atención de la investigación como el original.

Rosenbaum (1980) prefiere definir el autocontrol no en términos de situaciones específicas, como hace Kanfer, sino como una clase de conductas que cumplen una función muy específica. Para Rosenbaum las conductas de autocontrol son disparadas por cualquier suceso interno que altera una ejecución efectiva. Las conductas de autocontrol van dirigidas a reducir la interferencia causada por tal suceso. Según la concepción de Rosenbaum el autocontrol no depende de *quién* inicia la conducta ni del tipo de consecuencia que sigue a la conducta, tampoco de que la persona sea consciente de que está aplicando conductas de autocontrol. Sólo requiere que se dispare por un suceso interno, *subcutáneo,* y que reduzca o elimine los efectos de interferencia que este suceso interno tiene sobre la ejecución de la conducta objetivo.

La propuesta teórica más reciente de Kanfer (1980) permite distinguir entre los diferentes énfasis de los modelos clínicos. Hablando en términos generales podemos decir que los programas que hacen descansar el cambio en el ambiente (control operante) son ejemplo de programas centrados en las variables *alpha* y predominan en la primera etapa del tiempo recorrido en este breve repaso a las teorías de la autorregulación. Los métodos de autodirección en que predomina el uso de los factores *beta* ejemplificarían los modelos de autorregulación cognitiva y vemos que predominan a medida que transcurren los años en la fase postrera del período aquí repasado. En todos los modelos la analogía o metáfora, como dicen Rehm y Rokke (1988), compartida por los modelos expuestos consiste en considerar a la persona como si fuera dos individuos, una persona que se comporta y otra persona que observa, evalúa y refuerza o desempeña las funciones que le son propias en cada modelo.

4.2. EL *BIOFEEDBACK*.

El *biofeedback* (BF), cuyo significado es retroalimentación biológica, abreviado por razones de conveniencia (Basmajian, 1981), no es sino un caso particular de autorregulación. Se define como un proceso en el que una persona aprende a influir de forma fiable respuestas fisiológicas de dos clases: respuestas que ordinariamente no están bajo el control voluntario o respuestas que ordinariamente se regulan con facilidad pero cuya regulación ha cesado debido a un trauma o una enfermedad (Blanchard y Epstein, 1978). Un componente básico del BF es la información directa, precisa y constante que el sujeto recibe sobre la variable fisiológica de interés. El control que la persona puede obtener a lo largo del proceso de BF sobre sus respuestas gracias al aprendizaje o autorregulación puede ser concebido como la imposición de un circuito de feedback externo adicional a los circuitos de feedback naturales del sistema de control adaptativo homeostático. El BF potenciaría los circuitos naturales de *biofeedback* o los sustituiría en caso de alteración de los mismos (Carrobles y otros, 1981).

Desde el punto de vista teórico uno de los trabajos que suponen la aparición del BF proviene de los experimentos de condicionamiento operante realizados en el campo de la psicología animal, el condicionamiento de respuestas cardiovasculares en ratas curarizadas realizado por N. Miller y sus colaboradores (Vila, 1996). En esta misma línea habría que citar los primeros trabajos realizados por los grupos de Kimmel y Shapiro en el ámbito de la respuesta galvánica de la piel en humanos.

Estos hallazgos, generados de forma relativamente independiente en la década de los años 60, tuvieron repercusiones teóricas importantes, entre las que son de destacar la puesta en tela de juicio de la concepción fisiológica tradicional. Según ella sólo eran voluntarias las respuestas regidas por el sistema nervioso central, mientras que las regidas por el sistema nervioso autónomo eran involuntarias y no susceptibles de control consciente. Por otra parte, estos hallazgos cuestionaron una idea dominante en psicología que postulaba que las respuestas regidas por el sistema nervioso autónomo sólo podían ser condicionadas clásicamente, quedando relegado el uso del condicionamiento operante al campo de las llamadas respuestas voluntarias.

El interés en el campo se incrementó con la publicación de tratados, textos, compilaciones y publicaciones periódicas como Behavioral Medicine, *Biofeedback Network*, *Biofeedback and Self-Regulation*, etc... Hay que resaltar también que, aunque con el BF se ha pretendido el control de las respuestas fisiológicas con un interés fundamentalmente clínico y terapéutico, también se concedió mucha atención a la explicación y comprensión del comportamiento humano (Vila, 1980).

Shapiro (1982) recoge distintos modelos que han intentado explicar el control de las respuestas fisiológicas. Los primeros informes no distinguían entre condicionamiento operante y BF en el aprendizaje del

control voluntario de las respuestas autonómicas (Engel y Hansen, 1966; Shapiro y cols., 1969). Ambos términos se usaban de manera intercambiable (Shapiro, Schwartz y Tursky, 1972), si bien el término BF estaba restringido a los sujetos humanos. Dentro de este modelo se asume que el *feedback* que se facilita al sujeto es una modalidad particular de refuerzo. Esta asunción no es participada por otros teóricos que estiman que la información que se facilita a los sujetos sometidos a BF no tiene las propiedades correspondientes a un reforzador. Lang (1974), señaló que el condicionamiento operante no puede dar explicación de algunos aprendizajes de conductas regidas por el sistema nervioso autónomo conseguidos a través del BF, y de acuerdo con el modelo de Bilodeau (1969), hay que considerar el BF más como un proceso de información que de reforzamiento, siendo más importante la motivación producida por las instrucciones que por estados de privación o *drive* inducido. Esta controversia pone de manifiesto cómo también en el campo del BF se va haciendo patente que para un mismo procedimiento se ofrecen explicaciones provenientes del condicionamiento y del procesamiento de la información.

Con independencia de esta controversia, otras cuestiones que hacen patente la tensión entre modelos explicativos diferentes es si el control operante de las respuestas autónomas se produce de forma directa o indirecta. Los defensores de la segunda postura se agrupan en dos modelos, el de mediación somático-muscular, que postula la mediación del sistema músculo-esquelético a través de la producción de determinados niveles de relajación muscular o del mantenimiento de un cierto ritmo respiratorio (Mulholland y Peper, 1971; Plotkin, 1976), y el de mediación cognitiva, que estima que el control de las respuestas autónomas viene mediada por determinadas actividades de naturaleza cognitiva tales como pensamientos o imágenes (Lazarus, 1975; Meichenbaum, 1976).

Los modelos basados en el aprendizaje de habilidades motoras y en la aproximación cibernética o de sistemas de control autorregulados, presentan ciertas similitudes en cuanto que dan a la señal de feedback un valor fundamentalmente informativo. Para el modelo de habilidades motoras el BF implica, por parte del sujeto, el aprendizaje de una tarea altamente discriminativa que sea función directa de la cantidad de información disponible. El modelo cibernético que concibe el organismo como formado por numerosos sistemas de feedback que, mediante un funcionamiento automatizado, mantienen bajo control el funcionamiento del medio interno, considera el BF un medio de sobreimponer a los circuitos naturales del sistema de feedback unos circuitos adicionales en los casos en que el feedback natural no funcionara (Gaarder y Montgomery, 1981).

La conclusión que puede extraerse es que no se dispone de un modelo capaz de explicar cómo funciona la información en orden a regular nuestros procesos internos y esto, quizás, porque el *biofeedback* ha estado más atento a ser eficaz que a analizar los procesos implicados en los resultados obtenidos. Por ello, en general, sobre la mayor parte de las cuestiones aquí planteadas existe una evidencia contradictoria.

4.3. UNA FILOSOFÍA DE LA CIENCIA PARA LOS MODELOS DE AUTOCONTROL.

Las posiciones mantenidas ante el tema de la autorregulación reflejan las posiciones generales que pretendemos poner de manifiesto en este bloque, la coexistencia ante determinadas cuestiones de modelos de condicionamiento con modelos cognitivos. El autocontrol y el *biofeedback* aparecen como ejemplo de concurrencia teórica múltiple para explicar un fenómeno único. Esta situación es muy propia del momento de transición que contemplamos en este apartado. A nosotros nos interesa señalar los avances teóricos que se producen con la introducción del autocontrol y por ello el punto de vista que presentamos aquí es el social/cognitivo.

Karoly (1981) juzga esencial una perspectiva mediacional, en vez de la conductista radical, para dar cuenta de una concepción del autocontrol que no se conciba sólo como la probabilidad de seleccionar un resultado o estado final sobre otro. El ser humano no es sólo un selector de alternativas sino que es también un ser capaz de crear significados y para esto es esencial el modelo mediacional al que se debe asociar la asunción de continuidad. En los días en que nos situamos en que los modelos cognitivos se esforzaban por ser aceptados, la asunción de continuidad facilitaba un puente elegantemente simple y conveniente entre el aprendizaje E-R y el del E-O-R. Esta hipótesis venía a defender que los procesos de aprendizaje a nivel encubierto eran los mismos que funcionaban a nivel manifiesto. Como diría Mahoney (1974) el cráneo se convertía en una atestada caja de Skinner. Por otro lado se asumió, como hizo Luria (1961), que el habla humana proporciona un significado especial de autoindicios y autoconsecuencia. Los primeros teóricos del autocontrol pudieron, pues, hablar el lenguaje de sus hermanos E-R y desarrollar nuevas tecnologías, como el condicionamiento encubierto que acabamos de ver, con el sólo requisito de que sus colegas les toleraran la premisa de la continuidad a menos que o hasta que se demostrara su falsedad. Las nuevas técnicas basadas en el encubiertalismo pronto ganaron un lugar junto a sus correligionarios desde una perspectiva manifiesta (Mahoney, 1974) como vamos a ver en los capítulos dedicados a cada uno de los procedimientos terapéuticos contemplados en esta etapa de transición a nuevos modelos de tratamiento.

5. TÉCNICAS PREDOMINANTES EN LA FASE DE TRANSICIÓN A NUEVOS MODELOS DE TRATAMIENTO.

Las técnicas que vamos a incluir en los capítulos dedicados a exponer los modelos propios de la transición desde el aprendizaje por condicionamiento al modelo cognitivo ofrecen hallazgos empíricos relevantes para comprender y situar teóricamente muchas de las aportaciones contempladas en el modelo cognitivo. Contemplamos en esta etapa de transición que viene a desarrollarse entre la segunda mitad de los años 60 y principios de los 80 los procedimientos encubiertos, el modelado, el autocontrol y el *biofeedback*. Los procedimientos encubiertos son un ejemplo paradigmático del conductismo covariante fundado en el condicionamiento operante y sirve de correa de transmisión, en cuanto impulso, y de cobertura teórica a gran parte de la teoría del autocontrol sobre todo en la posición que sobre el mismo ha venido manteniendo Kanfer. El *biofeedback* es un campo en que han estado coexistiendo modelos que enfatizan el condicionamiento con modelos

que insisten en el valor, fundamentalmente, informativo de la señal que recibe la persona sometida a este procedimiento. Además, junto al valor de la señal informativa, hay que atender en el *biofeedback* a los cambios en motivación, actitud y expectativas de éxito que conlleva procesar la información recibida. El modelado, asentado inicialmente, quizás por necesidades de aceptación y no confrontación, en una teoría del aprendizaje social que compatibilizaba con el condicionamiento encubierto, ha sido el que, con su desarrollo posterior y fundamentación en una teoría social cognitiva, ha dejado más claro que estas técnicas de transición contenían potenciales de desarrollo que se pondrán de manifiesto cuando se expongan las técnicas cognitivas.

CAPÍTULO 15. PROCEDIMIENTOS ENCUBIERTOS.

AUTORES**:** Conrado Viña, Manuel Herrero y Juan I. Capafóns.

1. INTRODUCCIÓN.

El condicionamiento encubierto hace referencia a un conjunto de estrategias terapéuticas que se han relacionado tradicionalmente con la figura de Joseph Cautela, probablemente por ser el autor que desarrolló y popularizó un grupo de técnicas que recogían en su denominación el calificativo de *encubiertas.* Pero la historia del condicionamiento encubierto, aunque relativamente corta, comienza antes de Cautela. Así, para Kazdin (1978) la utilización de la imaginación en terapias similares a las conductuales, era bastante infrecuente antes de Wolpe. Las pocas excepciones de la utilización terapéutica de la imaginación en este tipo de técnicas las sitúa este autor en dos trabajos realizados en Estados Unidos. Por una parte, el realizado por Chappel y Stevenson (1936), en el que los autores utilizaron la imaginación para el tratamiento de úlceras pépticas. El tratamiento consistía en enseñar a los clientes a generar imágenes positivas cada vez que se encontraban ansiosos. Otro antecedente lo constituye la investigación llevada a cabo por Salter (1949). Este autor utilizaba la imaginación de sus clientes para modificar su estado de ánimo y eliminar la ansiedad. Según Kazdin la forma en que Salter utilizaba la imaginación era muy similar al procedimiento de la DS (Wolpe, 1958).

El trabajo de Wolpe supuso la creación de una técnica cuyo objetivo era eliminar respuestas de evitación. Sin embargo, no existía ninguna técnica que utilizara la imaginación destinada a eliminar conductas de acercamiento desadaptativas como las conductas adictivas o las parafílicas. Es en este contexto en el que se publica un trabajo realizado por Gold y Neufeld (1965). Estos autores utilizaron imágenes aversivas con el objetivo de eliminar las conductas sexualmente provocativas llevadas a cabo en lavabos públicos por un adolescente homosexual. Este trabajo en sí mismo constituyó un paso importante en la evolución de las técnicas que utilizaban la imaginación pero no tuvo la difusión que merecía. Sí la obtuvo, en

cambio, el trabajo de Cautela en el que presentó su primera técnica basada en los principios del condicionamiento encubierto: la sensibilización encubierta (Cautela, 1966). La influencia de la obra de Wolpe hizo que en un primer momento Cautela enmarcara esta técnica en el paradigma respondiente como lo había hecho aquél con su "teoría de la inhibición recíproca". Más tarde, Cautela cambió el marco teórico de la técnica y la explicó como un procedimiento de castigo dentro del modelo operante. Posteriormente fueron apareciendo las otras técnicas encubiertas: el reforzamiento positivo encubierto (Cautela, 1970a), el reforzamiento negativo encubierto (Cautela, 1970b), la extinción encubierta (Cautela, 1971a), el modelado encubierto, encuadrado por el autor en el paradigma del aprendizaje observacional (Cautela, 1971b), el coste de respuesta encubierto (Cautela, 1976) y la tríada del autocontrol (Cautela, 1983a). Además de estas técnicas desarrolladas por Cautela, existen otras que pueden considerarse asimismo encubiertas como por ejemplo la mencionada DS (Wolpe, 1958), o la detención de pensamiento (Bain, 1928), que no vamos a abordar aquí.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

El condicionamiento encubierto también ha sido denominado "encubiertalismo". Estos términos pueden hacer referencia a dos aspectos diferentes: por una parte, pueden referirse al concepto teórico, es decir, a los procesos de aprendizaje que afectan a las conductas encubiertas de igual manera que a las conductas manifiestas. Por otra parte, también pueden aludir a los procedimientos o técnicas utilizados para modificar dichas conductas encubiertas, y por extensión, las manifiestas. Lazarus (1979), refiriéndose a esta segunda acepción, señala que estos términos no son muy acertados ya que según él "encubierto" significa "velado, no explícito" y como veremos a lo largo de este capítulo, los métodos o técnicas de condicionamiento encubierto son bastante explícitos. Por esta razón Lazarus sugiere los términos de "condicionamiento simbólico" o "condicionamiento cognitivo". Sin embargo, estos términos no han tenido demasiado éxito y casi todos los autores utilizan el de condicionamiento encubierto.

Se trata de un acercamiento mediacional porque admite la existencia de variables que median entre el estímulo y la respuesta. En palabras de Eysenck (1982) estas variables serían las "...motivaciones y estrategias de reacción que interactúan con los estímulos, las respuestas y los lazos que el aprendizaje y el condicionamiento forman entre ellos, en vistas a determinar la reacción total del organismo con la situación" (p.205). Además, el enfoque encubierto asume los procesos de: condicionamiento clásico (aunque como vimos anteriormente Cautela pronto abandonó esta explicación teórica), condicionamiento operante (sobre todo), y de aprendizaje observacional o vicario.

Cautela y Baron (1977) distinguen tres categorías de procesos conductuales: 1) observables, 2) psicológicos encubiertos (pensamiento o diálogo interno; imaginar respuestas similares a las que se emiten

ante estímulos externos concretos cuando estos no se encuentran presentes; y sentir o reproducir sensaciones), y 3) fisiológicos encubiertos.

Estos autores consideran que las técnicas de condicionamiento encubierto se aplican a las segundas, a las respuestas psicológicas encubiertas que se corresponderían con las respuestas de hábito implícito de Watson (1919), sin olvidar que el referente último para la validación de cualquier técnica encubierta es un cambio en la conducta observable.

La posición teórica que sustenta el acercamiento encubierto se puede dividir en dos supuestos fundamentales. El primero de ellos consiste en que los principios de aprendizaje que rigen las conductas manifiestas son aplicables también a los pensamientos e imágenes. Estos pensamientos e imágenes son considerados igualmente "conductas", con la diferencia de que se califican de "encubiertas". Así como el condicionamiento operante trabaja con la conducta manifiesta y observable (motora y fisiológica), los diferentes métodos de condicionamiento encubierto se basan en el trabajo con los pensamientos e imágenes mentales. Dicho de otra manera, entre las conductas que se emiten de forma encubierta y las que se emiten de forma manifiesta existe una *continuidad* u *homogeneidad*, por lo que las conclusiones teóricas obtenidas empíricamente a partir del análisis de los fenómenos manifiestos pueden transferirse a los fenómenos encubiertos. La adopción de esta perspectiva continuista posee la importante ventaja de que brinda la posibilidad de interpretar la conducta encubierta utilizando para ello el cuerpo teórico acumulado por las teorías del aprendizaje para explicar la conducta manifiesta. Por lo tanto, desde esta perspectiva las técnicas encubiertas y las técnicas de modificación de conducta manifiesta comparten los tres elementos del análisis funcional (antecedentes, conducta y consecuentes). La diferencia se hallaría en que, en las primeras, estos elementos se presentan de forma imaginada y en las segundas se presentan en vivo, en la situación real. Debe tenerse en cuenta, no obstante, que este continuismo entre la conducta encubierta y la manifiesta no asume que ambos tipos de conductas sean idénticos o de la misma naturaleza sino que, siendo distintos, obedecen a las mismas leyes. Se trataría, por tanto, de un isomorfismo u homogeneidad funcional y no de una homogeneidad esencial (Pelechano, 1980).

El segundo supuesto teórico en el que se basa el acercamiento encubiertalista hace referencia a que existe una *interacción* entre los procesos encubiertos y los observables. Esto significa que los procesos encubiertos pueden influir en los manifiestos y viceversa. Sin embargo, ello no quiere decir que, en ocasiones, los procesos encubiertos no ocurran paralelamente a los manifiestos, en estos casos hablaríamos de covariación y no de interacción.

Estos supuestos teóricos no se encuentran exentos de críticas. Por ejemplo, algunos autores (Ladouceur, 1981b), señalan que no se ha demostrado que el condicionamiento encubierto se explique por los principios del aprendizaje, sea este operante, respondiente o vicario. Tampoco, añaden, se ha demostrado

que se dé una interacción o covariación entre ambos procesos.

A nivel teórico podemos situar los antecedentes del encubiertalismo en Skinner (1953, 1963). Este autor fue el primero en afirmar que los sucesos privados o encubiertos obedecen a las mismas leyes que los manifiestos, de lo que se desprende que las técnicas de condicionamiento operante serán efectivas para controlar los sucesos privados tales como el pensamiento y la imaginación. Homme (1965), discípulo de Skinner, desarrolló esta idea e introdujo el concepto del "control de los operantes encubiertos". Asumía que los contenidos mentales eran los operantes de la mente. Es decir, consideraba a los pensamientos, imágenes, etc. como "conductas" a las cuales se podía aplicar las leyes del condicionamiento operante. El refuerzo aplicable a estos operantes encubiertos (*coverants*) podía ser manifiesto o encubierto, de actividad (Premack, 1959) o de otro tipo. Su trabajo se centró en la aplicación de los principios conductuales ("control de los operantes encubiertos") a las autoverbalizaciones. Sin embargo, no fue más allá en el desarrollo de las posibles aplicaciones terapéuticas que podía tener este supuesto.

La inclusión de los conceptos mediacionales en la terapia de conducta siguió un proceso gradual (Dobson, 1988b). Esta evolución tuvo que superar las reticencias que algunos terapeutas de conducta planteaban a la integración de los aspectos mediacionales. No obstante, estas reticencias no detuvieron el proceso de integración, lo que provocó que algunos hablaran de "revolución cognitiva". Sin embargo, Dobson (1988b) se cuestiona que sea adecuado considerar estos cambios como una revolución, puesto que una revolución se define como un rechazo total de un modelo anterior junto con sus métodos de aplicación, y está claro que lo que pasó en los primeros estadios del acercamiento encubiertalista fue más bien una superposición de las aportaciones cognitivas o mediacionales sobre el modelo conductista de base. Dobson considera que los procedimientos encubiertos representan un pequeño primer paso teórico desde el conductismo hacia el conductismo cognitivo Creemos que esta es una buena metáfora de la filosofía teórica que encuadra al condicionamiento encubierto. Hoy en día las cosas han cambiado y el modelo cognitivo se ha apartado considerablemente del modelo conductista, sin embargo, Cautela y sus seguidores continúan manteniendo su propuesta prácticamente intacta. Valga como ejemplo la cita de Cautela y Kearney (1993): "El condicionamiento encubierto es un modelo teórico que además de implicar un conjunto de asunciones, se refiere a un conjunto de procedimientos basados en la imaginación que alteran la frecuencia de la respuesta al manipular las consecuencias" (p. 3). O esta otra de Corbett y Corbett (1996) "El término *condicionamiento* (se refiere aquí a las técnicas encubiertas) designa que el cambio de conducta es un proceso de condicionamiento. Mientras el condicionamiento encubierto se centra en la imaginación, los pensamientos y sentimientos también se incluyen como procesos encubiertos que pueden ser manipulados por procedimientos de condicionamiento encubierto" (p. 25).

3. PROCEDIMIENTOS.

Según Cautela (1983b) existen seis técnicas de condicionamiento encubierto: sensibilización encubierta, reforzamiento positivo encubierto, reforzamiento negativo encubierto, extinción encubierta, coste de respuesta encubierto y modelado encubierto. Los cinco primeros se derivarían, según este autor, de los procedimientos operantes, y el último, el modelado encubierto, enraizaría sus bases teóricas en la teoría del aprendizaje social. A continuación, vamos a exponer cada una de ellas, basándonos fundamentalmente en los distintos trabajos llevados a cabo por parte de Cautela y en el de McKay, Davis y Fanning (1985):

3.1. LA SENSIBILIZACIÓN ENCUBIERTA (SE).

La SE fue la primera técnica encubierta creada por Cautela (Cautela, 1966) aunque, como vimos más arriba, en años anteriores distintos autores habían empleado procedimientos parecidos (p. ej.: Gold y Neufeld, 1965). Se utiliza para la eliminación de conductas de aproximación indeseadas. Según Ladouceur (1981b) el término *sensibilización* señala que el objetivo de la técnica es crear un rechazo y una conducta de evitación hacia los estímulos inadecuados (drogas, niños para los paidofílicos, etc.), en sustitución de la conducta previa de acercamiento. Esta sensibilización se logra mediante la asociación de un estímulo altamente desagradable con los estímulos que evocan el comportamiento que se pretende eliminar. En suma, la técnica consiste en que la persona *imagina* una consecuencia intensamente desagradable tras emitir la conducta que se quiere erradicar, ya sea en imaginación o en la vida real.

Una de las ventajas de la SE es la de su mayor flexibilidad respecto a otros métodos aversivos que utilizan estímulos físicos reales (p. e., *shock* eléctrico). Lo que hace que pueda aplicarse con una mayor facilidad que los estímulos físicos en diferentes contextos. Estas ventajas explicarían la superioridad de la SE sobre los métodos aversivos reales (Cautela y Wisocki, 1971).

Como sucede con cualquier otra técnica de terapia de conducta es necesario realizar una evaluación precisa que comprenda un análisis funcional del problema del cliente. Dentro de esta evaluación es requisito indispensable para la aplicación de esta técnica la evaluación de la capacidad imaginativa del cliente. Conviene determinar el nivel de sus capacidades para representarse la realidad. No sólo su capacidad de visualización, sino su habilidad para imaginar olores, sabores, sonidos, etc. En el caso de que sus capacidades imaginativas sean pobres, se recomienda realizar ejercicios para potenciarlas. McKay, Davis y Fanning (1985) proponen utilizar la relajación como procedimiento para mejorar la claridad de las imágenes mentales. Otros autores (Davis, McKay y Eshelman, 1985), señalan ejercicios concretos para potenciar la capacidad imaginativa del cliente. Si su capacidad es tan limitada que no se puede incrementar en absoluto, procedería aplicar otra técnica alternativa, más en vivo.

A continuación, describimos someramente los pasos a seguir en un procedimiento típico de sensibilización encubierta:

1. *Presentación de la técnica al cliente.* La presentación de esta técnica se puede hacer como sigue: “Toda conducta que se premia tiende a repetirse, y toda conducta que se castiga tiende a desaparecer. Esto se ve en todos los aspectos de la vida cotidiana. Cuando Vd. bebe una copa de ron experimenta un gran placer, por eso sigue bebiendo. La técnica de SE se basa en el principio del castigo. Se trata de imaginar la conducta que queremos erradicar (beber ron) y, a continuación, pensar en algo muy desagradable (p. ej.: un vómito) que sirva de castigo a la conducta de beber. Sólo al imaginar que escupe la bebida podrá comenzar a sentirse aliviado”.

2. *Determinación de las situaciones que disparan la conducta a erradicar.* Cautela (1983c) recomienda crear escenas específicas para aumentar la eficacia de la conducta. Es necesaria la especificación de lugares, personas, situaciones sociales y estados de ánimo que disparan la conducta.

3. *Selección de los estímulos aversivos.* Conviene elegir aquellos estímulos que, al ser imaginados, provoquen de forma clara sensaciones físicas desagradables. Según Cautela (1983c) el estímulo aversivo más utilizado ha sido la sensación de náusea intensa que acaba en el vómito. Otras consecuencias empleadas con frecuencia han sido pequeños animales como las arañas, las ratas, los gusanos y las lombrices. Es conveniente seleccionar más de una imagen aversiva por si la primera pierde eficacia para provocar la sensación física con el uso.

4. *Elaboración de las escenas agradables.* Se debe crear un conjunto de escenas en las que la persona disfrute de la conducta que se quiere erradicar, incluyendo todos los elementos que se han detectado anteriormente en el segundo paso. Algunos autores aconsejan utilizar entre cinco y diez escenas agradables. Una vez elaboradas las escenas, se construye una jerarquía ordenándolas en función del grado de placer que producen.

5. *Proceso de sensibilización.* Completados los pasos anteriores, comienza a practicarse en imaginación la asociación de consecuencias desagradables con las escenas agradables. Se comienza con las escenas menos agradables y se progresa hacia las más placenteras. La secuencia sería según McKay, Davis y Fanning (1985): (a) imaginación detallada de una de las escenas agradables; (b) introducción de la escena desagradable que interrumpa el disfrute de la conducta indeseada; y (c) imaginarse comenzando a sentir alivio nada más suspender la conducta. Siguiendo con el ejemplo de la persona con adicción al alcohol la descripción podría ser como sigue: “Se encuentra en casa con sus mejores amigos. Acaban de cenar. Están todos sentados en el salón. Disfrutan contándose chistes. Siente la necesidad imperiosa de beber un ron. Se sirve una copa generosa. Se lleva el vaso a la boca y, cuando el líquido entra en contacto con sus labios, empieza a experimentar unas náuseas muy fuertes. Siente la viscosidad de un gran trago de pus que se introduce en su boca, la inunda con un sabor putrefacto y un olor pestilente. Nota que su estómago se encoge y tiene unas ganas horribles de vomitar. Intenta controlar las arcadas, pero no puede. El vómito sale de su boca con gran violencia y cae por todas partes: en la copa, en sus ropas y encima de sus amigos. Sus amigos lo miran con los ojos desorbitados, y vomitan a su vez encima de Vd. Arroja la copa con todas sus energías y, de pronto, comienza a sentirse francamente mejor. La mejoría se va haciendo más clara a medida que se

acerca al baño y se ducha con gran placer". Todas las escenas de la jerarquía deben imaginarse de forma repetida (alrededor de tres veces cada una), siguiendo la secuencia mencionada.

6. *Modificación del estímulo aversivo.* Una vez recorridas todas las escenas de la jerarquía, conviene cambiar las escenas de tal forma que el cliente ya no se imagine a sí mismo experimentando el estímulo aversivo en toda su intensidad. Es decir, al empezar a llevar a cabo la conducta indeseada y cuando comiencen las sensaciones desagradables, se emitirá una conducta de escape inmediatamente, desapareciendo el malestar al mismo tiempo. Continuando con el ejemplo anterior, se podría realizar la descripción de la siguiente manera: "Se encuentra en casa con sus mejores amigos. Acaban de cenar. Están todos sentados en el salón. Disfrutan contándose chistes. Siente la necesidad imperiosa de beber un ron. Se sirve una copa generosa. Se lleva el vaso a la boca y, cuando el líquido entra en contacto con sus labios, empieza a experimentar unas náuseas muy fuertes. Deja el vaso en la mesa e inmediatamente se siente aliviado y relajado".

7. *Práctica en casa y en la vida real.* Es muy conveniente la práctica de esta estrategia por parte del cliente en su casa para fortalecer la eficacia de la sensibilización. Una vez que el cliente ha logrado la adquisición de una buena dosis de seguridad en sí mismo, procede comenzar la aplicación de la técnica en la vida real, enfrentándose a las situaciones que desencadenaban las conductas desadaptativas. No está de más aquí, realizar y recorrer, al igual que hacíamos en la fase anterior, una jerarquía de situaciones ordenadas en función del nivel de tentación que provocan en el cliente.

Algún autor (Maletzky, 1973) ha introducido variantes a la **SE**. Esta modalidad fue denominada Sensibilización Encubierta *Asistida.* En concreto, este autor utilizó el ácido valérico (de olor muy desagradable) para intensificar las sensaciones de malestar del cliente durante la imaginación de las escenas. No obstante, otros autores (Ladouceur, 1981b) se cuestionan que este procedimiento pueda ser considerado un método encubierto en vez de un procedimiento más perteneciente a las terapias aversivas tradicionales *in vivo.*

3.2. EL REFORZAMIENTO POSITIVO ENCUBIERTO (RPE).

La técnica de RPE fue creada por Cautela (1970a). La diseñó con el objetivo de promover conductas de aproximación ante estímulos ansiógenos (eliminación de fobias), y de otro tipo (fomento de la autoestima, etc.). Para ello, se utiliza la capacidad para incrementar la probabilidad de ocurrencia de las conductas, que posee el refuerzo positivo.

Ya que se ha descrito el procedimiento de la sensibilización encubierta con cierto grado de detalle no insistiremos más, a la hora de hablar de los restantes procedimientos encubiertos, en aquellos puntos que tengan en común. Nos referimos aquí a la evaluación de la conducta a modificar; la evaluación y mejora, en su caso, de las capacidades imaginativas, etc.

Seguidamente pasamos a describir aquellos aspectos más importantes del procedimiento para aplicar la técnica del *reforzamiento positivo encubierto*:

1. *Presentación de la técnica al cliente.* El inicio de la presentación puede realizarse de manera similar a como expusimos con respecto a la SE. El ejemplo que podemos utilizar aquí puede ser el siguiente: "Cuando Vd. quiere pedirle un aumento de sueldo a su jefe y piensa que se va a enfadar por ello, se abstiene de hacerlo. Con ello, Vd. evita una situación desagradable y, al evitarla se siente mejor. La técnica del *reforzamiento positivo encubierto* se basa en el principio de que toda conducta que va seguida de algo agradable tiende a repetirse cada vez más. Por lo tanto, lo que vamos a hacer a partir de ahora, es presentar repetidas veces de forma imaginada consecuencias agradables a las conductas que Vd. teme llevar a cabo".

2. *Especificación de las cadenas conductuales a instaurar.* En el análisis funcional ya se determinaron las conductas de evitación (problema). Aquí, procede descomponer las conductas de acercamiento (meta) en pasos que describan toda la secuencia de aproximación (entre 5 y 10 pasos). En nuestro ejemplo, los pasos podrían ser: imaginarse entrando en las oficinas del banco donde trabaja; saludar al conserje; hablar con los compañeros; dirigirse al despacho del jefe; pedirle a la secretaria que le comunique al jefe que quiere hablar con él; entrar en el despacho del jefe y saludarlo; charlar amigablemente con él; y, finalmente, pedirle el aumento.

3. *Selección de las escenas reforzantes.* Una vez que se ha detallado la conducta meta, se procede a determinar qué tipo de escenas van a resultar más efectivas de cara a utilizarse como refuerzo positivo. Para ello, se puede utilizar el cuestionario de refuerzos de Cautela y Kastenbaum (1967), o el de Martin y Pear (1992). Una vez pasado el cuestionario, se eligen de tres a cinco refuerzos de entre los que el cliente haya puntuado más alto. A continuación se realiza una prueba imaginando escenas con cada uno de los reforzadores elegidos para ver el grado de emoción positiva que despiertan en el cliente. Una vez que se haya comprobado el poder reforzante de estas escenas, se le puede poner un nombre evocador a cada una de ellas para que cuando el terapeuta diga ese nombre el cliente sepa qué escena debe imaginar (Ej. "banquete" podría ser la etiqueta de una escena en la que el cliente disfruta consumiendo sus manjares favoritos). Es conveniente que el cliente practique hasta que llegue a experimentar estas escenas placenteras con una gran intensidad. El terapeuta debe instruir al cliente para que se imagine inmediatamente (en menos de 5") la escena placentera (reforzante) cuando aquel diga el nombre correspondiente a la misma, manteniéndola en la mente durante quince o veinte segundos.

4. *Proceso de reforzamiento positivo.* Se pide al cliente que intente relajarse y que cierre los ojos. El terapeuta comienza a describirle el primer paso de la escena de aproximación, solicitando al cliente que le indique, levantando un dedo, el momento en el que esté imaginando claramente la escena que le está describiendo. El terapeuta comienza describiendo el primer tramo de la conducta de aproximación, y cuando el cliente levanta el dedo, el terapeuta dice el nombre de la escena placentera preestablecida para que

el cliente se imagine dicha escena. Cada secuencia de “conducta de aproximación-escena reforzante” se debe trabajar tres veces. La primera con ayuda de las descripciones del terapeuta, y las siguientes el cliente por sí solo, indicando con el dedo al terapeuta cuando haya finalizado. Siguiendo con el ejemplo que hemos puesto, el terapeuta diría lo siguiente: “Imagínese entrando en las oficinas del banco donde trabaja” cuando el cliente levante el dedo el terapeuta dirá “banquete”. De esta manera se continuará con todos los pasos de la secuencia de aproximación. El terapeuta deberá comprobar que el cliente ha imaginado las escenas con claridad y que no ha tenido problemas.

5. *Práctica en casa y en la vida real.* Cuando se haya completado la secuencia de la conducta de aproximación, se insiste en la conveniencia de que el cliente practique en casa dos veces al día, repitiendo la escena dos veces en cada sesión de práctica (Cautela, 1983d). Cuando el cliente haya practicado varias veces sin problemas, y se sienta con dominio de la técnica, se lo anima para que comience a realizar las primeras secuencias de aproximación en la vida real, imaginando las escenas reforzantes en los mismos momentos que cuando practicaba todo el proceso en imaginación. Según los casos, puede resultar adecuado pasar de un programa de refuerzo continuo a programas de refuerzo intermitente para consolidar la conducta meta y que ésta se haga más resistente a la extinción..

3.3. EL REFORZAMIENTO NEGATIVO ENCUBIERTO (RNE).

Esta técnica fue creada por Cautela (1970b) con el objeto de incrementar conductas adaptativas de aproximación que debido a problemas tales como fobias, ansiedad, falta de asertividad o autoestima, se encuentran ausentes o infradesarrolladas. El RNE**,** responde a una necesidad terapéutica surgida por las dificultades generadas a la hora de aplicar la técnica anterior (RPE). Esto es, se encontró que había personas que presentaban serias dificultades para imaginar escenas agradables que pudieran ser utilizadas como reforzadores positivos de la conducta a fomentar o que, sencillamente, no eran capaces de imaginar algo agradable. Sin embargo, se observó que muchas de estas personas manifestaban una mayor facilidad para evocar situaciones desagradables. Por ello, el mérito de RNE consiste en su capacidad para explotar de forma positiva una característica negativa. Por su parte, el autor de la técnica (Cautela, 1983e), propone que la aplicación se lleve a cabo como última alternativa, cuando han fracasado el reforzamiento positivo encubierto y el modelado encubierto.

Los pasos del procedimiento del RNE serían los siguientes:

1. *Presentación de la técnica*. Utilizando el mismo ejemplo de la técnica anterior, el terapeuta podría comenzar como sigue: “Cuando Vd. pasa de una situación muy desagradable a otra menos desagradable siente alivio y bienestar, lo que hace que Vd. acabe prefiriendo la menos desagradable. Como siempre, lo mejor es poner un ejemplo: Imagine por un momento que va Vd. solo por la calle a media noche y aparecen unos *cabezas rapadas* con bates de béisbol y las navajas abiertas mirándolo de forma

amenazadora. Bien, en este momento ¿qué prefiere?, ¿enfrentarse a esta situación o pedirle el aumento a su jefe?. Pues bien, esta es la idea: ante dos situaciones desagradables al final la menos desagradable acaba siendo incluso agradable. Se trata de imaginar escenas que sean mucho más desagradables que pedirle el aumento a su jefe para luego imaginar que va a pedirle el aumento y sentir alivio, asociando ese bienestar con la petición de aumento de sueldo.

2. *Especificación de las cadenas conductuales a instaurar*. En este segundo paso se procederá de manera idéntica que en el procedimiento para aplicar la técnica anterior (**RPE**). La única diferencia reside en que en este punto conviene poner etiquetas descriptivas que sugieran con facilidad los distintos pasos de la conducta de aproximación con el objeto de agilizar el procedimiento de presentación posterior. Ej.: “conserje”, “compañeros”, “secretaria”, etc.

3. *Selección de las escenas desagradables.* Este autor ha señalado (Cautela, 1983e) que el estímulo aversivo debe reunir las características de: poder ser imaginado claramente, elicitar miedo, y el cliente debe ser capaz de ponerle fin de modo inmediato con poco o ningún malestar residual. Nuestra experiencia clínica nos ha enseñado que, en algunas personas, la emoción del miedo puede sustituirse por el asco siempre que la escena desagradable cumpla las condiciones de suficiente claridad e intensidad como para provocar una aversión en el cliente considerablemente superior a la que provoca la conducta de aproximación.

4. *Proceso de reforzamiento negativo.* Se procede de igual manera que en el paso 4 de la técnica anterior (RPE). La diferencia con éste reside en que ahora se comienza describiendo al cliente la escena aversiva. Cuando el cliente indique que está imaginando esta escena con toda claridad, y se observen señales de malestar en aquel, el terapeuta dirá el nombre del primer tramo de la conducta de aproximación. En este momento el cliente deberá pasar inmediatamente a la escena de aproximación y hacer una señal con el dedo al terapeuta cuando la imagine con claridad. Es importante que no se produzca solapamiento entre ambas escenas.

Los restantes parámetros referidos a la aplicación del reforzamiento negativo encubierto se aplicarán de la misma manera que en el caso del RPE (número de ensayos, práctica en casa, aproximaciones sucesivas en la vida real, etc.).

3.4. LA EXTINCIÓN ENCUBIERTA (EE).

Esta técnica fue propuesta por Cautela (1971a), y está basada en el paradigma de la extinción operante. Tiene como finalidad la eliminación o reducción de la frecuencia de conductas inadecuadas que están siendo mantenidas por un proceso de reforzamiento positivo. El autor afirma que la EE se encuentra sujeta a las mismas leyes que la extinción de la conducta manifiesta. Es decir, cuando se aplica este procedimiento de forma encubierta, cabe esperar los mismos efectos que cuando se aplica de modo manifiesto. Uno de estos efectos teóricos sería la curva de extinción: al comenzar a aplicar la técnica, la

conducta encubierta tendería a mostrar un aumento de frecuencia al principio. Por ello, se impone comunicar al cliente, antes de comenzar la aplicación del procedimiento, que este efecto puede presentarse pero es pasajero. El inicio del descenso de la frecuencia nos revelaría que el cliente, efectivamente, comienza a controlar la conducta problema y que se está avanzando en la terapia.

A continuación pasamos a describir los principales pasos del procedimiento de aplicación.

1. *Presentación de la técnica*. El terapeuta puede explicar la técnica al cliente de la siguiente manera: "Todas nuestras conductas están controladas por las consecuencias que tienen para nosotros. Las conductas que van seguidas de consecuencias agradables tienden a mantenerse y a incrementarse. Las conductas que no van seguidas de consecuencias agradables tienden a extinguirse. Este es el principio que fundamenta la técnica que vamos a aplicar en imaginación".

2. *Determinación de la conducta problema y sus consecuencias.* Como hemos señalado antes, en todos los procedimientos es imperativa la realización de un análisis funcional de la conducta problema. En este procedimiento es aún más determinante la detección de todos los refuerzos que recibe la conducta, con el objetivo de controlar que realmente no se presente ninguno de forma imaginada.

3. *Elaboración de las escenas agradables.* Como en el caso de la sensibilización encubierta, se deben elaborar escenas en las que el cliente disfrute de la conducta problema.

4. *Proceso de extinción.* En el proceso de extinción se procede como en los casos anteriores. La diferencia estriba en que cuando el cliente está imaginando que emite la conducta problema, a ésta no le acompaña el o los refuerzos acostumbrados. La técnica puede tener efectos positivos más rápidamente cuando la práctica es masiva tanto en la consulta como en casa (más de 20 ensayos en cada sesión).

3.5. EL COSTO DE RESPUESTA ENCUBIERTO (CRE).

Esta técnica, como todas las anteriores fue propuesta por Cautela (1974), y justificó su aparición por la necesidad de algunos clientes de eliminar más de una conducta desadaptativa. En este sentido, el autor argumenta que disponer de más de una técnica para eliminar dichas conductas contribuye a combatir el aburrimiento que supone la utilización de una sola y a fomentar la adherencia al tratamiento. Por esta razón propuso la alternancia entre la sensibilización encubierta y el CRE. El objetivo es, como en el caso anterior, reducir la frecuencia o conseguir la total eliminación de conductas que resultan desadaptativas. Se basa en el paradigma operante del coste de respuesta manifiesto, rigiéndose según el autor por los mismos principios.

Esta técnica tiene muchos elementos en común con el procedimiento anterior, la extinción encubierta, en concreto pasamos a describir el procedimiento:

1. *Presentación de la técnica*. El terapeuta puede decir lo siguiente: “Todas nuestras conductas están controladas por las consecuencias que tienen para nosotros. Las conductas que van seguidas de consecuencias agradables tienden a mantenerse y a incrementarse. Las conductas que van seguidas de una pérdida de algo que es nuestro y valoramos tienden a desaparecer. Este es el principio que fundamenta la técnica que vamos a aplicar en imaginación”.

2. *Determinación de pérdidas perturbadoras*. Cautela (1983f) propone un cuestionario para la detección de las situaciones que supongan alguna privación que al cliente le resulte desagradable.

3. *Proceso de coste de respuesta.* Se pide al cliente que imagine la escena en la que se lleva a cabo la conducta a eliminar y, cuando la viva con claridad, lo indique al terapeuta. Entonces el terapeuta le describirá una de las escenas de pérdida de las que se hayan seleccionado previamente. Se recomienda practicar cada emparejamiento alrededor de diez veces por sesión (y otras tantas el cliente por su cuenta en casa). Teniendo en cuenta que existe la posibilidad de que se produzca un efecto de habituación, conviene ir cambiando la escena de pérdida de manera frecuente, incluso dentro de cada sesión.

3.6. EL MODELADO ENCUBIERTO (ME).

El ME es una técnica encubierta que aplica los principios del aprendizaje observacional desarrollado por Bandura (1969, 1970, 1971a). Como sucede con los otros procedimientos, Cautela (1983g) asume que todas las variables que influyen sobre el modelado “manifiesto” son aplicables a este procedimiento encubierto, por lo tanto no vamos a entrar a analizar estas cuestiones. Esta técnica encubierta fue desarrollada, en un principio, para ayudar a clientes que no podían imaginarse a sí mismos actuando, pero sí eran capaces de imaginar cómo lo hacían otros. Teniendo en cuenta lo anterior el procedimiento discurre de manera similar al descrito en las otras técnicas encubiertas, con la salvedad de que las escenas son protagonizadas por un modelo imaginario, y no por el cliente.

3.7. LA DETENCIÓN DE PENSAMIENTO (DP).

Como han señalado Davis, Mckay y Eshelman (1985), las emociones negativas suelen ir precedidas de pensamientos negativos. Por lo tanto, sería conveniente que el terapeuta tuviera a su disposición técnicas que pudieran eliminar esos pensamientos negativos, y así evitar la aparición de las emociones perturbadoras. Un método relativamente sencillo diseñado con este fin es la técnica denominada *detención de pensamiento.* En líneas generales, este método consiste en la presentación de un estímulo que, de modo natural, interrumpe los pensamientos desadaptativos. Posteriormente, ese estímulo se asocia a una palabra para que, al final, sea ésta la que corte el curso de las *rumiaciones*.

Este método terapéutico fue popularizado por el creador de la DS en distintos trabajos (Wolpe, 1958; 1973). Sin embargo, Wolpe otorgó el crédito de la creación de la técnica a un autor que le había precedido treinta años (Bain, 1928).

El funcionamiento de esta técnica se ha intentado explicar desde diferentes puntos de vista teóricos. Según Gainer (1981), esta técnica podría ser explicada por el paradigma del condicionamiento clásico. Así, este autor postula que el estímulo que provoca la interrupción natural del curso de pensamiento (descarga eléctrica, ruido intenso, etc.) se asocia con un estímulo neutro (la palabra *stop* o *basta*). Posteriormente, con esta asociación, el estímulo neutro se convierte en estímulo condicionado que adquiere la capacidad de detener por sí sólo la cadena de pensamientos molestos.

Su funcionamiento también ha sido fundamentado en el condicionamiento operante. Desde esta perspectiva, Davis, Mckay y Eshelman (1985) afirman que la técnica podría estar funcionando por el principio del castigo. Es decir, la palabra (*stop* o *basta*) es considerada como un estímulo aversivo, y cuando se presenta de modo contingente a la aparición de la conducta desadaptativa (pensamiento inoportuno), ésta resulta castigada con lo que disminuye la probabilidad de su ocurrencia.

Estos autores también han sugerido otras explicaciones para el funcionamiento de la técnica. En una de ellas se alude a factores cognitivos. En este marco el estímulo aplicado (descarga eléctrica, *stop* o el *basta*) funcionaría como un estímulo distractor que impide la continuidad de los pensamientos negativos. Davis, Mckay y Eshelman (1985) aportan una tercera explicación del funcionamiento de la técnica cuando ésta incorpora la sustitución de pensamientos negativos por otros adaptativos. Según estos autores, la clave del funcionamiento de esta variante, se encontraría en que los pensamientos que se presentan en sustitución de los negativos producen efectos positivos como la tranquilidad y la autoaceptación. Para finalizar con las explicaciones teóricas, podemos mencionar la aportación de Rimm y Masters (1979) quienes, por su parte, presentan esta técnica como una estrategia de autocontrol.

En un principio, la detención de pensamiento se utilizó para el tratamiento de la ideación obsesiva. Sin embargo, al producirse un incremento notable en el énfasis que los terapeutas de conducta pusieron en la mediación cognitiva, su uso se amplió a otros ámbitos de aplicación psicológica. Por ejemplo, esta técnica se ha utilizado con fobias (Avero y otros, 1998; Rimm, 1973).

A continuación vamos a describir un procedimiento de aplicación de esta técnica. En general, vamos a seguir el esquema esbozado por Rimm y Masters (1979).

1. *Presentación de la técnica.* La técnica puede ser presentada al cliente como una técnica de autocontrol. En primer lugar, se le hace ver al cliente que, en mucho casos, sus reacciones emocionales

están más determinadas por los pensamientos que acuden a su mente en las distintas situaciones, que por las situaciones en sí mismas. Por lo tanto, la adquisición de la habilidad para controlar esos pensamientos negativos puede significar la solución del problema. Se trata de aprender un método destinado a la eliminación de los pensamientos que tanto sufrimiento le causan.

2. *Detección de los pensamientos negativos*. Se solicita al cliente que aporte ejemplos de situaciones que normalmente provocan la aparición de pensamientos molestos. Obtenidas esas situaciones, se seleccionará una, y el terapeuta se la describirá al cliente, para que éste pueda imaginarla con claridad. Previamente, se habrá instruido al cliente para que indique, levantando el dedo, el momento en que comienza a experimentar malestar. En este momento el terapeuta preguntará qué pensamientos han acudido a su mente.

3. *Narración por el terapeuta de las situaciones.* Una vez que se han detectado los pensamientos perturbadores se comienza con el proceso de aprendizaje de la utilización de la técnica. Para ello, se pide al cliente que cuando esté imaginando la escena y aparezcan los pensamientos negativos, los vaya explicitando.

4. *Interrupción por el terapeuta.* Cuando el cliente esté verbalizando sus pensamientos negativos, el terapeuta deberá interrumpirlos. El terapeuta pronuncia la palabra *basta* o *stop,* en voz alta, al mismo tiempo que golpea la mesa con la mano produciendo un ruido fuerte y seco (esto se lleva a cabo de manera inesperada para el cliente la primera vez). Inmediatamente, se le pregunta al cliente en qué está pensando en ese momento para hacerle ver la desaparición del pensamiento negativo y, de esta manera, poner de manifiesto la capacidad de la técnica para interrumpir sus pensamientos. Este procedimiento se repite las veces necesarias, sin necesidad de la palmada, hasta que se consiga bloquear los pensamientos negativos. Finalizada esta fase, se repite el procedimiento, pero esta vez el cliente no narra lo que está pensando, simplemente debe indicar con el dedo cuando aparezcan los pensamientos a eliminar.

5. *Toma de control por el cliente.* Una vez que los pensamientos perturbadores del cliente pueden ser eliminados por la acción del terapeuta, es necesario que el cliente asuma el control del procedimiento y adquiera la habilidad de interrumpir los pensamientos por sí mismo. Para ello, debe repetir el procedimiento seguido en la fase anterior; primero, gritando la palabra *basta*; luego en voz baja; y finalmente, pronunciándola de modo subvocal.

6. *Generalización.* Como siempre, el trabajo en las sesiones de terapia, debe ser complementado por la práctica en casa.

Capafóns y Sosa sugirieron a principios de los 80 modificaciones al procedimiento típico que acabamos de describir. Básicamente se trataba de garantizar que la detención de pensamiento fuera eficaz en los primeros intentos en que el cliente hace uso de ella. Para ello los autores utilizan, además de la detención como tal, una actividad distractora adicional tras la aplicación del estímulo que interrumpe la rumiación – actividad consistente en ejercicios de traslocación, a nivel encubierto, de números, de letras o de palabras en una secuencia dada-, relajación breve y la sustitución del pensamiento perturbador por otro antagonista. Esta versión se ha aplicado eficazmente como técnica auxiliar durante la exposición a estímulos reales en la fobia

a volar (Capafóns, Sosa y Avero, 1997; Capafóns y otros, 1999). En Avero y otros (1998) puede encontrarse de forma más detallada el procedimiento concreto.

3.8. COMBINACIÓN DE PROCEDIMIENTOS.

Finalmente, a título anecdótico podemos mencionar que con posterioridad a la gran ola de técnicas encubiertas singulares desarrolladas por Cautela, comenzó la combinación de técnicas propias y ajenas; encubiertas y manifiestas. Así, la *Tríada de autocontrol* (Cautela, 1983a), está formada por la detención de pensamiento; la respiración profunda y reforzamiento positivo encubierto. Es decir, este método de autocontrol incorpora dos técnicas encubiertas y una física o manifiesta.

Otra técnica combinada es la *Aserción encubierta* compuesta por la detención de pensamiento y la sustitución por pensamientos positivos.

4. ÁREAS DE APLICACIÓN Y EFICACIA.

Las distintas técnicas que forman parte del condicionamiento encubierto han sido utilizadas en numerosos problemas. Tratar de abarcar todas las técnicas y problemas haciendo un análisis minucioso de resultados desbordaría los límites del presente capítulo. Por ello, y a modo de ejemplo, presentaremos algunos resultados obtenidos por las distintas técnicas en aquellos problemas que consideramos más relevantes.

El reforzamiento positivo encubierto se ha utilizado para reducir la ansiedad ante los exámenes demostrando eficacia terapéutica (Wisocki, 1973; Guildry, 1974; Kostka y Galassi, 1974). También ha dado buenos resultados, aunque de manera menos consistente, en problemas de autoestima y fobias.

Como ejemplo de aplicación no clínica, podemos citar uno de la psicología deportiva. En este área se utiliza la técnica de “la visualización” que ha aportado datos que parecen indicar que mejora el rendimiento del atleta (Feltz y Landers, 1983). La técnica consiste, fundamentalmente, en que el/la atleta se imagine a sí mismo/a ejecutando de manera correcta determinados movimientos o secuencias dinámicas que, posteriormente, deberá llevar a cabo durante la competición. Quizá la eficacia de esta técnica se encuentre en parte explicada por el componente de reforzamiento positivo encubierto que posee (imaginar al final los aplausos del público o a sí mismo/a en el podio). Aunque también pueden contribuir a la explicación del éxito de esta técnica el hecho de que constituye a la vez una un modelado encubierto, práctica encubierta y una exposición imaginada que puede reducir la ansiedad en la situación real.

El reforzamiento negativo encubierto, como se ha dicho anteriormente, tiene las mismas aplicaciones que el reforzamiento positivo encubierto, pero se utiliza como alternativa cuando el cliente es incapaz de imaginar reforzadores positivos suficientemente intensos, o cuando ha fracasado el procedimiento anterior. Gershman y Bajtelsmit realizaron un estudio en 1973 sobre procedimientos para la reducción de la ansiedad ante los exámenes (citado en Ladouceur, 1981b). Compararon la eficacia del reforzamiento negativo encubierto con la del reforzamiento positivo encubierto y con la de la DS. Sus resultados arrojaron diferencias significativas entre el grupo control y los tres grupos de tratamiento. Sin embargo, los tres métodos de terapia no se diferenciaron a la hora de reducir la ansiedad.

La extinción encubierta. No existen en la bibliografía demasiados trabajos que pongan de manifiesto la validez clínica de este procedimiento. Sin embargo, los pocos que conocemos resultan bastante prometedores. El estudio de Gotestam y Melin (1983) con cuatro pacientes adictos a las anfetaminas arroja muy buenos resultados con un seguimiento de 9 meses en los que tres de los cuatro pacientes no volvieron a ingerir anfetaminas. Sin embargo, este estudio carece de un adecuado control metodológico.

El modelado encubierto se ha aplicado al tratamiento de las fobias demostrando una considerable validez clínica en estudios controlados.

Cautela, Flannery y Hanley (1983) con 30 estudiantes que presentaban una fuerte aversión a las ratas de laboratorio utilizó un grupo de modelado encubierto, un grupo de modelado real o manifiesto y un grupo control. Obtuvieron diferencias significativas entre el grupo de modelado encubierto y el grupo control en las medidas de miedo. Además, no se obtuvieron diferencias significativas entre el grupo de modelado encubierto y el de modelado real, excepto en una medida: el índice de miedo, en el que el modelado real era superior en eficacia. Los sujetos del grupo de modelado encubierto también informaron de cierto desconcierto cuando se enfrentaron a la rata en la medida post-tratamiento, debido a que no estaban acostumbrados a los movimientos rápidos del animal, a los que el grupo de modelado real sí había tenido ocasión de acostumbrarse.

Kazdin (1983), realizó un estudio con 64 estudiantes con miedo a las serpientes a los que dividió en 4 grupos de 16 sujetos cada uno: modelado de afrontamiento encubierto, modelado de dominio encubierto, grupo control de escena sin modelo y grupo control de espera. Se obtuvieron modificaciones significativas en la conducta de evitación en los tres grupos de modelado encubierto, mientras que el grupo control de escena sin modelo no obtuvo ninguna mejoría.

El modelado encubierto también se ha utilizado para entrenar la conducta asertiva demostrando ser al menos tan útil como el modelado manifiesto (Nietzel, Martorano y Melnick, 1977; Rosenthal y Reese, 1983). Sin embargo, Thase y Moss (1976) obtuvieron que el modelado participante era más efectivo que el

modelado encubierto para reducir conductas de evitación.

Existe un estudio de caso en el que este procedimiento fue aplicado con éxito al tratamiento del alcoholismo y de la conducta obsesivo-compulsiva, con seguimientos de 11 y 6 meses respectivamente en los que no reaparecieron los síntomas (Hay, Hay y Nelson, 1983).

El costo de respuesta encubierto. Esta técnica se ha aplicado al tratamiento de la obesidad con dos diseños de caso único (Tondo, Lane y Gill, 1983), en los que fue eficaz.

La sensibilización encubierta ha puesto de manifiesto buenos resultados en el tratamiento de distintas adicciones, una de las que más se ha investigado es el alcoholismo. Aunque los resultados obtenidos son bastante positivos, las investigaciones en este área con un control metodológico estricto son escasas, por no decir inexistentes (Ladouceur, 1981b).

En cuanto al tratamiento del hábito de fumar también nos encontramos con que hay varios estudios que aportan resultados positivos, aunque parece ser que éstos dependen sobre todo de variables que no se encuentran específicamente en el procedimiento de la técnica (motivación de los sujetos, combinación con elementos de otras técnicas como la DS, etc.), con lo que la eficacia de la técnica en este ámbito está por demostrar (Cautela, 1983h; Ladouceur, 1981b; Wisocki y Roney, 1974).

También parece haber demostrado alguna eficacia (McKay, Davis y Fanning, 1985), en la reducción del consumo de ciertas drogas que no producen una elevada dependencia física en el sujeto, como los derivados del *cannabis*.

En el tratamiento de la obesidad, los resultados son dispares y no abundan los trabajos con un buen control metodológico y un seguimiento largo.

El área en la que mejores resultados parece haber aportado esta técnica, y en la que éstos parecen ser más concordantes, es en el tratamiento de parafilias o desviaciones sexuales. La sensibilización encubierta se ha aplicado a problemas tales como el exhibicionismo, el fetichismo la paidofilia y la homosexualidad egodistónica (Cautela, 1967; Cautela y Wisocki, 1971; Hughes, 1983; Kolvin, 1967). En estos estudios se ha puesto de manifiesto su eficacia terapéutica, superando en algún caso, al tratamiento con técnicas aversivas en la medición del nivel de erección peneana a través de pletismógrafo (véase Callahan y Leitenberg, 1973).

Sin embargo, como afirma Ladouceur (1981b) no se ha explicado aún la razón de las diferencias encontradas en el tratamiento de los distintos trastornos.

En resumen, como afirman McKay, Davis y Fanning (1985), parece ser que la sensibilización encubierta resulta especialmente eficaz cuando el hábito o conducta desadaptativa están restringidos a una situación o marco concretos. La razón que arguyen estos autores es que resulta casi imposible llegar a sensibilizarse a todas y cada una de las situaciones que se hallan asociadas a la conducta problema en los hábitos muy generalizados como el beber o el fumar.

La detención de pensamiento se ha aplicado al tratamiento de ideas obsesivas con resultados variables. Los resultados de los estudios de Daniels (1976), Mahoney (1971) y Wolpe y Lazarus (1966) ofrecen datos poco esperanzadores. Por su parte, Anthony y Edelstein (1975) y Samaan (1975) encontraron indicios positivos de la eficacia de esta técnica, aunque sus estudios carecían de un adecuado control metodológico. Un estudio bien planteado metodológicamente (Stern, Lipsedge y Marks, 1973) no encontró diferencias signficativas entre el grupo de tratamiento con detención de pensamiento y el grupo control.

Davis, Mckay y Eshelman (1985), por su parte, afirman, sin aportar datos, que esta técnica resulta efectiva en una amplia variedad de síntomas obsesivos y fóbicos: preocupaciones o insuficiencia sexuales, hipocondría, pensamientos obsesivos de error, entre otros. Sin embargo, estiman que su nivel de eficacia es bajo (20% de los tratados) cuando se aplica a la conducta ritual compulsiva.

Cuando la técnica ha sido comparada con otros tratamientos, los resultados también son dispares. En el estudio de Emmelkamp y Van der Heyden (1980), se mostró la inferioridad de la detención de pensamiento respecto al entrenamiento en aserción. Marks (1991), apoyándose en una revisión de los trabajos que comparan la eficacia de la detención de pensamiento con la exposición, llega a la conclusión de que los hallazgos no se inclinan a favor de ninguna de las dos estrategias, ya que en la mayoría de los estudios los resultados de ambas son similares. A la vista de todos estos resultados, resulta evidente la necesidad de llevar a cabo más estudios controlados que permitan llegar a conclusiones definitivas.

5. A MODO DE CONCLUSIÓN

Al intentar hacer una valoración del condicionamiento encubierto, compartimos con Raich (1995) la opinión de que ha sido una gran aportación, tanto por la introducción de la imaginación como una herramienta poderosa en el campo de la terapia de conducta, como por la flexibilidad, utilidad y rapidez que estas técnicas han demostrado en su aplicación a diferentes problemas psicológicos. Sobre todo en el caso del modelado encubierto que es donde los datos de los distintos estudios muestran una mayor convergencia. Sin embargo, no podemos dejar de observar que existen algunas sombras que planean sobre este acercamiento.

Por lo que se refiere a la sensibilización encubierta, el entusiasmo inicial que provocó, debido sobre todo al gran número de informes favorables basados en estudios de caso, se ha visto moderado gracias a los

datos obtenidos en estudios controlados, en los que se ha puesto de manifiesto que el grado de eficacia no resulta tan espectacular como se había supuesto en un principio. En el caso de los problemas de orientación sexual, área en la que la técnica ha obtenido mejores resultados, como se ha visto anteriormente, Mahoney (1974) propone una explicación interesante. Este autor hipotetiza que en los casos de desviaciones parafílicas la clave del éxito de esta técnica podría estar en que estos trastornos conllevan frecuentemente un alto componente de fantasía e imaginación que es precisamente el terreno en el que esta técnica trabaja.

En cuanto al principio activo de la sensibilización encubierta, la más estudiada de las técnicas encubiertas, parece ser que no está tan claro que el componente esencial de la técnica sea la yuxtaposición de la escena aversiva tras la escena de la conducta a eliminar. Varios autores cuestionan esta explicación sugiriendo que son otros procesos tales como la sugestión, las expectativas, o el aprendizaje vicario, los que explican la eficacia de la técnica (Diament y Wilson, 1975; Martos y Vila, 1984).

Las dudas que se ciernen sobre la sensibilización encubierta abarcan también a otros procedimientos encubiertos, sobre todo al reforzamiento positivo y al reforzamiento negativo encubiertos.

Lo que sí está claro, en cualquier caso, es la necesidad de llevar a cabo más estudios controlados. Por un lado son necesarios más trabajos que confirmen la eficacia clínica de los distintos procedimientos, estudios que incorporen un seguimiento largo y controles metodológicos rigurosos. Por otro, las críticas que se dirigen a cuestionar los principios activos que producen el cambio en los procedimientos que se integran en este acercamiento, también ponen en cuestión los principios teóricos en los que se basan dichos procedimientos. Por tanto, se hace asimismo imprescindible, realizar estudios que esclarezcan los principios activos responsables del cambio terapéutico en cada una de las técnicas que se han derivado del condicionamiento encubierto. Como afirma Ladouceur (1981b) no es necesario conocer los mecanismos que hacen que una técnica funcione para poder aplicarla. No obstante, este conocimiento permitiría llevar a cabo adaptaciones o modificaciones prácticas que podrían contribuir a aumentar la efectividad de los procedimientos de intervención. Este esfuerzo no sería baladí, por cuanto las técnicas encubiertas pueden convertirse en técnicas auxiliares que, con un bajo costo material, de tiempo y esfuerzo, potencien a técnicas más resolutivas en distintos campos de acción psicológica.

CAPÍTULO 16. EL MODELADO.

1. INTRODUCCIÓN.

Ya hemos visto en el capítulo anterior cómo el aprendizaje social ha tenido a lo largo del tiempo concepciones y adscripciones teóricas diferentes. En este capítulo nos centramos en el modelado desde la

perspectiva de Bandura fundamentalmente. Al hablar del aprendizaje social como fundamento del modelado es conveniente delimitar tres conceptos básicos para modificar la conducta a partir de la observación de los otros. Estos conceptos son el modelado, la imitación y el aprendizaje observacional.

A menudo, estos términos se usan como si fueran sinónimos y, en cierta medida, lo son. Los tres se refieren al cambio de conducta actual o potencial a partir de la observación de los otros. Las diferencias se pueden apreciar cuando se intentan comprender los procesos por los que el observar a los otros logra un efecto sobre el aprendizaje y la conducta.

El término modelado se usa, a menudo, como un *término general* que, en cierto modo, incluye los dos restantes, el aprendizaje que se produce por la observación de otros y cualquier cambio de la conducta producido por imitación. Específicamente, el modelado puede decirse que se refiere *explícitamente* a la conducta del individuo que se exhibe, aunque no podemos hablar de exhibición de la propia conducta si ésta no se desarrolla ante observadores. En consecuencia y en *sentido estricto* el modelado hace referencia a la conducta de la persona que actúa como modelo.

La imitación, específicamente, se refiere a la conducta de quien observa las acciones de los otros y después las reproduce. La imitación se refiere a la conducta del observador no a la del modelo y refleja una ejecución y no, necesariamente, cualquier aprendizaje duradero del observador sobre cómo comportarse. Ocasionalmente la imitación se usa en un sentido general para referirse a todos los aspectos del cambio de conducta o aprendizaje que ocurren a partir de la observación de los otros, pero éste es un uso raro del término y tiende a ser confuso.

El aprendizaje observacional es el término más obvio. Se refiere al cambio en la conducta que se produce por observar a los otros. Es útil especificar el aprendizaje que se produce por observación y distinguirlo del aprendizaje que se produce al imitar inmediatamente después de la actuación del modelo.

El procedimiento básico de modelado es simple. Consiste en exponer al cliente ante uno o más individuos en vivo o simbólicamente (filmados o imaginados) que muestren determinadas conductas a los observadores que, en función de los lugares u objetivos perseguidos, se les llamará clientes, alumnos, pacientes o cualquier otro nombre. Bandura (1986) defiende que la mera observación del modelo produce aprendizaje sin necesidad de imitar. La imitación produce también aprendizaje. Es éste el *aprendizaje de la ejecución* claramente distinto del aprendizaje adquirido por mera observación que suele llamarse *aprendizaje de adquisición*. La imitación de la conducta de los modelos y cualquier otra ejecución por parte de los observadores es, además, la prueba sobre la que descansa la afirmación de que el modelado produce aprendizaje tanto de adquisición como de ejecución. Es la ejecución, imitativa o no, la que permitirá e verificar la existencia o no de algún tipo de aprendizaje.

Un concepto más amplio del modelado lo ofrecen Rosenthal y Bandura (1978) que definen un *modelo* como cualquier estímulo relevante organizado de forma tal que un observador pueda extraer información y actuar conforme a la información recibida sin necesidad de actuar primero abiertamente. Esta definición de un modelo enfatiza las actividades cognitivas del observador e incluye como modelo cualquier disposición de estímulos. Va más allá del énfasis inicial en la observación de la conducta de los otros y puede servir a la función de promover la investigación sobre modelado por medios no sociales (por ejemplo, la demostración de principios de la física). En esta concepción del modelado se basa Bandura (1986) cuando habla del modelado abstracto y del modelado creativo. Esta definición del modelado es importante por dos razones:

1. No es preciso que los modelos sean personas o seres animados, sino que basta con una ordenación de estímulos que sea capaz de transmitir información.
2. No es necesaria la imitación por parte de un observador para que se produzca el modelado, aunque la ejecución posterior por parte del observador aumente la eficacia del modelado como veremos más adelante.

A pesar de la ampliación del modelado contemplado en esta definición, el modelado puesto en práctica en el tratamiento de problemas de conducta ha sido casi exclusivamente a través de medios sociales, es decir, observando a otras personas o representaciones metafóricas asimilables.

Cuando el procedimiento terapéutico implica que el modelo muestra una conducta, el cliente la practica, el modelo lo demuestra de nuevo, el cliente tiene ocasión de realizar un nuevo ensayo y este proceso se repite cuantas veces haga falta, está mejor llamarlo *paradigma imitativo* porque la conducta imitativa es claramente una parte del programa. Los programas de tratamiento de modelado que permiten una imitación de este tipo son ideales para integrar los procedimientos de administración de contingencias, puesto que los ensayos en que se practica la imitación pueden ser reforzados. Diferente de este paradigma es un programa en el que el modelo demuestra una conducta de forma repetida antes de que el cliente tenga la oportunidad de intentar imitar. Este procedimiento maximiza el impacto del modelado sobre el aprendizaje observacional a causa del énfasis en la presentación del modelo y en la escasez de oportunidades de imitar. Este procedimiento suele llamarse *paradigma de aprendizaje observacional*. Hacer estas distinciones es, a veces, importante y nos ayuda a la comprensión de lecturas futuras.

Los modelos son especialmente importantes porque nos facilitan información para que podamos adquirir las conductas rápidamente, sin que tengamos que ejecutarlas y sin que nuestra conducta tenga que ser moldeada mediante el ensayo y el error. El libro de Bandura y Walters (1963) *Aprendizaje Social y Personalidad* tuvo una influencia enorme sobre los psicólogos por el hecho de describir gráficamente la extensión con que el aprendizaje de conductas sociales era consecuencia de la observación de modelos. En particular, Bandura y Walters mostraron

que los niños estaban influenciados por ver películas en las que figuras humanas o animales desarrollaban conductas agresivas.

Antes de adentrarnos en el tema hemos de decir que algunas técnicas de terapia, generalmente no consideradas dentro de la terapia de conducta, descansan en procedimientos de modelado. Es el caso, por ejemplo, de la terapia de rol fijo y la terapia de rol exagerado propuestas por G. Kelly (1955) a partir de su teoría de los constructos personales. En la **terapia de rol fijo**, el terapeuta, en general con cierta colaboración del cliente, diseña una escena en la que se incluyen las conductas deseadas por y para el cliente. Esta escena y el desempeño del papel por parte del terapeuta constituye un modelo para el cliente. En la escena diseñada se incluyen las conductas abiertas que el cliente debe asumir así como otras conductas que están menos al alcance de los otros, como son los sentimientos, actitudes y puntos d vista. Si no logra el cliente cambiar sus actitudes o puntos de vista, puede, todavía, ser capaz de conseguir cambiar su conducta, conducta que, en cierta medida, estará en consonancia con los sentimientos y actitudes que se pretenden lograr con la terapia en última instancia. El **Entrenamiento en la representación de un rol exagerado** es un procedimiento de instrucción de los pacientes para que adopten de forma deliberada roles diseñados para corregir problemas de conducta muy específicos. Wolpe y Lazarus (1966) describen el caso de un estudiante que se quejaba de severos sentimientos de incomodidad cuando cenaba en casa de su novia. Le prescribieron que, en tales situaciones, se imaginara que era un importante hombre de negocios. De esta forma al exagerar su rol y darse importancia se hipotetizaba que se sentiría mejor.

2. ANÁLISIS DEL APRENDIZAJE POR OBSERVACIÓN

El aprendizaje por observación está regulado (Bandura, 1986) por cuatro procesos constituyentes: (1) *procesos de atención* que regulan la exploración y la percepción de las actividades modeladas, (2) *procesos de retención* que, mediante la conversión por parte de la memoria de las experiencias transitorias en conceptos simbólicos, sirven de modelos internos para la emisión de respuestas y de criterios para la corrección de las mismas, (3) *procesos de producción* que regulan la organización de las habilidades elementales en nuevos patrones de respuesta y (4) *procesos de motivación* que determinan que las competencias adquiridas por observación se pongan o no en práctica. La bondad o efectividad de estos procesos depende de diversos factores. Unos factores hacen referencia a habilidades o atributos del observador, otros están relacionados con la actividad o características de los modelos y los últimos se refieren a las propiedades de las actividades modeladas. Como el objetivo de este capítulo no es analizar el aprendizaje por observación, sino explicitar el modelado como procedimiento terapéutico, a continuación nos vamos a centrar en recoger los factores relevantes para modelar la conducta, por supuesto sobre la base de los componentes del aprendizaje social y de los factores que contribuyen a su eficacia.

3. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL MODELADO.

La efectividad del modelado depende, como hemos dicho, de factores relacionados con el observador, con el modelo y con el procedimiento. Estos son los factores que vamos considerar al exponer el aprendizaje de adquisición y de ejecución que tienen lugar mediante modelado.

3.1. FACTORES QUE MEJORAN LA ADQUISICIÓN.

Para que se produzca la adquisición o, dicho de otra forma, el aprendizaje y la retención de información según Bandura, el observador debe estar atento a las conductas relevantes del modelo y procesar y retener las observaciones realizadas. El terapeuta, a su vez, debe asegurar que las condiciones del modelado faciliten estos procesos escogiendo un modelo y unas conductas a modelar adecuados a las características del observador y estructurando cuidadosamente el procedimiento de modelado. Pasamos a presentar sugerencias en estos sentidos.

3.1.1. Características del modelo.

Los trabajos que se plantean la cuestión de cuál debe ser el modelo y qué características debe tener de cara a facilitar la adquisición de información facilitan respuestas no absolutas sino relativas, esto es, dependen de la naturaleza del problema que vaya a tratarse, de las características del observador y de la interacción entre ellos. Las siguientes sugerencias pueden ayudar en la selección de modelos.

1. *La semejanza entre modelo y observador*. La semejanza en ciertas características definitorias de las personas como son el sexo, la edad, el color de la piel, etc. y otras características físicas relevantes como altura y peso facilitan la imitación cuando son compartidas por el modelo y el observador.

2. *El prestigio y la posición social.* Las personas con un alto estatus social y que tengan prestigio a juicio del observador por su inteligencia, reconocimiento y posición social moverán a la imitación con más facilidad que una persona de un estatus social bajo o sin prestigio alguno, sobre todo para observadores que estén ansiosos por el posible resultado de su ejecución. Es importante, sin embargo, evitar modelos cuyo estatus sea tan prestigioso que el observador le considere un guía poco real para él.

3. *La competencia del modelo* con relación a la del observador hay que cuidarla. Si el modelo es muy competente el observador puede atribuir aptitudes especiales al modelo o sentirse totalmente incapaz de equiparar la competente ejecución del modelo. Perry y Furukawa (1986) sugieren como la mejor elección proponer un modelo que esté sólo ligeramente por encima del observador.

4. *El calor y cariño* desplegado por el modelo respecto al observador también facilitan los efectos del modelado.

Hay que tener presente, sin embargo, que no hay que considerar estas características como indispensables para que se produzca la imitación. Por otro lado, hay que saber que la diferencia en imitación atribuibles a estas características del modelo son pequeñas y poco consistentes (Zimmerman, 1977).

3.1.2. Características del observador.

Bandura (1976b, 1977a, 1986) señaló cuatro determinantes de la efectividad del modelado referidos a características del observador o si preferimos cuatro subprocesos que median la efectividad del modelado. Estos subprocesos, como hemos dicho más arriba, pueden considerarse también con toda propiedad una contribución a la teoría del modelado. De los cuatro procesos dos son, fundamentalmente, los procesos implicados en la adquisición, la atención y la retención.

Procesos de atención. Consisten en que el sujeto que observa atienda y comprenda la información facilitada por el modelo. Para que una situación de modelado contribuya a la efectividad de atraer y mantener la atención del observador hay que atender a dos tipos de características: las características y conductas del modelo y las características del observador.

Entre las características del estímulo modelador que afectan a la atención están:

a) La posibilidad de que el modelo o la conducta sea distinguible y distinta. Hay que cuidar que la cualidad del modelo de ser distinto y distinguible no le haga muy inusual, porque entonces podría disminuir su potencial para ser imitado. Por ejemplo, presentar un payaso a un niño para que modele su conducta puede captar toda la atención, pero puede que no mueva a la imitación.

b) La valencia afectiva. No es lo mismo tener que atender a una conducta agradable que a una conducta aversiva o provocadora de ansiedad.

c) La complejidad del patrón de conducta y la necesidad de un determinado patrón para tener éxito. Las conductas muy complejas, que resultan difíciles de atender y retener pueden modelarse dividiéndolas en un número inteligible de componentes. Por otro lado, aquellos patrones de conducta que facilitan el éxito generalizado o el éxito en un contexto determinado de interés para los observadores como, por ejemplo, ligar a una chica llaman y mantienen con más facilidad la atención.

d) La prevalencia de los modelos. Si todos los miembros de un grupo muestran una misma conducta es posible que esa conducta pase inadvertida por la falta de contraste.

Entre las características del observador habría que considerar:

a) La capacidad de ver y oír al modelo para poder percibir las conductas modeladas. Si el observador presenta deficiencias sensoriales tendrá limitaciones para atender.

b) Un nivel determinado de alerta. Una persona ansiosa en exceso no está en condiciones de atender, como tampoco lo está una persona relajada en exceso.

c) El foco atencional. El hecho de llamar la atención sobre determinados componentes de una conducta facilita la atención. Si se quiere modelar la conducta de quedar citado con una chica y se llama la atención sobre la importancia del tono de la voz y de la vestimenta, la persona que desea ver modelada esa conducta atenderá especialmente estos aspectos.

d) La historia de reforzamiento por atender e incluso el reforzamiento actual por atender. Cuando el observador ha sido reforzado a lo largo de su vida por atender o es reforzado durante el procedimiento de modelado por atender facilita los procesos de atención.

Procesos de retención. Hay dos clases principales de procesos que mejoran la retención por parte del observador de los patrones de conducta modelada, la codificación u organización y el ensayo o práctica.

Una codificación simbólica se refiere a cualquier clase de procedimiento que reduce una conducta observada a una forma que puede ser retenida con facilidad. Por ejemplo, repetirse verbalmente lo que uno ha visto constituye una codificación simbólica que ayuda a retener lo visto. Esta codificación simbólica puede llevar implícitos factores organizativos que pueden afectar también a la retención. Por ejemplo, un observador es más probable que recuerde y después ejecute un patrón de conducta que 'tenga sentido' si lo refiere a algo previamente conocido. También si tras la observación repetida es capaz de abstraer reglas de actuación ante una situación.

El ensayo o práctica es otro componente del modelado que puede no sólo promover la retención de un patrón de conducta modelada, sino que puede también permitir una expresión más precisa y más efectiva en el contexto natural. El ensayo puede ser simbólico y abierto o manifiesto. El ensayo abierto es simplemente la práctica y puede realizarse mediante el 'role playing'. El ensayo simbólico no ha sido estudiado extensivamente, pero parece razonable esperar que repensar la secuencia de una conducta modelada pueda facilitar una codificación simbólica de las distintas conductas componentes de un patrón de conducta y la detección de puntos en los que la conducta del modelo no fue bien comprendida.

3.1.3. Características de la presentación del modelado.

Hay varias formas de presentación del modelado como puede verse en Bandura (1969; 1986) y Goldstein (1973). Entre ellas destacamos las siguientes:

El modelado en vivo en que se ejecuta la conducta en presencia del observador. Entre las ventajas de este procedimiento está el ser intrínsecamente más interesante que un modelado simbólico por lo que facilita el centrar y mantener la atención. El riesgo que comporta es que no se puede predecir o controlar su conducta y

puede ser desastroso que al modelar una conducta de acercamiento a una situación fóbica el modelo comience a mostrar que se incrementa la ansiedad.

El modelado simbólico en que la presentación de la conducta al observador se realiza mediante películas, videos, grabaciones auditivas, láminas o, incluso, sólo por escrito. La elección de uno cualquiera de estos medios depende de razones prácticas y de oportunidad. Las ventajas de los modelos simbólicos residen en la posibilidad de controlarlos absolutamente y permitir reseñar especialmente aspectos relevantes de la conducta del modelo. Permite por otra parte repetir la misma escena con absoluta fidelidad.

El modelado encubierto en que el cliente imagina un modelo que ejecuta las conductas que desea realizar o, bien, él se imagina a sí mismo como el modelo que realiza la conducta. Este procedimiento requiere que el terapeuta describa e instruya al cliente respecto a la situación de aprendizaje y a las habilidades y conductas apropiadas. Resulta muy útil cuando no es fácil encontrar un modelo y no existen películas suficientemente ricas para presentar todas las situaciones que se quieren modelar. El éxito de este procedimiento, según Cautela (1983g) y Kazdin (1976) que hicieron contribuciones importantes al mismo, depende de las siguientes características del cliente: (a) la habilidad para imaginar; (b) la viveza y claridad de la información recogida en las secuencias imaginadas y (c) el razonamiento que se emplea para programar la técnica del modelo.

Este procedimiento ha tenido más éxito con clientes normales (Kazdin, 1974b). En un medio clínico en que se pidió a clientes sumisos que imaginaran un modelo similar a ellos en edad y sexo emitiendo respuestas asertivas, mostraron tras el procedimiento mejora tanto en autoinformes como en test conductuales de asertividad (Kazdin, 1976). Sin embargo, es más dudoso su éxito en sujetos muy pequeños y en retrasados mentales cuya imaginación simbólica es presumiblemente pobre (Rosenthal y Bandura, 1978).

Otros aspectos referidos al modelado encubierto pueden verse en el capítulo 15 dedicado a los procedimientos encubiertos.

Variedad de modelos y situaciones. El uso de modelos y situaciones variadas a la hora de proceder al modelado conlleva mayores probabilidades de generalización del tratamiento. Si hay varios modelos, el observador estará en mejores condiciones para imitar a cualquier modelo. Lo mismo puede decirse si se utilizan situaciones variadas. En este caso la generalización transituacional será más probable. Respecto a esta variedad de modelado hay que procurar que los distintos modelos sean consistentes en su conducta (Fehrenbach, Miller y Thelen, 1979).

Modelos de afrontamiento (coping) y modelos magistrales (mastery). Una característica importante en el procedimiento de modelado se basa en el comportamiento de los modelos. Un *modelo de afrontamiento* es el que durante la tarea de modelado verbaliza algunas aprensiones, temores, dudas o inseguridad y actúa con cierto

miedo e incompetencia, pero gradualmente se encuentra más confortable y aparece como más competente. El *modelo magistral*, sin embargo, es un modelo que, al modelar conductas, actúa con gran seguridad, maestría y confianza., sin reflejar la mínima duda o temor desde el principio. No hay una evidencia suficiente para preferir una modalidad de actuación a otra, sin embargo, en clínica se utilizan modelos de afrontamiento cuando se pretende modelar la conducta de personas incompetentes y con miedo (por ejemplo, Melamed y Siegel, 1975). Las razones para ello son varias: (a) es compatible con el moldeamiento gradual de la conducta enfatizado por muchos psicólogos, (b) a menudo, el uso de un procedimiento de modelo de afrontamiento va unido a una demostración de autocontrol y de técnicas de aproximación, (c) los observadores, sobre todo si son jóvenes o niños, no parecen atender tanto al modelo que se aproxima resueltamente como al que, al principio, muestra miedo y luego lo resuelve (Bandura, Grusec y Menlove, 1967). Los modelos magistrales son más aconsejables para el desarrollo de una habilidad concreta y precisa, por ejemplo para aprender a defenderse físicamente de una agresión sexual (Ozer y Bandura, 1990).

El **modelado gradual** se refiere al procedimiento en que la conducta a modelar se representa, primero, por partes y, al final, se reconstruye la secuencia completa de la conducta. El número de componentes de la secuencia de conducta que se representan por separado va a depender de la complejidad de la habilidad a modelar y de la capacidad del observador. Está indicado en los casos en que la conducta es compleja o el observador cuenta con pocos recursos o habilidades. Un ejemplo en que se aprecia la importancia de este procedimiento es el aprendizaje de la conducta de conducir.

3.2. FACTORES QUE MEJORAN LA EJECUCIÓN.

Además de observar atentamente una conducta y retener el conocimiento sobre su naturaleza y conveniencia para ponerla en práctica en una situación particular, el modelado debe facilitar también la ejecución de una conducta cuando se presenten las condiciones adecuadas para ello. Dos de los cuatro subprocesos que Bandura (1986) contempla en el aprendizaje por observación se refieren precisamente a la ejecución, fase que Bandura distingue de la fase de adquisición. La ejecución es un aspecto muy importante del proceso total del aprendizaje observacional, pues desde la perspectiva del conductismo radical se va, incluso, a cuestionar el aprendizaje a menos que se manifieste en la ejecución. En la clínica deben, pues, diseñarse programas de modelado en los que se contemplen factores facilitadores de la ejecución o reproducción motórica y de la motivación para la ejecución.

3.2.1. La reproducción motórica.

Al referirse a la reproducción motórica como subproceso que regula el aprendizaje por observación, Bandura (1986) distingue factores referidos al observador y factores referidos al procedimiento.

Los *factores referidos al observador* pueden concebirse formados por dos componentes relevantes:

a. La existencia de la capacidad física para comportarse de una forma determinada. No tiene sentido, por ejemplo, modelar un patrón de conducta para cuya realización el observador está físicamente impedido.

b. La disponibilidad en ese momento de las habilidades básicas necesarias para desarrollar una conducta compleja. No parece sensato, por ejemplo, querer enseñar frases a un niño que todavía no pronuncia palabras.

Los *factores referidos al procedimiento.* Cuando se conoce que el observador reúne los requisitos necesarios para ejecutar una conducta, el procedimiento debe atender a los factores facilitadores de la reproducción motórica de la conducta del modelo por parte del observador. Estos factores son: (a) una representación cognitiva clara del modelo a reproducir, (b) la observación de la ejecución y la equiparación con la concepción o representación cognitiva del modelo, (c) el *feedback* al observador por la ejecución realizada y (d) la reproducción de la representación cognitiva del modelo.

El tipo de modelado que atiende a estos factores es **el modelado participante**, término que se refiere a la técnica general de demostración modelada más participación del cliente y *feedback* correctivo por su ejecución por parte del terapeuta.

Los componentes del modelado participante, ateniéndonos al trabajo de Blanchard (1970), son la facilitación de información verbal, el modelado propiamente dicho y la oportunidad de entrar en contacto directo con el objeto temido. En el trabajo de Blanchard participaron cuatro sujetos. Uno recibió modelado participante propiamente dicho, esto es, modelado, información verbal y contacto directo con el objeto temido. Otro recibió modelado e información verbal y un tercero recibió sólo modelado. El cuarto sujeto, de control, no recibió ningún procedimiento de tratamiento. Antes de la fase de tratamiento se aplicó a cada sujeto una prueba para determinar cuanto podían acercarse a una serpiente viva. Después del tratamiento se administró a los sujetos esta prueba dos veces, una con la misma serpiente que se había usado en el procedimiento de tratamiento y otra con una serpiente distinta y no familiar para determinar la generalización de la efectividad del tratamiento. También se reunieron datos referidos al miedo general de los sujetos a las serpientes y a su actitud hacia ellas. Se observó que la información no parece agregar nada a la efectividad del modelado participante en general, pero hay que contar con que el tipo de información que se dio a los sujetos (altamente fóbicos) podía incluso provocar cierto grado de activación fisiológica. También se observó que tanto el procedimiento de modelado como la participación subsiguiente proporcionan información adquirida tanto vicariamente como de forma directa gracias a tratar con las serpientes por lo que no puede descartarse absolutamente el valor de la información en el modelado participante.

Suele decirse que el modelado participante es más efectivo que el no participante. Los componentes que pueden explicar esta mayor efectividad serían los siguientes:

1 La *extinción vicaria,* el observar a un modelo desempeñar una conducta temida en ausencia de consecuencias desastrosas, constituye una situación de aprendizaje, en la que las señales que tienden a inducir la conducta de evitación están presentes pero sin llegar a producir la conducta de evitación. Es más, en el modelado participante a las señales que pueden inducir conductas de evitación sigue una conducta de acercamiento, ya que el observador debe repetir la conducta del modelo tras la ejecución de éste.

2. La *adquisición de conocimientos técnicos e información* a través del modelado. Por ejemplo, en la extinción de la fobia a las serpientes, el cliente aprende detalles técnicos como es la manera de manejar a las serpientes. La información facilitada a lo largo del modelado también puede resultar útil para disminuir la ansiedad. Por el ejemplo, y siguiendo el estudio que comentamos, se facilita información respecto a que la serpiente no se pone helada o viscosa al morir, que no muerde inmediatamente, etc. Estas destrezas técnicas y conocimientos se pueden aprender y pulir por medio de la observación e información que se facilita en el modelado participante.

3. La *extinción directa del miedo* que tiende a ocurrir cuando las consecuencias desastrosas anticipadas no ocurren durante la fase de participación. La no confirmación de estas expectativas reduce el grado en que el estímulo sigue evocando la ansiedad.

4. La *presencia del terapeuta* que constituye un factor importante por tres razones: (a) da apoyo social (emocional) y/o físico (contacto) en la fase de participación, (b) facilita la puesta en práctica de reforzamiento social después de cada participación exitosa, (c) es probable que evite o, al menos, reduzca al mínimo los problemas que pudieran darse en la fase de participación (por ejemplo, si una serpiente trata de escapar).

3.2.2. Procesos de motivación.

Los procesos de motivación propuestos por Bandura (1986) están basados totalmente en el reforzamiento. Contempla:

a. El reforzamiento externo de la conducta del observador, como puede ser la alabanza del terapeuta, dirigido a la reproducción correcta de la conducta modelada.

b. El reforzamiento vicario que se produce cuando se indica de alguna forma que la ejecución correcta de la conducta modelada permitirá lograr consecuencias positivas si se ajusta a la conducta del modelo. El procedimiento más habitual para motivar a la ejecución de una conducta mediante reforzamiento vicario consiste en mostrar cómo el modelo es reforzado por realizar una determinada conducta.

c. El desarrollo de procesos autoevaluativos, normalmente encubiertos, que pueden operar como reforzadores. Es el caso de la satisfacción experimentada al lograr una habilidad nueva. A este respecto hay

que recordar que la ejecución correcta en la situación o contexto natural tiene mucho más valor que el reforzamiento de la conducta en las situaciones de modelado. Por ello, es muy importante cuidar los primeros intentos de puesta en práctica del patrón de conducta modelada y generar expectativas de refuerzo en el observador, para lo cual es importante que el modelo transmita la creencia en su propia autoeficacia.

4. APLICACIONES DEL MODELADO.

Existe una literatura abundante sobre el modelado y no es, por otro lado, nuestro objetivo en esta obra revisar las aplicaciones de las técnicas. Mucho menos discutir la efectividad de las mismas. A este último objetivo dedicamos el apartado 4 del capítulo 29. Ahora, después de haber visto en el capítulo 6 la función de ayuda que cumple el modelado para moldear conductas nuevas y lograr la adquisición de conductas complejas, nos centramos sólo en mostrar, a modo de ejemplo, algunos logros notorios. La exposición se organiza en torno al incremento y reducción de conductas.

4.1. INCREMENTO DE LA CONDUCTA MEDIANTE EL MODELADO.

El incremento de conductas mediante el modelado puede ser resultado de tres diferentes procesos que dan lugar a: (1) efectos de adquisición, (2) efectos desinhibitorios y (3) efectos de facilitación. La consecución de estos efectos supone la existencia de las habilidades previas y la tendencia a imitar o adquirir nuevos patrones de conducta observando a otros.

4.1.1. Efectos de adquisición.

El efecto de adquisición se refiere al aprendizaje de una mera secuencia de conducta como resultado de observar a un modelo. Desde luego el observador debería conocer cómo ejecutar las conductas simples de esta secuencia, lo que se enseña mediante el modelado es la combinación de estas conductas. Un experimento de Kaye (1971) ilustra claramente la adquisición de una nueva secuencia de conducta en niños. Se enseña a niños de seis meses un juguete tras una pantalla de cristal. El niño intenta cogerlo a través de la pantalla como hacen los gatos que quieren salir de una habitación saltando contra el cristal. A ninguno de los niños se le ocurrió alargar la mano por detrás de la pantalla, por lo que sus intentos resultaron infructuosos. Sin embargo, después de que un experimentador modeló la conducta de coger el juguete alargando la mano por detrás de la pantalla, los niños imitaron la conducta tras un número variado de intentos y todos lograron los juguetes sin dificultad.

El aprendizaje del habla por niños con déficits cognitivos severos como ocurre en los casos de autismo y retraso mental severo representa la adquisición de una nueva secuencia de conducta como resultado de observar un modelo y ser reforzado por la imitación. El trabajo pionero en este campo se debe a Lovaas (p. e. Lovaas, 1967) en su intento de ampliar las habilidades simbólicas en niños autistas. El método divide el ámbito de la

respuesta seleccionada (habla, solución de problemas) en pequeñas unidades y utiliza una combinación de demostraciones por parte del educador más tácticas de encadenamiento y reforzadores operantes para iniciar y refinar la competencia. Más recientemente, procedimientos de reentrenamiento cognitivos análogos se han mostrado prometedores para mantener y restablecer habilidades simbólicas en pacientes geriátricos (Baltes, 1988, Baltes y Lindenberger, 1988).

Masters y Morris (1971) estudiaron la efectividad del reforzamiento contingente para aumentar la imitación generalizada de respuestas complejas. Niños de cuatro años de edad (jardín de infancia) observaban al modelo y recibían instrucciones para imitar su conducta agresiva con un muñeco. Se formaron tres grupos experimentales y uno de control. El primer grupo de niños era reforzado con fichas cambiables por premios cuando imitaban acertadamente la conducta del modelo, el cual también daba reforzamiento verbal. El segundo grupo recibía el reforzamiento no del modelo sino de un dispositivo que emitía fichas en caso de imitaciones adecuadas y el reforzamiento verbal se daba a través de un dictáfono. El tercer grupo recibía las fichas de forma no contingente, esto es, antes de su interacción con el modelo. En el grupo control, el modelo instruía a los niños a imitar, pero no se proporcionaba reforzamiento al hacerlo. Tras acabar la sesión de modelado y después de pasado un tiempo, el niño era retirado del salón de juegos del jardín de infancia por un experimentador adulto distinto del primero. El niño era llevado a un salón distinto en el que este nuevo experimentador mostraba conductas contrarias a las del primer modelo (no agresivas). Después dejaba solos a los niños para que jugaran como quisieran. Se observó que los niños recompensados contingentemente por el primer modelo tendían a imitar las conductas del segundo modelo que, como hemos dicho, eran contrarias a las del primer modelo, en mayor grado que los niños de las otras condiciones experimentales. La conclusión de este trabajo es que el reforzamiento contingente de la conducta de imitación puede provocar un aumento en la imitación generalizada de los niños normales. Además es interesante resaltar que la administración de reforzamiento contingente fue efectiva solamente cuando la proporcionó el modelo y no cuando lo hicieron dispositivos mecánicos.

Por último, consideramos un nuevo uso terapéutico de modelos filmados en el tratamiento de mujeres incapaces de lograr un orgasmo a través de la relación sexual o la masturbación. Mcmullen y Rosen (1981) asignaron 60 mujeres anorgásmicas a una de las tres condiciones siguientes: (1) Secuencias de vídeo de una mujer que aprende a estimularse a sí misma para el orgasmo. Durante un tratamiento de seis semanas, una actriz representó a una mujer que, inicialmente, tenía dificultades para llegar al orgasmo masturbándose pero que más tarde era capaz de alcanzar el orgasmo con facilidad. A la secuencia de modelado de afrontamiento siguió un programa de masturbación descrito por Heiman, Lo Piccolo y Lo Piccolo (1976). Primero, la actriz representó cómo ella se sentía confortable y relajada mientras tocaba sus genitales, después aprendía a autoestimularse para el orgasmo y, finalmente, aprendía a lograr el orgasmo con su compañero. (2) Instrucciones escritas sacadas de los videos orientadas a facilitar la autoestimulación. (3) Grupo de control en lista de espera que, tras las seis semanas que duraba el tratamiento, recibirían también tratamiento.

No hubo contacto directo con el experimentador después de la evaluación de pretratamiento de modo que todo el tratamiento fue autoadministrado. El 60 % de las mujeres en los grupos de tratamiento llegaron a tener el orgasmo al final del periodo de seis semanas y el porcentaje se incrementó en un seguimiento realizado un año después. Ninguna de las mujeres del grupo de control llegó a tener orgasmo, mientras estuvo en la condición de control. El modelado mediante vídeo y el seguimiento de instrucciones escritas no difieren en efectividad, luego ambos tratamientos son tratamientos autoadministrados viables para el caso de mujeres anorgásmicas.

4.1.2. Efectos desinhibitorios.

Puede decirse que tiene lugar un efecto desinhibitorio cuando una conducta que el observador exhibe con poca frecuencia llega a ser más frecuente tras ver a un modelo ejecutar esa conducta sin sufrir ninguna consecuencia adversa. Se habla en este caso de conducta inhibida porque se supone que el cliente ha evitado exhibir esa conducta debido al miedo o a la ansiedad. Un ejemplo típico de desinhibición se ve cuando, tras un periodo de duda e incertidumbre ante lo que puedan pensar y valorar los invitados a una reunión, comienzan a contarse chistes después de escuchar a un invitado que contó uno que fue aplaudido por el grupo. La función desinhibitoria del modelado en la terapia de conducta ha sido documentada extensamente.

Bandura y colaboradores han mostrado que muchos niños y adultos con fobias a las serpientes pueden aprender a acercarse y manejarlas después de ver a un modelo acercarse gradualmente a una serpiente (Ritter, 1968; Bandura, Blanchard y Ritter, 1969).

La conducta asertiva ha sido incrementada a través de programas de tratamiento en los que el modelado ha jugado n papel central. Hersen Eisler y Miller (1974) distribuyeron a pacientes psiquiátricos equiparados en edad, sexo y actividad a una de cinco condiciones: (1) Modelado e instrucciones para imitar al modelo. (2) Modelado e instrucciones generalizadas. Las instrucciones generalizadas insistían en la aplicación de lo que se hubiera aprendido a nuevas situaciones y en permanecer firmes en la defensa de los propios derechos. (3) Representación de la conducta asertiva sin recibir feedback. (4) Un grupo de control con instrucciones y (5) un grupo de control sin tratamiento. La conducta de los pacientes fue evaluada en situaciones interpersonales que típicamente sugerían aserción. Los pacientes que vieron modelos con instrucciones de imitarle o instrucciones generalizadas mostraron el incremento mayor en asertividad.

4.1.3. Efectos de facilitación.

El efecto de facilitación se refiere a la observación de otro, de modo que termine en un incremento de una conducta socialmente aceptable. Ejemplos comunes del efecto de facilitación son el ofrecimiento voluntario de servicios, las contribuciones monetarias o la narración de las experiencias pasadas después de observar a otro individuo realizar cualquiera de estas conductas.

Existen numerosos ejemplos del uso práctico de la facilitación de respuestas. Los productores de TV usan risas grabadas para facilitar la risa de los televidentes. El público, a menudo, es pagado para que muestre su aprobación sobre la ejecución de un concierto o aplauda tras un discurso de forma entusiasta para alentar una conducta similar en el resto de la audiencia. Parece que un presidente de gobierno europeo fue acusado de llevar a sus intervenciones públicas personal pagado con esta finalidad

La facilitación de ayuda en un ambiente natural a través del modelado fue documentada por Bryan y Test (1967) en un estudio titulado, *Señora en apuros: estudio de un neumático desinflado*. Una mujer adulta se situó próxima a un coche con un neumático desinflado apoyándose contra el coche. Durante el periodo experimental, en un lugar situado aproximadamente unos 500 metros por delante de donde estaba la mujer, un modelo (hombre) estaba ayudando a cambiar un neumático pinchado a una joven. En el periodo de control el modelo estaba ausente. Sólo aparecía la mujer apoyada en el coche con el neumático desinflado. El estudio tuvo lugar en un área residencial de una gran ciudad. Los resultados indicaron que la presencia de un modelo que ayuda a una mujer incrementó el número de individuos que se pararon para ayudar a la mujer en apuros. Este estudio es un ejemplo claro de cómo el modelado de una conducta facilita su imitación.

4.2. REDUCCIÓN DE LA CONDUCTA MEDIANTE EL MODELADO.

La reducción de la conducta a través del modelado puede conseguirse a través de: (1) un proceso de inhibición de la conducta, (2) efectos del modelado de la conducta incompatible con la conducta problema o con el objetivo que pretendamos con el modelado.

4.2.1. Efectos inhibidores.

Aparecen cuando el sujeto observa a un modelo que es castigado o sufre consecuencias adversas por realizar o practicar una determinada conducta, por ejemplo estar en la cárcel por robar o sufrir un cáncer de pulmón por fumar. El efecto inhibidor también puede darse cuando el modelo realiza una conducta y no es reforzado por ello, y, también, cuando el modelo realiza la conducta que se quiere reducir con menos frecuencia de lo que la realiza el observador, por ejemplo ver a un amigo o a una persona admirada y respetada que no toma alcohol o toma muy poco puede hacer que el observador reduzca su ingesta de alcohol. Sabemos que se han producido los efectos inhibitorios si el observador tiende a realizar con menos frecuencia la conducta modelada.

Sheppard (1977) presentó un programa de *Concienciación Juvenil* para adolescentes con infracciones legales menores que utiliza el impacto potencial de los efectos inhibidores de ciertos tipos de modelado. Fue concebido para que lo desarrollaran criminales con sentencias de cadena perpetua. Los prisioneros se encontraban con los jóvenes de 14 a 16 años en la prisión durante un periodo de una hora y media y describían su humillación,

su miseria y el terror de su existencia. Después de la charla impartida por los prisioneros, un empleado de la prisión acompañaba a los adolescentes a través de las peores áreas de la prisión, especialmente las celdas de aislamiento. Informes iniciales de padres, adolescentes y oficiales de prisión así como informes policiales documentan el éxito del programa.

Otra ilustración interesante del uso de modelos fue facilitada por Garlington y Dericco (1977). Basándose en datos provenientes de varias fuentes infirieron que la pauta de bebida de los compañeros es uno de los más importantes determinantes en la consumición de alcohol en los jóvenes y que la conducta de beber de los estudiantes universitarios en unidades de convivencia puede ser incrementada o reducida a través del modelado. Garlington y Dericco trabajaron con tres estudiantes que participaron en el estudio de forma voluntaria y contaron con la colaboración de otros tres estudiantes que eran cómplices de los investigadores y que estaban pagados por participar en la investigación. Los estudiantes cómplices bebieron durante los cinco días primeros al ritmo de los participantes voluntarios y, a partir de ese día, se les pidió que redujeran la bebida en un tercio. La conducta de los estudiantes voluntarios siguió la pauta de bebida de los estudiantes cómplices. De este estudio se puede inferir que la conducta de los compañeros y, probablemente de los anfitriones, puede marcar e influir el tipo y la cantidad de bebida de los compañeros y de los invitados.

4.2.2. El modelado de la conducta incompatible.

Tiene lugar cuando se modela una conducta incompatible con la conducta que se quiere eliminar. Una amplia variedad de miedos de los clientes se han reducido por tener modelos que desarrollan conductas que son incompatibles con la conducta de miedo de los clientes. Por ejemplo, una persona temerosa que observa cómo el modelo actúa sin temor ante una situación que el observador teme.

Uno de los experimentos terapéuticos mejor diseñados con relación a los miedos de los niños fue el de Melamed y Siegel (1975) que prepararon el film *Ethan sufre una operación*, que representa las experiencias de un chico de siete años que sufre una operación de hernia. El niño, Ethan, describió sus propios sentimientos, los miedos que experimentó en cada etapa y la resolución de ellos. El observador ve los progresos desde el momento de la admisión hasta la llegada a la planta, los exámenes del cirujano y anestesista, la estancia en el quirófano, la vuelta a la sala de recuperación, el encuentro con sus padres y la salida del hospital.

El modelado de la conducta incompatible ha sido usado también con éxito para reducir la ansiedad sexual de las mujeres. Por ejemplo, Wincze y Caird (1976) y Nemetz, Craig y Reith (1978) relajan a las mujeres y después visionan de treinta a cuarenta y cinco viñetas en vídeo en las que las parejas realizan secuencias graduadas de conducta heterosexual. A las mujeres se les hizo entrenamiento de DS en el estudio de Wincze y Caird y simplemente se les dijo que se relajaran entre las viñetas en el estudio de Nemetz, Craig y Reith. En ambos estudios se instruyó a las mujeres para que realizaran en casa con sus parejas conductas similares a las

representadas en el vídeo. Los dos estudios muestran una reducción significativa en la ansiedad heterosexual y Nemetz, Craig y Reith encontraron que tal reducción en la ansiedad heterosexual se mantuvo tras un año de seguimiento.

5. EXPLICACIÓN COGNITIVA DE LOS EFECTOS DEL MODELADO.

Bandura, Blanchard y Ritter (1969) pusieron de manifiesto que cuanto más énfasis se pone en la ejecución actual de las conductas deseadas en los tratamientos de modelado, más probable es el progreso. El razonamiento teórico empleado por Bandura para explicar esto es que el tratamiento psicológico exitoso habilita a los individuos para fortalecer sus expectativas de efectividad personal y que los cambios en tales expectativas ocurren más rápidamente en tratamientos que se basen en la ejecución. Nuestras expectativas de éxito, viene a decir Bandura (1977b, 1986, 1997) influyen en que intentemos la realización de una tarea, en cómo nos vamos a esforzar y en cuanto tiempo vamos a persistir en la tarea a pesar de que se produzca alguna frustración y a pesar de los *feedback* adversos que se puedan dar por parte del terapeuta (Cervone y Peake, 1986).

Bandura en 1977 publicó una serie de trabajos, uno con Adams (Bandura y Adams, 1977) y otro con Adams y Beyer (Bandura, Adams y Beyer, 1977) en los que puso a prueba la relevancia de la expectativa de autoeficacia para el éxito terapéutico. Sometió a tratamiento a un grupo que presentaba conductas de miedo. Después del tratamiento, pero antes de comprobar el éxito del tratamiento, les preguntaba si creían que iban a tener éxito en la prueba de verificación conductual del éxito del tratamiento y se produjo una coincidencia del 90% entre expectativas de éxito y éxito contrastado. Los grupos fueron entrenados en modelado participante, modelado solo y desensibilización del miedo. La correlación entre expectativas de éxito y éxito real fue independiente del tratamiento a que fueron sometidos. Bandura ha venido explicando esta correlación y resultados de este tipo diciendo que, independientemente del tipo de tratamiento, el sentimiento de autoeficacia es un mediador crítico de la mejora terapéutica.

Es importante hacer notar, sin embargo, que el énfasis del terapeuta debe estar en alentar al cliente en realizar las conductas criterio señaladas, esto es, las conductas manifiestas que constituyen el objetivo del programa, aunque se sepa que el constructo cognitivo de autoeficacia pueda dar cuenta de cambios en los programas de tratamiento de la ansiedad. Otros medios de fortalecer las expectativas de autoeficacia son la experiencia vicaria, la persuasión verbal y la activación emocional. En general, una activación emocional alta valorada, por ejemplo, por la tasa cardíaca, la respiración, sudoración, etc... se asocia con la ansiedad y, por tanto, con baja expectativa de autoeficacia, mientras que una activación emocional baja tiende a asociarse con la calma y confianza y por lo tanto con alta autoeficacia. La autoeficacia, sin embargo, está ligada a la situación y varía en función de la tarea particular. Por ejemplo, las expectativas de autoeficacia de una persona sobre su habilidad para dejar de fumar predice el éxito en la conducta de dejar de fumar, pero no en el seguimiento de una dieta.

CAPÍTULO 17. EL AUTOCONTROL.

1. INTRODUCCIÓN.

La mayor parte de la investigación inicial en terapia de conducta se centró en métodos para cambiar el ambiente del cliente con el fin de fomentar el incremento de la frecuencia, duración o cualquier otra característica relevante de una conducta deseada. Este enfoque condujo a cambios de conducta de significado clínico en niños y en adultos que pasaran la mayor parte de su tiempo con agentes de cambio 'claves' (por ejemplo, profesores, supervisores, etc...) porque estos agentes tienen el control sobre reforzadores importantes para las conductas de estas personas. Más tarde, este énfasis en cambiar el ambiente de un individuo derivó en interés por conseguir cambios en conductas de importancia ecológica, (por ejemplo, utilización razonable del gas, electricidad, carreteras, etc...). En el momento en que nos situamos, primera parte de la década de los 70, los investigadores en terapia de conducta tienen un marcado interés en descubrir los medios de enseñar el autocontrol. Aunque desde el comienzo de los años 60 se habían ido publicando estudios de casos de autocontrol (por ejemplo, Cautela, 1967; Ferster, Nurnberger y Levitt, 1962; Goldiamong, 1965; Homme, 1965), la investigación en autocontrol, sólo a partir de los años 70 comenzó a asumir un papel central en la literatura de terapia de conducta.

Inicialmente las conductas de autocontrol fueron estudiadas como dependientes del tipo de disciplina paterna y del modelado de autorrefuerzo entre otros factores, esto es, se estudiaron las determinantes del autocontrol (O'leary y Dubey, 1979). Con posterioridad, las investigaciones en clínica y educación se plantearon lo que los clientes pueden hacer para influir su propia vida de forma significativa, esto es, se estudió cómo puede influir el autocontrol la propia conducta, lo que es igual a decir que el autocontrol pasó de ser una variable dependiente a convertirse en una variable independiente.

Las razones del incremento en importancia del autocontrol podrían resumirse así:

1. Algunos problemas de los clientes tratados con programas que confían en cambios basados en factores externos tales como el heterorrefuerzo, no culminan con el mantenimiento de los cambios de conducta cuando los programas dejan de estar en vigor.
2. Con pacientes adultos no internados en instituciones es imposible, usualmente, cambiar ciertos componentes de su ambiente como las recompensas o castigos. Consecuentemente, el rol del terapeuta consiste en enseñar a los clientes cómo modificar ellos mismos su conducta y las reacciones emocionales a ciertos acontecimientos sin que tengan que producirse cambios sistemáticos en el ambiente.
3. Existe una muy alta valoración e interés en el autocontrol evidenciado, por lo menos en tres tipos de razones: (a) La importancia del control de la propia conducta, particularmente el control de la inclinación a obtener beneficios personales inmediatos y más si están, como suele ocurrir, en conflicto con los intereses de un grupo social. Si todos los miembros del grupo persiguieran intereses egoístas la existencia de los grupos humanos

estaría en peligro. El cultivo del autocontrol lleva a desarrollar la demora en la gratificación, la resistencia a la tentación, la tolerancia de situaciones aversivas y cualidades sociales similares. (b) También se admira y valora el autocontrol por la necesidad de obedecer las normas. Se asocia con los conceptos de responsabilidad y moralidad que elevan el nivel ético de las comunidades y producen la admiración de quienes los observan. El desarrollo del autocontrol hace innecesario el desarrollo de medios de control externo que en las sociedades complejas no es ni posible ni deseable. Si no hubiera autocontrol, la incidencia del crimen sería mucho más alta. (c) Es un campo complejo en que se encuentran las diversas orientaciones teóricas y por ello resulta útil y excitante.

La orientación propia de las técnicas de autocontrol contrasta con la de otras técnicas que descansan, teóricamente al menos, en lo que puede ser descrito como procesos de condicionamiento pasivo (Kanfer y Gaelick, 1986). Este contraste se ha visto reflejado en el cambio de estilo en la prestación de servicios en campos tradicionales como es el de la salud en general y el de la salud mental en particular. Estos trabajadores participaban de un modelo *administrativo* del tratamiento según Kanfer (1980). Este modelo presume que los clientes buscan asistencia como expresión de un esfuerzo serio por cambiar sus situaciones problemáticas ordinarias, pero que es el clínico el que administra un tratamiento al que somete al cliente. Este modelo asigna al clínico una función de vigilancia o *administrativa* y al cliente un papel relativamente pasivo de aceptación y lealtad. El modelo alternativo generado a partir del desarrollo del concepto y técnicas de autocontrol, es el modelo *participante* que enfatiza la importancia del autocontrol y de la responsabilidad del cliente en el tratamiento. Este modelo representa un cambio desde la provisión de un ambiente de tratamiento protector hasta la oferta de experiencias rehabilitadoras en las que el cliente acepta responsabilidades sobre su propia conducta, sobre su relación con el medio y sobre el planteamiento de su futuro.

La lógica básica del acercamiento de autocontrol, vislumbrada en el modelo *participante* de prestación de servicios, es triple, y viene a corroborar las razones del interés por el autocontrol: (1) Algunas metas pueden alcanzarse con más facilidad cuando el cliente toma un papel activo en el proceso de cambio. (2) Los clientes que llegan a disponer de habilidades de autodirección pueden aplicar estas habilidades a problemas no tratados directamente en las sesiones regulares de tratamiento. (3) Los cambios obtenidos pueden llegar a ser más estables en el tiempo si el cliente puede volver a aplicar los procedimientos de cambio cuando pueda necesitarlos (Goldstein y Kanfer, 1979).

El marco teórico en que se va a mover este capítulo se corresponde, fundamentalmente, con el modelo de Kanfer. Kanfer ve la conducta como producto de tres fuentes de control: el contexto inmediato, el sistema biológico de la persona y los estímulos originados desde el repertorio de variables cognitivas y autodirectivas de la persona. Estas tres esferas de influencia interactúan y es su efecto conjunto en un momento particular el que en última instancia modela la conducta. Aunque la influencia relativa de cada una de estas fuentes nunca puede reducirse a cero, la importancia relativa de cada factor cambia en función del tiempo y de las circunstancias.

2. CONCEPCIONES DEL AUTOCONTROL.

El término autocontrol es uno más de los muchos con los que los autores se refieren al control de la propia conducta desde instancias no estrictamente ambientalistas. Discusiones amplias sobre definiciones de autocontrol se pueden encontrar en numerosas fuentes (Kanfer y Phillips, 1970; Thorensen y Mahoney, 1974; Goldfried y Merbaum, 1973), y presentaciones más y discusiones más recientes pueden verse en Kanfer y Gaelick-Buys (1991) y Karoly (1993). Desgraciadamente, el área de investigación se ha desarrollado alrededor de paradigmas y es difícil comparar resultados debido a una falta de análisis de los distintos elementos que constituyen los diferentes paradigmas.

El término *autocontrol* desde la perspectiva operante, generalmente, connota autorestricción en el sentido de sacrificar una gratificación inmediata por otra satisfacción más relevante que se conseguirá a largo plazo. Este concepto nos lleva a describir a los individuos que ejercen autocontrol como personas que se niegan la gratificación inmediata con el propósito de lograr una meta a largo plazo. El procedimiento para lograr estos objetivos, como dice Skinner (1953), es el mismo que se emplea para controlar la conducta de otras personas, esto es, manipulando las contingencias y los antecedentes de los que la conducta es función. Con posterioridad Goldiamond (1965) y Cautela (1969) muestran posiciones teóricas próximas a la de Skinner al definir el autocontrol. Goldiamond concibe el autocontrol como la manipulación por parte de la persona de las variables que él sabe que controlan una conducta y Cautela considera el autocontrol como un cambio de conducta autoimpuesto.

Un aspecto importante debatido entre los psicólogos se refiere a la importancia del **yo** en el autocontrol. Thoresen y Mahoney (1974) afirmaron que el autocontrol se refiere a los cambios en la conducta abierta y encubierta que son relativamente independientes de las fuerzas externas. Su modelo de autocontrol aparece en la FIGURA 17.1.

SITUAR AQUÍ LA FIGURA 17.1.

Esta concepción sería una posición encontrada con la de Skinner (1971) que argumenta que, incluso, las conductas más autocontroladas pueden estar relacionadas directamente con influencias externas que hacen superfluo al yo. En el análisis de una situación en la que, por ejemplo, Pepe rechaza un postre que le gusta porque quiere perder peso, Skinner nos preguntaría si realmente estamos ante una situación de autocontrol o más bien de heterocontrol. Es muy posible que Pepe, al rechazar el postre, esté respondiendo primariamente a un comentario de su novia que le ha dicho que está engordando y no está tan bueno como cuando le conoció. Para Skinner, el

determinante último de una conducta que puede considerarse de autocontrol es externo a la persona que se conduce de forma autocontrolada.

Un tercer modelo de autocontrol es el de Bandura (1978) en el que, aunque se reconoce claramente que la conducta está influida por el ambiente, se insiste en que respondemos a factores seleccionados de él después de que evaluemos las consecuencias que pueden tener nuestras acciones. El modelo del determinismo recíproco que defiende Bandura y sus procesos de influencia recíproca se representan en la FIGURA 17.2 en que la conducta de Pepe que rechaza un postre sirve como ilustración de las relaciones de dependencia entre la conducta, el conocimiento y el ambiente externo.

SITUAR AQUÍ LA FIGURA 17..2

En la FIGURA 17.2 los factores conductuales, cognitivos y ambientales están interrelacionados y se determinan mutuamente. De acuerdo con este modelo, la búsqueda de factores cognitivos o ambientales con la pretensión de considerarlos determinantes únicos de la conducta de un individuo, como se hace en los modelos de Thoresen y Mahoney (1974) y de Skinner (1971) se valoran desde este modelo como limitados, por no decir inútiles.

Si se admite que el análisis de conducta es un proceso arbitrario que puede iniciarse en diferentes puntos de la secuencia conductual, desde el modelo de Bandura puede definirse el autocontrol como un procedimiento de cambio de conducta que se inicia, primariamente, a partir del individuo con el propósito de influir su propia conducta. Definido así el autocontrol, los procedimientos que implican una mayor participación por parte del sujeto y requieran menores ayudas y refuerzos externos pueden calificarse con más propiedad técnicas de autocontrol.

Dentro de esta lógica los procedimientos de autocontrol participan del movimiento que defiende la importancia de implicar al cliente en los procesos de tratamiento y de abandonar el rol tradicional del terapeuta como profesional infalible. Hoy en día los clientes en general tienen menos confianza en prácticas profesionales incuestionables y en la sofisticación de la naturaleza de los procesos de ayuda. No hay que olvidar, sin embargo, que la aceptación de este papel por parte del cliente y de la responsabilidad subsiguiente en el tratamiento requiere que el cliente desarrolle una fuerte motivación para el cambio. En consecuencia una tarea crucial del terapeuta es motivar al cliente para buscar el cambio activamente. Esta tarea, como todo el proceso de cambio, se lleva a cabo dentro del modelo de negociación en que el terapeuta sirve como un consultor y experto que negocia con el cliente respecto a cómo caminar hacia el cambio y qué fin perseguir. Por parte del cliente se requieren una serie de habilidades en las que tiene que entrenarse con fuerza. Según Kanfer (1980) las habilidades en las que tiene que

entrenarse el cliente son las siguientes: (1) autoobservación, observación y registro objetivo de su conducta por el propio cliente; (2) establecimiento de criterios específicos de conducta mediante el contraste de su propia conducta con la de otros; (3) búsqueda de apoyos en el ambiente para seguir dichos criterios; (4) autoevaluación, que discrimine correctamente cuándo su conducta se ajusta o se aparta de las normas establecidas; (5) generación de fuertes consecuencias autorreforzantes que se aplicarán a conductas que permitan lograr las metas del autocontrol.

3. UN MODELO TEÓRICO DE AUTORREGULACIÓN, KANFER (1980).

En orden a comprender el modelo general a partir del cual se han derivado varias técnicas de autodirección, es útil considerar algunos procesos psicológicos que ocurren en la autorregulación. El modelo de Kanfer viene representado en la FIGURA 17.3.

SITUAR AQUÍ LA FIGURA 17.3

En él se distinguen tres procesos: autoobservación, autoevaluación y autorefuerzo. El proceso de autoobservación se describe esencialmente como la atención deliberada y cuidada a la propia conducta. El proceso de autoobservación en nuestra actividad diaria se inicia cuando nuestras expectativas habituales se ven defraudadas, por ejemplo, dar un giro con el coche y encontrarse con una calle cambiada de dirección y que impide nuestro recorrido habitual hacia el trabajo. Al romperse lo que Kanfer llama *criterios o normas de ejecución* el sujeto tiene que detenerse y pensar qué está haciendo.

La segunda fase del modelo de autorregulación, llamada autoevaluación, consiste en la comparación entre la información obtenida de la autoobservación y de los criterios de ejecución para una conducta dada. Es una respuesta de discriminación, una equiparación que revela la discrepancia o conformidad entre lo que uno está haciendo y lo que uno piensa que debe hacerse. Una estrecha concordancia entre los criterios de ejecución y la información facilitada por el *feedback* de la actuación terminará en una cierta satisfacción con uno mismo, mientras que una discrepancia amplia terminará en insatisfacción.

La tercera etapa en el proceso de autorregulación es motivacional. Consiste en la administración de autorrefuerzo contingente con el grado en que la conducta converge con los criterios de ejecución. El refuerzo positivo tendrá como resultado la continuación de la cadena de conducta interrumpida en el momento en que la

persona tuvo que interrumpir su acción al ver sus expectativas habituales alteradas. Por ejemplo, en el caso del conductor se dará cuenta de que no está en un recorrido equivocado sino que simplemente ha habido un cambio de la dirección de una calle. Queda satisfecho porque está en el camino correcto. Sin embargo, si sus expectativas no se cumplen (su conducta no se ajusta a unos criterios de actuación) debe iniciar una serie de conductas que tengan por fin corregir los errores.

Este modelo se deriva de la investigación en el laboratorio y ha sido útil para el desarrollo de técnicas clínicas que permitan resolver problemas que van desde la obesidad (Mahoney, 1974) a la depresión (Fuchs y Rehm, 1977). Esto no significa que el modelo represente la presencia actual y universal de todos los procesos psicológicos discretos existentes. El modelo puede resultar incompleto en variables tales como las de atribución causal de los resultados (Heider, 1958; Jones y otros, 1971; Harvey, Ickes y Kidd, 1978), el nivel de alerta emocional, la relevancia de normas sociales (Diener, 1979) y otros que se supone influyen los procesos autorregulatorios.

El modelo de Kanfer nos ayuda a comprender que la tarea de mantener la propia conducta mediante recompensas es mucho más compleja que el aprendizaje de respuestas operantes que son reforzadas selectivamente por el ambiente. Sin embargo, en opinión de Karoly (1995), no es sino una parte de los ingredientes activos que se espera compongan paquetes de tratamiento sinérgicos y altamente efectivos.

4. TÉCNICAS DE AUTOCONTROL.

El marco de referencia global de las técnicas de autocontrol se sitúa, fundamentalmente, en el enfoque operante en el que se insertan resultados de investigaciones provenientes de la psicología social y clínica, que ponen de manifiesto la importancia para el individuo de atribuir a sí mismo los resultados de sus acciones y de percibirse con cierto control sobre su medio y con cierta capacidad de decisión.

Vamos a intentar exponer ciertas estrategias de autocontrol agrupadas de forma que permitan un mejor uso y comprensión. Queremos dejar claro, sin embargo, como hace Karoly (1995), que los procedimientos de autocontrol forman parte actualmente de los recursos del clínico y se integran en paquetes de tratamiento cognitivo-conductuales multifactoriales. Fue más bien en la década de los 70 cuando se presentaron minimodelos, como el de autorregulación de Kanfer ya comentado o el de la demora en la gratificación de Mischel (1974), respecto a los cuales se analizaron y evaluaron determinados procedimientos.

Nosotros vamos a presentar las estrategias y técnicas que pueden utilizarse agrupándola, tal como hace Avia (1984), en torno a en tres grandes momentos o fases de la terapia: (1) facilitar el cambio, (2) crear un contexto adecuado para el cambio modificando los antecedentes (técnicas de planificación ambiental) y (3) reorganizar las consecuencias que siguen a la conducta una vez que se ha producido (técnicas de programación

conductual). Esta organización de Avia nos ha servido para organizar las propuestas de métodos de cambio terapéutico que Kanfer ha venido haciendo a lo largo de las distintas ediciones de su obra *Helping people change*, que, básicamente, seguimos aquí.

4.1. TÉCNICAS PARA FACILITAR EL CAMBIO DE CONDUCTA.

4.1.1. Crear el contexto para el cambio.

El objetivo fundamental de las técnicas agrupadas bajo este encabezado es asegurar la participación del cliente y conseguir de él la motivación suficiente para cambiar su conducta. El acercamiento de autocontrol no considera la motivación como una característica fija del cliente, sino que pone la responsabilidad del lado del terapeuta que debe ayudar al cliente a conseguir las metas del cambio y a mantener la motivación para completar las distintas tareas a lo largo de la terapia. Ante las distintas situaciones con que se va a enfrentar el cliente el trabajo con que se enfrenta el terapeuta es diverso y la pregunta que debe intentar contestarse es ¿para qué trabajar la motivación? Lo primero que debe procurar el terapeuta es que el cliente vea el cambio como posible y deseable. También tiene que hacer ver las limitaciones que tiene su rol en la terapia. Estos dos objetivos ayudarían a crear una efectiva relación de trabajo y una clara definición de los roles del cliente y del terapeuta en la terapia. Estos objetivos se cumplen, en cierta media, estructurando la terapia de modo que haya un tiempo para facilitar información al cliente sobre la naturaleza del programa, pero además otro para alentarle a, por ejemplo, tomar decisiones y hacer elecciones que promuevan el plan total del cambio. En consonancia con la filosofía del autocontrol, el terapeuta no debe responder, sin embargo, directamente a preguntas que le haga el cliente sobre si debe cambiar de trabajo o lanzarse a una determinada relación. El terapeuta debe trabajar con el cliente, más bien, para que los elementos necesarios para la toma de decisiones estén claramente identificados y los resultados de cada alternativa que se pueda elegir establecidos en términos de sus efectos sobre el cliente y su entorno. En este contexto de claridad es el cliente quien debe hacer la elección.

La clarificación de las metas y valores es un método útil para establecer y mantener la motivación a lo largo del curso del tratamiento. Para ello, durante las primeras sesiones, el terapeuta debe procurar que el cliente discuta los objetivos a largo plazo y que se imagine como sería su vida si estos objetivos se consiguieran. Habría que insistir en los aspectos negativos y positivos de conseguir estos objetivos. La discusión de los objetivos a largo plazo debe ocurrir regularmente, para asegurarse de que el plan de tratamiento se está cumpliendo y para mejorar la motivación. Además la clarificación de las metas y los valores estrecha la relación terapéutica. Los clientes que creen que su terapeuta comprende y acepta su orientación básica de vida es más probable que confíe en el terapeuta y que participe activamente en los procesos de cambio.

4.1.2. La asignación de tareas.

La asignación de tareas suele consistir en pequeños ejercicios que debe realizar el cliente entre una y otra sesión. Generalmente van dirigidos a atraer su atención hacia aspectos poco conocidos de su medio, ayudarle a iniciar pautas de conducta nuevas, obtener información sobre aspectos desconocidos o temidos, etc.

La asignación de tareas facilita la implicación y participación del cliente y resalta la importancia de cambiar las conductas fuera de la sesión de terapia además de ayudar al cliente a percibir la continuidad entre las sesiones de tratamiento y las experiencias de la vida diaria. La asignación de tareas facilita al terapeuta información sobre las habilidades y fiabilidad del cliente de cara a conseguir los objetivos pretendidos en el tratamiento.

Kanfer y Gaelick-Buys (1991) indican cuatro etapas a seguir cuando se le asignan a un cliente tareas a realizar:

a. I*nformación* para aclarar los requisitos que deben cumplirse en la ejecución de la tarea y para instruir de forma didáctica sobre una táctica particular y cómo ésta debe acomodarse a la situación y condiciones del cliente.

b. *Práctica anticipatoria* o ensayo previo a la puesta en práctica real. Es una aplicación de la autorregulación anticipatoria a una situación específica. Normalmente se utiliza el *role-playing* en el ensayo previo. Conviene cambiar los supuestos escenarios del ensayo para enseñar al cliente el acercamiento a la tarea de manera flexible, e incrementar así la habilidad para ejecutar la tarea en condiciones externas cambiantes.

c. *Ejecución de la tarea en los ambientes naturales*. Es la fase práctica, propiamente dicha, de la asignación de tareas.

d. *Revisión*. Tiene lugar en la sesión siguiente a la realización de la práctica en ambientes naturales. La información que pueden aportarnos los clientes puede ser *episódica*, esto es, ligada a contextos temporales y espaciales específicos que resultan difíciles de recordar y, por tanto, no hay que hacer mucho caso si unos no son consistentes con otros. Cuando las revisiones avanzan y el cliente comenta con el terapeuta sus experiencias se van creando recuerdos semánticos o codificaciones verbales que representan el conocimiento básico sobre uno mismo. Estos recuerdos son más fáciles de recordar y, por tanto, que influyan el pensamiento y la conducta en ocasiones futuras. En estas revisiones el terapeuta tiene que dirigir la atención también a promover el sentido de la autoeficacia del cliente. Es importante tener claro el criterio de ejecución que se espera del cliente y reforzar sólo las actuaciones que se ajusten al objetivo marcado y que, además, puedan atribuirse a la ejecución del cliente. Hay que cuidar no reforzar éxitos o fracasos que correspondan a conductas de otros.

La inclusión de estas cuatro etapas incrementa la probabilidad de éxito y maximiza el potencial de aprendizaje a partir de la experiencia.

A medida que avanza el programa de cambio el cliente debe ir teniendo una responsabilidad mayor en la planificación y ejecución de las tareas que puedan contribuir a superar sus problemas. Gradualmente la tarea del terapeuta en asignar tareas se va desvaneciendo y va quedando el realizar tareas bajo el control exclusivo del cliente.

Kanfer (1980) resumió la utilidad de asignar tareas diciendo que su función es poner bajo la atención del cliente indicios relevantes del cambio deseado. De esta forma el cambio entra a formar parte de sus acciones, pensamientos y fantasías.

4.1.3. Los contratos de contingencias.

Los contratos de contingencias cumplen la función de comprometer al cliente con los objetivos de cambio de conducta que manifiesta querer realizar. Además de facilitar el compromiso con el cambio, las características de la redacción de los contratos permiten que éstos ayuden a clarificar los objetivos de la terapia y proporcionen al terapeuta un modo de evaluar la adecuación de los objetivos fijados y la posibilidad de alcanzarlos en un tiempo razonable. Negociar el contrato requiere, pues, una cuidadosa revisión de los requisitos conductuales para conseguir los objetivos marcados y puede insertarse esta tarea en las etapas de información y ensayos previos que se contemplan en el modelo de autocontrol.

El contrato puede ser de palabra y por escrito. El contrato escrito aporta mucha mayor claridad y especificidad. Esto puede producir también un mayor compromiso de cambiar la conducta por parte del cliente. En general, el contrato desaconseja y evita por parte del terapeuta las demandas caprichosas a la hora de exigir un trabajo y a la hora de entregar un reforzador.

El contrato escrito, además, nos provee de un vehículo conveniente para hacer la transición desde la dirección de la conducta por otras personas (terapeuta, profesores, padre) a una distribución y regulación de contingencias por parte del cliente.

Los contratos pueden ser también *unilaterales*, cuando el cliente se obliga a sí mismo a un programa de cambio sin esperar contribuciones específicas de otra persona, o *bilaterales*. Los contratos bilaterales, usados habitualmente entre parejas, en la familia o entre el profesor y el alumno, especifica las obligaciones y reforzadores mutuos para cada uno de las partes. Un ejemplo de contrato de contingencias bilateral puede verse en la TABLA 17.1.

T A B L A 17.1.

EJEMPLO DE CONTRATO DE CONTINGENCIAS PARA INCREMENTAR EL ESTUDIO.

Yo, (nombre del chico) estoy conforme en hacer el siguiente trabajo, por el cual voy a obtener las recompensas que se especifican:

1. Estudiar en mi habitación, sentado ante mi mesa de estudio y sin oír música..

2. Comenzar a estudiar a las (5.00 p.m.) y dejar el estudio a las (7.30 p.m.).

3. Estudiar cada día una lección del temario oficial de física, la teoría que me marque el profesor particular de física y hacer los problemas o tareas que tenga marcados para el día siguiente en cada una de las asignaturas.

4. Informar con detalle a mi padre de la cantidad de trabajo escolar que llevo a casa cada día.

5. Los Lunes, Miércoles y Viernes estudiaré además de las materias y tareas diarias Matemáticas y Lenguaje y los Martes y Jueves Historia y Biología.

6. Por mi trabajo voy a recibir las siguientes recompensas:

a. Salir a estar con los amigos cada día de 7.30 a 9.00 p.m..

b. Disponer todos los días de la moto para ir al Instituto.

c. Disponer de la moto Sábados y Domingos durante dos horas para pasear a mi gusto.

d. Ir el sábado por la noche al cine o a cenar con cargo a mi padre si cumplo todos y cada uno de los compromisos en un grado superior al 85%.

7. Voy a recibir también (100 pesetas) por resolver cada problema que me ponga el profesor particular de física y (1.000 pesetas) por cada examen que apruebe.

8. Por cada semana en que haga todo el trabajo descrito con un grado de cumplimiento del 100% recibiré dinero para invitar el sábado a mi novia a cenar o a ir al cine.

8. Si reclamo o tomo alguna de las recompensas sin haberla ganado, tendré que devolver (100 pesetas) por cada incumplimiento.

9. Este contrato tendrá una vigencia de dos semanas. Tras este período de tiempo podrá renovarse en estos o en otros términos siempre que las dos partes estén conformes.

10. La madre será la persona encargada de observar y determinar si se van cumpliendo y en qué medida los términos del contrato.

_____ Firma del chico _____ Firma del padre

Firma del terapeuta.

El terapeuta en este contrato cumple la función de garante del mismo. Servirá de arbitro en los desacuerdos entre las partes.

Kanfer y Gaelick-Buys (1991) recogen una serie de condiciones que deben tomarse en consideración en cada contrato conductual que se formula. Cada uno de estos puntos debe formularse en detalle, concretarse tras una negociación y, por supuesto, ser aceptados completa y libremente por el cliente.

1. Establecerse una descripción clara y detallada de la conducta instrumental requerida.
2. Marcarse algún criterio respecto a los límites de tiempo o frecuencia que constituyen el objetivo del contrato.
3. Especificar consecuencias positivas contingentes al cumplimiento del criterio.
4. Prever consecuencias aversivas contingentes al incumplimiento del contrato en un tiempo específico o con una frecuencia especificada.
5. Indicar una cláusula de *bonus*, esto es, reforzadores adicionales que pueden lograrse si la persona excede las demandas mínimas del contrato.
6. Especificar los medios por los que se observa, mide, y registra la conducta y acordar cómo se va a informar al cliente de sus logros a lo largo de la duración del contrato.
7. Preparar las contingencias de reforzamiento de modo que las respuestas sean reforzadas tan pronto como sea posible.

Lloyd Homme y sus colaboradores (Homme y otros, 1970) propusieron una serie de reglas para guiar en la redacción de los contratos de contingencias, que recogemos a continuación:

1. El pago del contrato (la recompensa) debe ser inmediato.
2. Los contratos en su comienzo podrían aceptar y recompensar ligeras aproximaciones a la conducta marcada.
3. Recompensar frecuentemente con pequeñas cantidades.
4. El contrato exigirá su cumplimiento y por cumplirlo será recompensado el chico, no por la obediencia al director del programa.

5. Recompensar la ejecución después que esta ocurra.

6. El contrato debe ser justo. (Esto significa que hay que cuidar de tener una conformidad auténtica con los términos del contrato y de no intimidar al educando para que dé su consentimiento a unos términos de contrato que él no quiere aceptar).

7. Los términos del contrato deben ser claros. (Cada parte debe saber lo que se espera de ella y lo que puede esperar en recompensa).

8. El contrato debe ser honesto. (Las partes deben estar dispuestas a cumplir con su parte del contrato).

9. El contrato debe formularse en términos positivos. (No debe implicar la amenaza de un castigo, sino que debe enfatizar la promesa de una recompensa).

10. El contrato, como un método terapéutico que es, debe ser usado sistemáticamente.

Los contratos conductuales pueden potenciarse si se asocian con compromisos públicos ante los amigos, esposo/a o grupo de compañeros de trabajo. Hay que tener cuidado, sin embargo, con estos compromisos, porque el cliente puede marcarse un criterio o meta mayor que el que él puede alcanzar razonablemente con el único propósito de impresionar. Después, al no poder cumplir el contrato, el cliente evita a aquellas personas ante las que se ha comprometido o se empeña en acciones que pueden poner en peligro la relación con la persona que es parte o está directamente implicada en la conducta o condiciones del contrato. Por estas razones, los contratos de contingencias en terapia de pareja se usan menos últimamente. Para solventar estos posibles problemas, se utilizan, para cada miembro de la pareja, directrices generales con muchas alternativas respecto a una meta similar. El cumplimiento de cada parte es independiente de lo que haga el otro miembro de la pareja (Jacobson, 1983).

4.1.4. Autoobservación.

La autoobservación consiste en atender deliberadamente a la propia conducta y en registrarla mediante algún procedimiento previamente establecido. La precisión de estos registros cuando se hacen análisis del acuerdo entre jueces no es grande (Kazdin, 1974a), sin embargo cuando se cumplen determinadas condiciones, la autoobservación puede utilizarse para facilitar estimaciones de la conducta o para tener información del cambio de conducta. Ayuda a la efectividad de la autoobservación el trasladar los registros a gráficos y, sobre todo, el aprender a analizar e interpretar los registros.

Independientemente de la precisión de la autoobservación ésta cumple otras funciones: (1) La obtención de información cualitativa que se a relevante para el análisis funcional de una conducta y para planificar el tratamiento. Por ejemplo, se puede pedir al cliente que observe las situaciones o condiciones en que se da la conducta y las consecuencias que le siguen. (2) Recoger información sobre los estados emocionales del cliente cuando desempeña una conducta determinada. (3) Hacer incompatible la realización de una determinada

conducta. Por ejemplo Kanfer y Gaelick-Buys (1991) cuentan cómo una pareja disminuyó sus peleas al pedirle que las grabaran en *cassette*. (4) Producir, la autoobservación sola, cambios favorables en la conducta objetivo, por ejemplo Romanczyk (1974) con clientes obesos y Emmelkamp (1974) con agorafóbicos. Otros autores, por ejemplo Mahoney, Moura y Wade, 1980, no han logrado estos resultados. La modificación de la conducta por el sólo hecho de observarla es posible que se deba a la activación de procesos autorregulatorios (Kirschenbaum y Tomarken, 1982) o a que la autoobservación dirige la atención del observador hacia indicios relacionados con consecuencias asociadas a la conducta que observa (Nelson y Hayes, 1981). También parece depender el éxito de la autoobservación para modificar la conducta del dominio y maestría que tenga la persona sobre la conducta que se modifica. Las conducta que se dominan escasamente necesitan atención intensa y una razón más para atender a ella puede beneficiarle significativamente. La autoobservación sola, sin embargo, como dicen Bandura y Simon (1977) es improbable que tenga un impacto apreciable sobre la conducta a menos que la actividad se vea unida a contingencias internas positivas o aversivas lo que ya supone en el proceso de autoobservación el establecimiento implícito o explícito de un criterio para el nivel deseable de la conducta observada. La autoobservación también se ve beneficiada en su eficacia por las atribuciones causales que la persona haga sobre la conducta y por la importancia que le dé a esa conducta. Una característica final que parece crítica es la naturaleza de la conducta específica seleccionada para observar y la relación temporal entre la conducta y la observación. En general, los registros-resumen de la conducta-objetivo realizados varias horas después o al final del día introduce una demora muy larga y debilita los efectos reactivos de la autoobservación.

4.2. TÉCNICAS DE PLANIFICACIÓN AMBIENTAL.

Agrupamos bajo este encabezado las técnicas que pretenden programar y llevar a cabo cambios en aquellos aspectos del medio que anteceden a la emisión de la conducta y que, lógicamente, se han mostrado relacionados con la conducta que se quiere modificar. El fallo en intentos previos de cambio de conducta puede haberse debido a falta de apoyo en el ambiente, falta de conocimiento sobre los métodos para cambiar una conducta específica o falta de incentivos suficientes para intentar el cambio. Las técnicas que se describen en los dos apartados siguientes requieren sólo que el cliente dé un paso mínimo, promover un cambio en el ambiente de tal manera que se produzcan naturalmente las conductas subsiguientes. Se incluyen en este apartado la modificación del contexto en que se desarrolla la conducta y el cambio de las consecuencias que siguen a la conducta.

4.2.1. Modificación del contexto.

Este punto dedicado a exponer las modificaciones que pueden hacerse en el contexto para controlar la propia conducta lo desarrollamos en torno a dos aspectos de la modificación del contexto, controlando los

estímulos que controlan nuestra conducta y limitando la ejecución de la conducta a la presencia de determinados estímulos.

El control de estímulos es una forma sencilla de modificar la conducta consistente en introducir cambios en el medio o en alguno de sus elementos para favorecer o reducir la aparición de una determinada conducta. Los cambios ambientales o estimulares que pueden hacerse contemplan: (a) *Cambiar el ambiente físico* de manera que la ejecución de la conducta indeseable sea imposible o muy improbable. Sería el caso de una persona que se internase en una institución para impedir el consumo de drogas o se pusiese guantes para no morderse las uñas. (b) *La restricción de los derechos legales* como, por ejemplo, limitarse el derecho de acceso a las salas de juego. (c) *Cambiar el medio social* para que la posibilidad de realizar determinadas conductas esté controlada en gran medida por otras personas. Por ejemplo, cambiar a unos amigos que hayan inducido a beber por la amistad de un grupo comprometido en la lucha contra el consumo de alcohol o el cleptómano que opta por no ir sólo a los grandes almacenes. (d) *Eliminar o hacer menos patentes los estímulos* desencadenantes de las acciones que queremos evitar, por ejemplo no comprar productos que consumimos sin control alguno si queremos perder peso. (e) *Favorecer la aparición de estímulos* que hacen más probable la aparición de una conducta deseada, por ejemplo quedar a estudiar con una compañera que es buena estudiante.

Limitación de los estímulos ante los que se puede realizar la conducta. Esta técnica implica el fortalecimiento de la asociación entre una conducta y un contexto específico, esto es, la conducta se sitúa bajo el control de estímulos discriminativos (E^D), de modo que la conducta no deseada puede reducirse gradualmente reduciendo el rango de las condiciones de estímulo en que puede realizarse la conducta. Por ejemplo, fumar únicamente en el salón mientras se ve la TV o reduciendo el rango de conductas que ocurren en un determinado lugar. Por ejemplo, las conductas de higiene para el sueño contemplan el limitar la cama para realizar sólo determinadas conductas como dormir y hacer el amor y no realizar conductas incompatibles con el sueño como ver la TV, comer o leer.

Cuando se quiere reducir una conducta, las técnicas de control o limitación de estímulos se combinan con un costo de respuesta progresivo. Por ejemplo, al requisito de que la conducta ocurra en un lugar y tiempo determinado, se van añadiendo, progresivamente, otros requisitos, de modo que la realización de la conducta se vaya convirtiendo cada vez más incómodo. La idea es que la realización final de la actividad sea aversiva y que el esfuerzo que supone el realizarla supere las consecuencias positivas que puedan seguirse de la conducta objetivo.

Otro uso de la limitación de estímulos se centra en la asociación entre la conducta-objetivo y ciertos indicios corporales. En algunos casos el uso de este procedimiento requerirá enseñar al cliente a reconocer el significado de ciertos estímulos somáticos mediante procedimientos de autoobservación y enfatizando las características de los acontecimientos que subyacen o preceden a ciertos estados fisiológicos. Una vez que el

cliente aprende esta discriminación se le indica que sólo realice la conducta-objetivo bajo ciertas condiciones, por ejemplo, no comer si no tiene hambre, relajarse ante la aparición de los primeros signos de ansiedad.

En algunos casos la conducta problema es el final de una cadena de conductas y el problema no se reconoce hasta la ejecución final. En estos casos una vez que se inicia la cadena de conductas es difícil controlar la conducta final. Un análisis de la secuencia completa de la cadena de conductas puede llevar a indentificar eslabones de la cadena en los cuales es posible intervenir para lograr con éxito la interrupción de todo el proceso y evitar, cambiando los antecedentes inmediatos, la conducta final. Este procedimiento es muy útil en el caso de las personas con problemas de dependencia del alcohol. Estas personas puestas ante un vaso de licor con su olor, color y sabor anticipado es difícil que no sucumban ante este estímulo. Si se analiza la cadena de conductas que puede llevar a una persona a estar ante el alcohol, sería posible y más fácil que controlara la conducta de beber deteniéndose en un paso determinado de esa cadena de conductas que lleva a situarle frente el alcohol. Pararse antes de seguir actuando, ayudarse de la instrucción subvocal "piensa", o utilizar una acción como señal para hacer un registro, son modos eficaces de interrumpir cadenas automáticas de conducta.

En general, una buena manera de ejercer control de estímulos, cuando los antecedentes de la conducta son especialmente ‘peligrosos’, es evitarlos tal como dice nuestro dicho popular de que quien quita la ocasión quita el peligro. Esta es una estrategia inicial de control que se utiliza cuando el individuo no dispone de un repertorio alternativo con que hacer frente a los estímulos desencadenantes de la respuesta a modificar. Kanfer (1978) llama a esta estrategia *autocontrol decisional.* Esta estrategia sólo sirve temporalmente, ya que al volver a encontrarse ante el mismo contexto o situación esos estímulos seguirán teniendo con mucha probabilidad control sobre la conducta. Con el tiempo la persona debe procurarse habilidades que le permitan desarrollar conductas nuevas en respuesta a los estímulos peligrosos de determinados contextos sin necesidad de evitarlos. Esta es, propiamente, la segunda etapa de autocontrol que Kanfer llama *autocontrol demorado*.

4.2.2. Organización de las consecuencias de la conducta.

Un modo de planificar el medio, cuando se anticipa una situación problemática, es determinar con antelación las consecuencias de la conducta. Un ejemplo de este procedimiento es dar instrucciones a alguien para que no nos ofrezca tabaco o poner el despertador para despertarnos a tiempo. Una forma más estructurada de organizar las consecuencias de la conducta son los contratos de contingencias a los que nos hemos referido anteriormente. Una forma más simple de autocontrol mediante el procedimiento de organizar las consecuencias de la conducta es el costo de respuesta que puede verse en el apartado 3 del capítulo 5. En este tema de autocontrol estaría hablando de un costo de respuesta autoimpuesto.

4.3. TÉCNICAS DE PROGRAMACIÓN CONDUCTUAL.

Este grupo de estrategias de autocontrol se compone de los procedimientos que pretenden controlar la conducta modificando las consecuencias que la siguen. Estas consecuencias, como hemos expuesto en los capítulos 4 y 5, permitirán incrementar o reducir las conductas que les preceden. Aunque las técnicas de reforzamiento autoadministrado coinciden con las técnicas heteroadministradas, existe controversia sobre si comparten un mecanismo común (por ejemplo, Castro y otros, 1983, Nelson y otros, 1983). Desde la perspectiva del autocontrol atendemos a procedimientos en los que la persona toma la responsabilidad de modificar su conducta mediante la observación de la misma y la administración, siguiendo a la ejecución de la misma, de autorrefuerzo positivo por la emisión de conductas incompatibles con la conducta no deseada o autocastigo por la emisión de una conducta que se desea eliminar. El uso de estas técnicas requiere que la conducta-objetivo, los criterios de ejecución, los estímulos reforzadores o punitivos y la relación de contingencia estén claramente especificados. Esta clarificación ofrece la oportunidad de corregir los componentes problemáticos del proceso de autorregulación y también facilita la ruptura de los procesos automatizados insistiendo al cliente en que preste atención cuidadosa a su propia conducta. Las técnicas de programación conductual responden en mayor medida al modelo mediacional del autocontrol (Bandura, 1971b; Kanfer, 1971) y se corresponden más bien con el *autocontrol demorado*, en el que se practican respuestas controladoras en presencia de estímulos conflictivos.

4.3.1. El autorreforzamiento positivo.

Existe una importante polémica sobre la naturaleza de los procesos implicados en el autorreforzamiento positivo entre los autores partidarios de un modelo mediacional y los autores que se adscriben al modelo de Skinner. En general, los primeros consideran que el autorrefuerzo positivo no consiste meramente en el consumo material de un reforzador, sino que exige dos condiciones: (1) el acceso a reforzadores materiales disponibles en el medio, y (2) la aplicación de reforzamiento verbal-simbólico contingente al hecho de haber satisfecho los criterios que previamente el sujeto se había impuesto a sí mismo. De esta posición participan Kanfer y Gaelick-Buys (1991) que indican que el acceso a reforzadores materiales se puede cumplir de dos maneras: (a) autopresentándose un nuevo reforzador que está fuera de la vida diaria y habitual del cliente, como concederse un pequeño regalo o acudir a un acontecimiento especial; y (b) negándose inicialmente una experiencia agradable de la vida diaria y acceder a ella solamente tras la ejecución de la conducta deseada. Este acceso es un reforzador contingente a la conducta. Por ejemplo, hacer una llamada agradable, ir al cine o tomar un café con un amigo, todas ellas actividades agradables, pueden posponerse inicialmente y ser llevadas a la práctica sólo como recompensa por haber cumplido una tarea prescrita. Para que el cliente pueda posponer los reforzadores fácilmente disponibles con efectividad es conveniente que al principio las demoras sean pequeñas y que los requisitos conductuales para acceder al reforzador sólo se incrementen de forma gradual.

El autorrefuerzo verbal simbólico consiste en autodeclaraciones verbales tales como *'bien', 'eso está bien hecho'* u otras declaraciones mediante las cuales la persona claramente muestre su satisfacción por el logro

alcanzado. Estos procedimientos ayudan a los clientes a conocer que ellos han planeado con éxito una tarea y que están autorizados a sentirse satisfechos y orgullosos.

Existen muchos datos de conductas mantenidas mediante autorrefuerzo positivo. Por ejemplo, mejoras en el rendimiento escolar y en la conducta en clase (Bolstad y Johnson ,1972; Drabman, Spiltalnik y O'Leary, 1973), pérdida de peso (Mahoney, Moura y Wade, 1980). También hay ejemplos de modificaciones de conducta por autorrefuerzo positivo simbólico, por ejemplo, para mejorar los hábitos en la mesa (Bellack, Glanz y Simon, 1976). El autorrefuerzo consistía en escribir la palabra 'delgado' en un diario y favorecer el desarrollo de una imagen positiva del propio cuerpo vistiendo ropa bonita que antes quedaba estrecha.

Las técnicas de práctica en imaginación, y el reforzamiento y extinción encubiertos, vistos en el capítulo 15, son procedimientos que hacen uso de reforzadores positivos y pueden utilizarse con éxito para modificar la propia conducta.

4.3.2. Las consecuencias aversivas autogeneradas.

Esencialmente hay dos tipos diferentes de consecuencias aversivas autogeneradas que pueden usarse para controlar la conducta, el autocastigo y el autorreforzamiento negativo. Como ya sabemos por los efectos de estos procedimientos sobre la conducta, el primero pretende interrumpir o desacelerar una respuesta, mientras que el autorreforzamiento negativo pretende incrementar una respuesta que permite terminar con o evitar un estímulo aversivo. Un ejemplo de autocastigo puede ser realizar una tarea aburrida como autocastigo por haberse comportado de forma agresiva. Un ejemplo de autorreforzamiento negativo sería apagar la calefacción en casa a las 9 p.m. para facilitar el irse pronto a la cama. Sentir el frío sería el estímulo aversivo que se evita yéndose a la cama.

Por razones de congruencia con el sentido humanitario dominante los estudios de autocastigo más frecuentes implican autocastigo por retirada, esto es, la retirada, contingente a la conducta, de un estímulo positivo presente hasta entonces, por ejemplo, Mahoney, Moura y Wade (1980). También se ha utilizado la sensibilización encubierta (Cautela, 1967) que suele resultar útil en los casos de conductas adictivas. La detención del pensamiento puede considerarse también una técnica de autocastigo y resulta útil para los casos de pacientes con pensamientos obsesivos.

El autorreforzamiento negativo fue utilizado por Penick y otros (1974) con un grupo de obesos a quienes pidieron que colocasen en el frigorífico una bolsa llena de tocino que previamente se habían imaginado que representaba la grasa sobrante en sus cuerpos. El procedimiento consistía en quitar un trozo de tocino de la bolsa por cada ½ kg. de peso que perdieran. Si conseguían vaciar toda la bolsa, recibían además refuerzo social del grupo.

5. CONSIDERACIONES FINALES.

Las técnicas de autocontrol varían ampliamente en el grado en que el cliente debe asumir cierto grado de responsabilidad para aprenderlas o ponerlas en práctica. Ciertas técnicas se enseñan y practican en las sesiones de terapia asumiendo que esta experiencia producirá cambios en la conducta objetivo. Otras técnicas, sin embargo, se discuten y planifican en las sesiones de terapia, pero el posible uso depende y el consiguiente éxito se atribuye a la puesta en práctica o no por parte del propio paciente en el momento oportuno. Las técnicas de autocontrol, por otro lado, no deben ser utilizadas a menos que el cliente acepte que los objetivos del tratamiento son deseables y esté motivado para alcanzarlos.

La evidencia aportada por la investigación sobre la eficacia de las técnicas expuestas, aunque limitada, se puede considerar favorable (Kanfer y Schefft, 1988). El marco teórico en que se apoyan las técnicas de autocontrol no es sólido y resulta incompleto. El éxito parece lograrse con independencia de los fundamentos sobre los que se actúe, de modo que no es raro encontrar que ciertos investigadores alcanzan éxito con unos métodos y que otros, partiendo de las mismas asunciones teóricas pero utilizando procedimientos claramente diferentes, son incapaces de lograr resultados similares. Estos resultados se explican porque el desarrollo de los programas de autocontrol requieren la habilidosa combinación de muchos elementos al tener que ajustar el programa a las necesidades de cada cliente individual, mientras que la investigación habitualmente pone a prueba los efectos de un sólo componente en cada ocasión. Las interacciones entre varios componentes pueden producir efectos que no han sido vistos con anterioridad en la investigación realizada sobre componentes aislados.

La combinación de elementos individuales en un programa requiere un minucioso análisis conductual del problema antes de que el programa se inicie, así como una relación cliente-terapéuta que pueda promover el proceso del cambio. La imperiosa necesidad de una colaboración franca entre el cliente y el terapeuta en el desarrollo de los programas de autocontrol se basa, entre otras razones, en la dificultad para observar los objetivos que se pretenden conseguir mediante técnicas de autocontrol y en la consecuente necesidad de confiar en los autoinformes del clientes. No es infrecuente encontrar que los clientes, por su historia pasada, son renuentes y muestran vergüenza o temor al tener que describir conductas-objetivo que les afectan profundamente. En la mayoría de los casos la apertura no se produce hasta que el cliente está seguro de que puede confiar en el terapeuta. Esta experiencia justifica que, si las circunstancias bajo las que se remite un cliente a un terapeuta son desfavorables para una relación de confianza, como es el caso en que el cliente es remitido para un tratamiento como consecuencia de una sentencia judicial, el cliente viene presionado por padres o educadores, o el cliente está muy trastornado como para entrar en una relación interpersonal, las técnicas de autocontrol no sean de inmediata aplicación. En estas circunstancias el objetivo del tratamiento podría ser crear una atmósfera en la que se alcancen los prerrequisitos del autocontrol. Los procedimientos de

autocontrol propiamente dichos, sin embargo, podrían ser introducidos sólo cuando se haya logrado el objetivo primero de la confianza mutua.

Comentario final aparte merece el uso de las técnicas de autocontrol con clientes que se desvían claramente de la norma. Los clientes con habilidades intelectuales bajas pueden ser entrenados en algunos procedimientos de autocontrol, aunque a un ritmo más lento y con procedimientos simplificados (Litrownik, 1982). También se pueden utilizar técnicas de autocontrol con pacientes psicóticos (Breier y Strauss, 1983). No parecen, sin embargo, apropiadas estas técnicas para ser utilizadas en intervenciones en crisis porque en estos casos existe una necesidad inmediata de que actúen personas distintas del cliente.

CAPÍTULO 18. EL *BIOFEEDBACK*

Manuel Herrero y Carmen D. Sosa

1. INTRODUCCIÓN.

El biofeedback es una de las técnicas que se encuentran a disposición del terapeuta de conducta. Se trata de un grupo de procedimientos que suele despertar el interés de estudiantes, terapeutas, investigadores y pacientes, por su apariencia, sofisticación y validez aparente. Los antecedentes más remotos del *biofeedback* puede que se encuentren en los estudios realizados por Tarchanoff (1885) en los que se ponían en práctica métodos para la aceleración voluntaria de la tasa cardíaca. Otros antecedentes dignos de mención son, por ejemplo, los estudios de Bair (1901) sobre el control del músculo auricular posterior, las investigaciones de Schultz (1932) acerca del Entrenamiento Autógeno, los trabajos sobre la Relajación Progresiva de Jacobson (1938) y, finalmente, son asimismo relevantes, los experimentos sobre el condicionamiento clásico interoceptivo de la escuela rusa (Bykov, 1953; Lisina, 1958).

En los años sesenta, se llevaron a cabo una buena cantidad de estudios con animales para demostrar la posibilidad de condicionar a nivel instrumental el sistema nervioso autónomo (SNA). Además, se llevaron a cabo investigaciones para determinar el control que se podía ejercer sobre distintas variables fisiológicas. Se investigó sobre la actividad eléctrica cerebral (ondas alfa), sobre el control de la actividad eléctrica de la piel (respuesta psicogalvánica) y sobre la actividad neuromuscular. Todos estos trabajos lograron que el *biofeedback* entrara en un proceso de expansión a partir de los años setenta, alcanzando un eco importante en amplios sectores clínicos y legos. La principal razón de su desarrollo podría residir en el atractivo de la propuesta formulada, a saber, la posibilidad de ejercer control voluntario sobre la actividad fisiológica, gracias a unos aparatos notablemente sofisticados con validez aparente que ello conlleva.

Esta década se caracteriza por una eclosión, calificada por algunos de desmedida, de la aplicación de los principios obtenidos en la investigación básica al ámbito terapéutico, sobre todo con problemas como la rehabilitación neuromuscular y los trastornos psicosomáticos (Carrobles y Godoy, 1987).

Desde la década de los setenta hasta nuestros días, las investigaciones han seguido centradas, fundamentalmente, en el denominado "problema de la mediación" y en el grado de especificidad que es posible alcanzar en el control de las distintas funciones. En cuanto a las aplicaciones a problemas clínicos, la amplitud de los problemas tratados se extendió notablemente para acabar abarcando trastornos tales como los cardiovasculares, los gastrointestinales, las cefaleas tensionales, el asma bronquial, y todo lo relacionado con la ansiedad y el estrés (Carrobles y Godoy, 1987). No obstante, estos autores destacan una notable carencia metodológica en los trabajos publicados durante este periodo, lo que generó en un primer momento una euforia y optimismo que, al carecer de una sólida base científica, con el tiempo ha desembocado en cierto grado de escepticismo acerca de la validez real de este procedimiento.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

El término *biofeedback*, calificado por algunos de "artificial" (Basmajian, 1989), hace referencia a los conceptos de aprendizaje y de control voluntario de las funciones autónomas. Esta aproximación terapéutica proviene de áreas de estudio distintas a la psicología como son la cibernética y las teorías de sistemas (Lamoureux, Joly y Bouchard, 1981). Por su parte, Olson y Scwhartz (1987) establecen un decálogo que recoge los principales antecedentes y campos convergentes que dieron lugar al *biofeedback*:

1. Teoría del aprendizaje y aprendizaje visceral
2. Psicofisiología.
3. Terapia de conducta y medicina conductual.
4. Investigación sobre estrés, terapias de relajación, y otras técnicas de manejo del estrés.
5. Ingeniería biomédica.
6. Electromiografía (EMG), EMG diagnóstico, y unidad de control motor simple.
7. Conciencia, estados alterados de consciencia, y feedback electroencefalográfico (EEG).
8. Cibernética.
9. Factores culturales.
10. Desarrollos profesionales.

Este grupo de técnicas lleva implícita la utilización de aparatos electrónicos sofisticados. Éstos proporcionan información precisa, inmediata y continua acerca de respuestas autónomas de las que la persona normalmente no es consciente. Así mismo, el *biofeedback* puede utilizarse para compensar la pérdida de información, acerca de determinadas respuestas, provocada por accidentes o enfermedades. En

ambos casos el objetivo final es que la persona aprenda a controlar estas respuestas a través del conocimiento proporcionado por los aparatos. El término está compuesto por el prefijo griego bio (vida) y la palabra inglesa compuesta feedback que viene a significar "retroalimentación o alimentación de un sistema con la información derivada de la ejecución o actividad que previamente ha tenido lugar" (Carrobles y Godoy, 1987, pg. 13). Se han realizado traducciones al castellano más o menos literales del término (biorretroalimentación, retroalimentación biológica, biorretroacción, biorretroinformación, retroacción biológica, bioinformación, etc.), que no han tenido éxito debido probablemente, por un lado a su excesiva extensión y/o a su cacofonía y, por otro, a la difusión que experimentó el término inglés original en nuestro país. Schwartz y Beatty (1977) definen el *biofeedback* como un grupo de procedimientos experimentales que emplean un sensor externo para proporcionar al organismo indicación del estado de un proceso corporal, normalmente con objeto de efectuar un cambio en la medida deseada.

Como se ha señalado en el capítulo 14, el BF es un caso particular de autorregulación. Katkin y Goldband (1986) subrayan el parecido de esta técnica con los procedimientos típicos de la modificación de conducta, y sitúan su procedencia en la psicofisiología, la teoría del aprendizaje y el análisis experimental de la conducta, concretamente en el área del condicionamiento instrumental de las conductas mediadas por el Sistema Nervioso Autónomo.

En un principio se creía que las respuestas del SNA eran condicionables de forma clásica pero no instrumental (Skinner, 1953). Esta creencia se fundaba en las ideas de que el SNA era un sistema exclusivamente motor carente de aferencias que no interactuaba directamente con el medio ambiente externo y, por tanto, resultaba inasequible a los refuerzos o castigos.

Desde el punto de vista práctico, como ha señalado Fontaine (1981), el *biofeedback* pudo surgir gracias al gran desarrollo experimentado por la tecnología que permitió recoger y ofrecer información acerca de las distintas constantes biológicas. Asimismo, este desarrollo tecnológico hizo posible que algunas investigaciones pusieran de manifiesto que las respuestas del SNA sí podían ser condicionables instrumentalmente (DiCara y Miller, 1968; Kimmel y Kimmel, 1963; Miller, 1961; Miller y DiCara, 1967). Estos autores llevaron a cabo experimentos con ratas utilizando el curare, sustancia tóxica que inhibe las respuestas musculares. Sin embargo estos resultados no fueron aceptados de manera unánime por la comunidad científica, lo que generó una polémica en torno al denominado "problema de la mediación". Las objeciones se centraban en que en estos experimentos no se estaban condicionando las respuestas autonómicas de modo directo, sino que se provocaba un condicionamiento instrumental de respuestas que se hallan bajo control voluntario (las musculares y las cognitivas), las cuales mediarían entre las respuestas autonómicas y las contingencias. Por otra parte, hay que señalar que los trabajos antes citados llevados a cabo con ratas curarizadas, no han podido replicarse.

Al final se llegó a la conclusión de que no se podían realizar experimentos que resolvieran esta polémica ya que, en la práctica, no parece factible llevar a cabo un control experimental riguroso de las variables implicadas en el problema de la mediación.

A la hora de aislar el o los principios activos del *biofeedback*, se generó una polémica entre los que defendían que funcionaba por aprendizaje operante y aquellos que mantenían que su funcionamiento era debido a las cualidades informativas del refuerzo. Un intento de solución a esta polémica se encuentra en la alternativa propuesta por Shapiro y Surwit (1976). Estos autores proponen una integración de los modelos operantes y de procesamiento de información para lograr una explicación plena y satisfactoria del funcionamiento del *biofeedback*. En esta línea (Brener, 1974), postulaba que se podían distinguir dos fases en el aprendizaje de respuestas autonómicas: la primera, mediada por la información que proporciona el *biofeedback*, y la segunda, modulada por el condicionamiento operante.

Por otra parte, autores como Lazarus (1977), han intentado explicar el funcionamiento del *biofeedback* desde una perspectiva cognitiva. Este autor, afirmó que la emoción y su regulación dependen de los procesos cognitivos que median entre el ambiente y la persona. Lo que sucede con el *biofeedback* debe ser paralelo a lo que ocurre en la rutina autorreguladora de los estados emocionales que se experimentan de forma constante, con más o menos éxito, en la vida cotidiana de todas las personas.

Los procesos propuestos para explicar el funcionamiento del *biofeedback* son muy numerosos. White y Tursky (1982) y Simon (1991) han realizado sendas recopilaciones de las diferentes teorías que han intentado solucionar el problema del porqué funciona. En sus revisiones, estos autores han recogido teorías que van desde modelos de aprendizaje (clásico, operante, de discriminación, etc.); modelos cognitivos (efecto de las instrucciones); modelos biocibernéticos (sistemas de control autorregulado) hasta modelos que se basan en el efecto placebo, señalando que la técnica del *biofeedback* no contiene principio activos en sí misma. Con posterioridad, Wolpe (1995) ha considerado que el *Biofeedback* es un procedimiento cuya eficacia terapéutica está mediada por el principio de la Inhibición Recíproca. La amplia variedad de teorías que intenta explicar el funcionamiento de la técnica de *biofeedback*, se entiende ya que, como señalan Labrador y Vallejo (1999), uno de los elementos del *biofeedback* que ha sido tradicionalmente más discutido es justamente el proceso que explica sus efectos, más que el hecho de si es eficaz o no. Por su parte, estos autores proponen que probablemente, estén actuando diferentes procesos en las distintas modalidades de *biofeedback*, incluso, pueden estar actuando, en serie o en paralelo, diferentes procesos en una sola modalidad.

3. PROCEDIMIENTO.

El proceso de *biofeedback* supone la interacción de dos aspectos claramente diferenciados. Por un lado, una parte electrónica o física, que supone las operaciones implicadas en el registro y procesamiento de las señales biológicas. Por otro lado, nos encontramos con el aspecto psicológico, que engloba todos los procedimientos utilizados para la consecución del control de la respuesta psicofisiológica elegida.

3.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESAMIENTO DE LA SEÑAL.

La parte electrónica constituye un proceso de captación de las respuestas fisiológicas en el que se pueden distinguir diversas fases (Carrobles, 1981; 1987; Carrobles y Godoy, 1987), que nosotros organizamos en seis: (1) detección de la señal, (2) transformación, (3) amplificación, (4) procesamiento y simplificación, (5) conversión a señales auditivas o visuales, y, finalmente, (6) información al sujeto (feedback).

1. **Detección de la señal**. Existen dos modalidades de técnicas para conseguir detectar las diferentes señales fisiológicas: invasivas y no invasivas. Las primeras, las invasivas, necesitan de algún tipo de intervención que permita situar el o los electrodos en el interior del cuerpo humano. Por el contrario, las no invasivas, permiten la detección de la señal biológica colocando los electrodos en la superficie de la piel. Las primeras son más precisas, aunque su aplicación supone un mayor riesgo y molestia para el cliente. Las segundas, no invasivas, tienen a su favor la mayor facilidad de empleo. Esta ventaja, unida al escaso riesgo de su utilización, explica que estén mucho más difundidas que las invasivas tanto en el ámbito clínico como en el científico. Los dispositivos utilizados para la detección de la señal y de los cambios que ésta experimenta son muy variados: electrodos, células fotoeléctricas, calibradores elásticos, termistores, etc.

2. **Transformación**. Hay señales con características eléctricas directas (ECG, EMG, etc.) en las que los electrodos cumplen la función de meros registradores de la actividad eléctrica producida por el sistema fisiológico medido. Un segundo tipo de señales, en cambio, implican una condición o propiedad eléctrica del órgano o parte del cuerpo de que se trate. La medición de dicha condición eléctrica requiere que sean los electrodos los que emitan la electricidad (resistencia de la piel, conductancia de la piel, etc.). Por último, existen señales biológicas que poseen una propiedad física no eléctrica (temperatura, volumen pletismográfico, etc.). Hay que señalar que estos dos últimos tipos de señales biológicas necesitan de algún tipo de transformación o transducción para poder ser convertidas en impulsos eléctricos.

3. **Amplificación**. Las señales fisiológicas suelen tener una intensidad débil por lo que, una vez captadas y transmitidas al interior del aparato de *biofeedback*, se impone multiplicar la señal para que pueda percibirse claramente. Esta función multiplicadora de la señal puede controlarse a través del mando de sensibilidad del aparato.

4. **Simplificación**. La señal captada por los electrodos conlleva, normalmente, un porcentaje más o menos elevado de ruido. Por ruido se entiende la parte de la señal que no es relevante para lo que se desea medir (interferencias eléctricas, actividad de otras funciones biológicas, etc.). Por lo tanto, esta fase consiste en el filtrado de todas aquellas características no deseadas de la señal, dejando pasar únicamente los aspectos de la señal que sean de interés.

5. **Conversión**. Una vez que la señal ha sufrido las fases anteriores, es necesario cambiarla (convertirla) para que sea susceptible de ser presentada al cliente a través de una pantalla visual digital o analógica, o a través de señales auditivas.

6. **Facilitación de la señal convertida al cliente** (feedback). Una vez que la señal ha sido convertida a información que el sujeto pueda procesar fácilmente, se puede pasar a suministrar esta información al mismo, poniendo en marcha la parte psicológica del tratamiento con *biofeedback*.

La presentación del feedback al cliente se puede llevar a cabo atendiendo a cuatro pares de características: visual-auditiva; continua-discontinua; positiva-negativa; y binaria-proporcional. La primera, obviamente, se refiere a la modalidad sensorial a través de la cual el cliente recibe el feedback. La segunda, hace alusión a si la señal se proporciona de manera ininterrumpida o, por el contrario, se ofrece a intervalos. En el tercer par, la presentación positiva se refiere a que las variaciones en el feedback están relacionadas de forma directa con los cambios registrados en la señal fisiológica. Negativa cuando varían en relación inversa a la señal original. Un ejemplo de feedback positivo sería cuando una barra que aumenta cuando aumenta la tasa cardiaca y disminuye cuando desciende ésta. El feedback sería negativo, cuando al disminuir las pulsaciones aumentara la barra, indicando que se alcanzan mayores niveles de relajación. Para finalizar, la característica binaria-proporcional. Se refiere a si el feedback, ya sea visual o auditivo, se suministra en función de que el cliente supere o no un umbral predeterminado (binario), de modo que, si se supera el umbral, aparece la señal y, si no lo supera, no aparece. En la condición de feedback proporcional se aporta una señal cuya variación está directa o inversamente relacionada con las variaciones registradas por los sensores.

3.2. MODALIDADES DE *BIOFEEDBACK*.

Para Labrador y Vallejo (1999) los tipos de *biofeedback* a utilizar cubren un amplio abanico que se halla en función del tipo de respuesta fisiológica a modificar, de la dimensión concreta de la respuesta sobre la que se proporcione información, del procedimiento empleado para conseguir esa información, del tipo de información que se aporte a la persona y del aparato utilizado.

Atendiendo al tipo de respuesta analizada los procedimientos de *biofeedback* más frecuentemente utilizados son los siguientes:

***Feedback* electromiográfico** (EMG). Esta modalidad proporciona información expresada en microvoltios acerca del nivel de tensión muscular de la zona sobre la que se hayan colocado los electrodos. Su funcionamiento se basa en el registro de los pequeños cambios eléctricos que ocurren cuando un músculo se contrae. Su función básica consiste en ayudar a la persona a alcanzar niveles profundos de relajación muscular por medio de información análoga (Budzynski, Stoyva, & Adler, 1971). También tiene una aplicación en sentido contrario cuando se utiliza para ayudar a obtener el control de determinados músculos en la rehabilitación neuromuscular.

Suelen utilizarse tres electrodos: dos activos y uno de tierra. La distancia entre los electrodos está en función del tamaño del músculo o grupo muscular cuya actividad se quiere controlar. Si se trata de controlar la actividad de un músculo pequeño concreto, los electrodos deben colocarse a una distancia de entre 1 y 2 centímetros como mínimo para evitar la aparición de artefactos. Por otra parte, esta cercanía garantiza que no se registre la actividad de otros músculos cercanos. Si el músculo es grande (ej.: el cuádriceps femoral), los dos electrodos activos deben colocarse a una distancia de 1/3 y 2/3 respectivamente, de la longitud total del músculo, fijando en el centro el electrodo de tierra (Carrobles y Godoy, 1987).

Un ejemplo de colocación de electrodos utilizada en clínica de forma habitual, consiste en colocarlos en la frente para la observación y el control de la actividad del músculo frontal. En este caso, los dos electrodos activos suelen colocarse a un centímetro por encima de las cejas, centrados en la vertical de la pupila. El tercer electrodo, de tierra, se sitúa en el centro de la frente, en un plano ligeramente superior a los dos activos.

No hemos de olvidar que ningún músculo puede ser considerado como una “llave” cuya distensión implique una relajación generalizada de todo el cuerpo (Labrador y Vallejo, 1999). Según esta afirmación, las posibilidades del *biofeedback* electromiográfico para la modificación de respuestas generalizadas de tensión está claramente limitada.

A modo de valor de referencia, Vila (1984), señala que un nivel de entre un 1,5 y 2 microvoltios ((v) constituye un excelente nivel de relajación para un músculo o grupo muscular determinado. En cuanto a las condiciones para la aplicación del feedback electromiográfico la reducción de la ansiedad, algunos autores -a partir de estudios propios y de revisiones de la literatura- afirman que este tipo de *biofeedback* (EMG) resulta de utilidad cuando se presentan las siguientes condiciones (Budzynski, 1977):

1. Se da un componente muscular notable en el patrón de respuesta de ansiedad manifestado por la persona.

2. El cliente es incapaz de aprender a relajarse por cualquier otro método de relajación que no suponga la utilización de aparatos.

3. El cliente carece de consciencia acerca de su nivel de tensión muscular.

4. El cliente cree firmemente que el *biofeedback* EMG le ayudará a aprender a relajarse.

5. El terapeuta duda de la precisión del informe subjetivo que el cliente pueda proporcionar acerca de su nivel de tensión-relajación durante la terapia.

***Feedback* cardíaco.** La información utilizada de manera más habitual en este tipo de respuesta es la relativa a la tasa cardíaca (nº de latidos cardiacos por minuto), que puede obtenerse de forma directa a partir del electrocardiograma (ECG) o de manera indirecta a través del pulso sanguíneo gracias a la utilización de transductores. Esta última constituye la forma más común de obtención de la información. Los transductores son normalmente de tipo fotoeléctrico, aunque también se utilizan los de presión. Normalmente el transductor fotoeléctrico se coloca en la primera falange del dedo medio de la mano izquierda. El feedback del pulso nos permite, además de controlar la frecuencia de latidos por minuto, monitorizar la regularidad/irregularidad de la tasa cardiaca. Su aplicación más específica ha consistido en el tratamiento de taquicardias, bradicardias y arritmias cardíacas (Labrador y Vallejo, 1999). También se ha utilizado este feedback para tratar la ansiedad. La consecución de un decremento de la tasa cardíaca refleja un descenso en la actividad del SNA simpático –o un aumento en la del SNA parasimpático- que contribuye a la relajación. Por ello, de manera habitual el objetivo del tratamiento lo constituye, precisamente, la disminución de la tasa cardíaca. Sin embargo, este procedimiento de *biofeedback* se ha mostrado más efectivo cuando se trata de incrementar la frecuencia de latidos que cuando se trata de disminuirla (Vila, 1984).

Otros *feedbacks* cardiacos utilizados en menor grado, son el de la velocidad de la onda del pulso, y el del tiempo de tránsito del pulso como medidas indirectas de la presión arterial, aunque su utilización se encuentra actualmente muy cuestionada. También se ha utilizado el feedback de la resistencia periférica o amplitud de la onda del pulso.

***Feedback* de temperatura**. Proporciona información acerca de la temperatura corporal de la zona sobre la que se haya colocado el sensor, que normalmente consiste en un termistor. La temperatura de una zona del cuerpo se encuentra en función del nivel de riego sanguíneo que esté incidiendo sobre la misma, por ello, este tipo de feedback se ha utilizado para el tratamiento de problemas circulatorios (Labrador y Vallejo, 1999), mostrando buenos resultados en el tratamiento de la enfermedad de Raynaud (Miguel-Tobal y Fernández-Abascal, 1984). También se ha utilizado para ayudar al entrenamiento en relajación basándose en la idea de que la circulación periférica es sensible a la actividad del SNA. Cuando predomina la actividad de la rama simpática se produce una mayor vasoconstricción, lo que hace que el riego disminuya en la periferia del cuerpo. Lo contrario sucede cuando predomina la actividad de la rama parasimpática. Por tanto, en este

ámbito el entrenamiento suele ir encaminado a incrementar la temperatura periférica. Normalmente, la de la palma de la mano en cuyo centro se suele colocar el sensor.

***Feedback* de la respuesta psicogalvánica**. Esta modalidad facilita información acerca de la capacidad de transmisión eléctrica de la piel, la cual refleja la actividad de las glándulas ecrinas localizadas en la palma de la mano (sudor). Estas glándulas se hallan directamente controladas por el SNA simpático. Una mayor actividad de estas glándulas reflejaría por tanto una activación de la rama simpática que implicaría activación o ansiedad. La forma de medir la condición eléctrica de la piel puede adoptar dos formas: la medición de la conductancia o capacidad de la piel para hacer de conductor de la corriente eléctrica (en este caso a mayor conductancia mayor activación del simpático); y la medición de la resistencia o impedancia que la piel opone al paso de la misma (en este caso a mayor resistencia, menor activación del simpático).

Para registrar este tipo de respuesta se utilizan generalmente dos electrodos colocados en las falanges medias de los dedos índice y anular. Hay que tener en cuenta, como ha señalado Kriz (1990) que la conductancia de la piel se ve afectada por el uso de determinados tejidos en la ropa utilizada (por ejemplo, seda) y por la temperatura del laboratorio o lugar de registro.

***Feedback* electroencefalográfico** (EEG). Proporciona información acerca de la actividad del córtex cerebral que se encuentra debajo de la zona de colocación de los electrodos. Sin embargo, no representa la actividad de neuronas específicas, sino más bien una señal promediada de la actividad de grandes grupos de células. En una época temprana de la historia del *biofeedback*, se observó que determinados ritmos cerebrales (ondas alfa) estaban asociados a un estado de relajación profundo. Esto suscitó un entusiasmo excesivo, pues se creyó que enseñando al cliente a generar ondas alfa, se produciría un efecto de relajación que se generalizaría a todo el cuerpo. Sin embargo, al igual que ocurría con el *biofeedback* de EMG, no hay ninguna "onda llave" cuyo control implique una relajación de todo el organismo. En la actualidad la investigación se centra en su posible aplicación a trastornos epilépticos. Algunos trabajos parecen indicar que la generación de ondas corticales entre 14 y 16 Hz (ritmo sensoriomotor), contribuyen a la reducción del número de ataques (Sterman, 1973; Sterman, MacDonald y Stone, 1974). Asimismo, ha habido algunos trabajos sobre la aplicación de esta técnica a problemas de insomnio, pero los resultados no son muy esperanzadores (Sterman, 1977). Según Labrador y Vallejo (1999), su uso es de los más cuestionados en la actualidad, excepto en su aplicación al tratamiento de la epilepsia. Además su utilización conlleva ciertas dificultades técnicas lo que, junto a su cuestionamiento teórico, ha hecho que en la actualidad sea un procedimiento de *biofeedback* poco frecuente en la clínica psicológica.

3.3. PROCEDIMIENTO TÍPICO.

Tal y como afirma Labrador (1984), resulta algo pretencioso ofrecer un modelo general de actuación dada la variabilidad de problemas, aparatos, características de la respuesta fisiológica sobre la que se va a trabajar, etc., implicados en el *biofeedback*. Sin embargo, para que un tratamiento pueda ser valorado de modo científico, debe facilitarse su contrastación por otros clínicos y/o investigadores. Para ello, el procedimiento debe estar mínimamente estructurado en una serie de fases. Algunos autores señalan una serie de pasos en los procedimientos que proponen para la intervención con *biofeedback* (Carrobles y Godoy, 1987; Labrador, 1984; Labrador y Vallejo, 1999). Basándonos en estos autores, proponemos lo que podría ser un esquema orientativo de un tratamiento de *biofeedback*, con las reservas mencionadas anteriormente.

1. *Evaluación*: En esta fase se lleva a cabo una recogida de información relativa al cliente y a su problema. Para llevarla a cabo, Carrobles y Godoy (1987) proponen un guión detallado que se enmarca en el análisis conductual. El objetivo fundamental de esta fase consiste en llegar al establecimiento de un esquema funcional que explique la génesis y mantenimiento del problema. Durante el proceso de la evaluación, en función de la información recogida y de los intereses y necesidades del cliente, se irán estableciendo las metas de la terapia, tanto finales como parciales. Asimismo, se establecerá una temporalización del tratamiento, al menos con carácter orientativo. Brown (1977) propone una duración de entre siete y doce sesiones; Carrobles y Godoy, (1987) hablan de diez. Otros autores conceden una especial importancia a la variable temporal y son partidarios de alargar los tratamientos en especial si se desea consolidar las ganancias terapéuticas (Labrador, 1984). En cualquier caso, debería tenerse en cuenta que éste nunca debe ser excesivamente corto (Labrador y Vallejo, 1999). Tal y como señalan estos autores, para que sea adecuada la utilización de esta técnica es necesario detectar una alteración específica en alguna respuesta fisiológica.

2. *Demostración*: Tras una explicación, adecuada a la capacidad del cliente, de los fundamentos de la terapia con *biofeedback*, se le hace una demostración del funcionamiento del aparato y de los procedimientos que se van a poner en práctica para llegar al control de la respuesta fisiológica objeto del tratamiento. Esta demostración debe incluir estrategias que produzcan cambios en la respuesta que se va a intentar controlar (ej.: apretar la mandíbula en el caso del EMG del músculo frontal; contener la respiración en el caso de la tasa cardíaca, etc.). No debemos omitir en la explicación la finalidad de cada operación que vayamos realizando (preparación de la piel, colocación de electrodos, conexiones de éstos a los aparatos, etc.). También debemos explicar la función de cada uno de los mandos del aparato y el significado de las distintas pantallas y *feedbacks* auditivos, y de la información que se puede obtener a través de ellos.

3. *Entrenamiento*: Labrador y Vallejo (1999) recomiendan una duración, para cada sesión de entrenamiento, de 30-40 minutos, lo que supone dos ensayos de entrenamiento con un pequeño descanso en medio. Aunque como comentan estos autores, la estructura de las sesiones puede ir variando a lo largo del tratamiento para adaptarse a las ganancias terapéuticas conseguidas por el cliente, normalmente hay una

estructura más o menos homogénea en las sesiones intermedias del tratamiento. Éstas suelen ajustarse al siguiente esquema:

Contacto inicial.
Colocación de electrodos y configuración del aparato.
Línea base.
Ensayo de entrenamiento 1.
Descanso.
Ensayo de entrenamiento 2 (en su caso).
Conclusión y análisis de los resultados obtenidos.

Se ha sugerido que, durante las primeras sesiones, el cliente se encuentre con los ojos cerrados y el feedback sea auditivo. A medida que avance la terapia, el cliente puede estar con los ojos abiertos y recibir el feedback de forma visual (Vila, 1984).

Kriz (1990) insiste en que hay que prestar una especial atención a que las variaciones en la línea base de cada sesión pueden ser debidas a variables ajenas al tratamiento como el consumo de café, alcohol, cigarrillos, hora del día, etc.

Es conveniente insistir en que estas sesiones de entrenamiento deben ir acompañadas de tareas para casa. En ellas el cliente debe llevar a cabo una práctica continuada de las habilidades adquiridas en las sesiones terapéuticas, para favorecer su consolidación y transferencia a la vida real.

Tomado globalmente, el entrenamiento en *biofeedback* transcurre a través de la adquisición por el cliente de tres habilidades sucesivas sobre la función fisiológica de la que se trate (Carrobles y Godoy, 1987): su percepción o toma de conciencia, su control voluntario con ayuda del aparato de *biofeedback* y, finalmente, la consecución del control sobre la función fisiológica sin ayuda de dicho aparato.

Generalización: La meta del tratamiento es la adquisición, por parte del cliente, de la capacidad para controlar la respuesta fisiológica en la situación donde suele presentarse el problema. Para lograr la generalización, aparte de las tareas para casa mencionadas, el entrenamiento debe finalizar con sesiones en las que la persona demuestre que es capaz de producir cambios de la variable fisiológica en el sentido deseado, sin ayuda del feedback proporcionado por los aparatos y en distintas posturas (de pie, con los ojos abiertos, etc.). Además, se ha sugerido la utilización por el cliente de pequeños aparatos de *biofeedback* en su casa para favorecer la transferencia y generalización (Carrobles y Godoy, 1987). Otra estrategia (Carrobles, Cardona y Santacreu, 1981), propuesta para facilitar la generalización del aprendizaje a la vida real consiste en ir introduciendo cambios en la manera de presentación del feedback en una determinada secuencia. En

primer lugar debe pasarse de un feedback continuo a uno binario del aparato. En una segunda fase, se sustituye este feedback del aparato con feedback binario verbal por parte del terapeuta (ej.: “sí” o “no” en función de que el cliente haya superado o no el umbral fijado durante un periodo determinado de tiempo). El procedimiento debe completarse gradualmente con la práctica del cliente en situaciones de la vida real.

5. *Evaluación Final y Seguimiento* (en caso de que sea un tratamiento en sí mismo).

4. ÁREAS DE APLICACIÓN Y EFICACIA.

Como han afirmado recientemente algunos autores (Olivares, Méndez y Bermejo, 1998), las áreas donde más éxito ha tenido el *biofeedback* han sido fundamentalmente: la rehabilitación neuromuscular, los trastornos cardiovasculares, las disfunciones circulatorias periféricas (enfermedad de Raynaud), problemas de ansiedad, disfunciones sexuales y trastornos gastrointestinales.

En general, el *biofeedback* aplicado al tratamiento del dolor, no arroja resultados claros. Cuando se utiliza el entrenamiento en *biofeedback* con la modalidad EMG para el alivio del dolor crónico y lumbar los resultados que se obtienen de los distintos estudios resultan contradictorios. Así, existen autores que obtienen resultados positivos alentadores (Flor y otros, 1983; Flor y Birbaumer, 1991; Newton-John, Spence y Schotte, 1995); pero otros autores no encuentran esos hallazgos positivos (Bush, Ditto y Feuerstein, 1985; Nouwen, 1983). Concretamente, por lo que respecta al tratamiento de la lumbalgia, el BF de EMG no es el tratamiento de elección puesto que, comparado con la relajación, ésta última se ha mostrado más eficaz (Labrador y Vallejo, 1995).

Para el tratamiento de **ansiedad y fobias** las modalidades más comúnmente utilizadas son el *biofeedback* EMG, el EEG, el RPG (resistencia psicogalvánica) y el de la tasa cardiaca. Para la ansiedad se ha utilizado con cierto éxito el *biofeedback* EEG, el RPG y la tasa cardiaca (Labrador, 1990), siendo las modalidades de RPG y de tasa cardiaca las que mejores resultados obtienen. Con BF de EMG los resultados no son concluyentes. Así, Weinman y otros,. (1983) aplicaron biofeedback de EMG para el tratamiento de la ansiedad con resultados positivos. En cambio, otro estudio que utilizó esta modalidad de biofeedack para potenciar la relajación muscular en problemas de ansiedad crónica, no obtuvo resultados muy alentadores (Raskin, Johnson y Rondestvedt, 1973). Por lo que respecta al BF de EEG, Chisholm, Degood y Hartz (1977), encontraron que el BF del ritmo alfa tampoco era eficaz para reducir la ansiedad. En problemas de ansiedad más específicos como son las fobias a viajar en avión, se ha utilizado una combinación de *biofeedback* de EMG y de tasa cardíaca (López y otros, 1998). También se ha utilizado el *biofeedback* de EMG combinado con un procedimiento de DS para la eliminación de una fobia a volar en avión (Reeves y Mealiea, 1975). En ambos casos se obtuvieron resultados positivos que se mantuvieron en el seguimiento.

Las **cefaleas** o dolores de cabeza se dividen en tensionales y vasculares o migrañosas. Las tensionales o **cefaleas de tensión** están producidas habitualmente por la contracción crónica de ciertos músculos, concretamente los del cuello, pericráneo y frente. Un estudio de Budzynski y otros (1973) proporcionó apoyo para el uso del feedback electromiográfico frontal para el tratamiento de este trastorno. Alrededor del 70% de los sujetos mostró niveles de mejora significativa, sin recurrir al uso de fármacos ni de psicoterapia. Nuechterlein y Holroyd (1980) obtienen en su estudio que tanto la relajación como el *biofeedback* de EMG son igual de eficaces para el tratamiento de la cefalea tensional. Chesney y Shelton (1976) encontraron que más eficaz el entrenamiento en relajación que el *biofeedback* de EMG.

Respecto al tratamiento de los dolores producidos por la **migraña** existen trabajos, que demuestran la eficacia del *biofeedback* EMG cuando se combina con relajación, sea progresiva o mediante entrenamiento autógeno (Lake, Rainey y Papsdorf, 1979; Sargent y otros, 1986). Cuando se utiliza *biofeedback* de temperatura combinado con relajación (también en sus dos versiones de relajación progresiva o de entrenamiento autógeno) nos encontramos que este procedimiento es más eficaz que realizar registros de los dolores de cabeza. No obstante, no se ha revelado más eficaz que otros tipos de *biofeedback* más relajación, o que el control placebo (Blanchard y otros, 1990a, 1990b; Sargent y otros, 1986). Según Blanchard la no superioridad del *biofeedback* térmico más relajación sobre un tratamiento placebo, quizá pueda ser explicada por la dificultad que entraña diseñar un placebo que sea creíble por los clientes y que carezca de elementos activos que afecten positivamente al dolor. Cuando esta modalidad de *biofeedback*, térmico más relajación, se ha comparado mediante metaanálisis con tratamientos farmacológicos (cloridrato de propanolol), algunos autores (Holroyd y Penzien, 1990), han llegado a la conclusión de que resultan equiparables en eficacia. No obstante, otros autores (Compas y otros, 1998) insisten en que hay que ser cautos con este resultado.

Blanchard y Andrasik (1987) en un estudio de metaanálisis sobre la migraña concluyeron que el BF de temperatura (BFT) en la mano más entrenamiento autógeno (EA) resulta equivalente a la relajación y al BF cefálico vasomotor (CVM), y los tres son superiores al simple registro de las cefaleas. En este estudio los autores también vieron que el BFT + EA era superior: al BFT solo, al BF de EMG, y al placebo. También sugieren estos autores que la relajación y el BF CVM tomados de forma individual son superiores al BFT, al BF EMG (también utilizados de forma individual) y al placebo.

En el tratamiento de la **hipertensión arterial** Benson y otros (1971), en un trabajo que se puede considerar representativo de este ámbito de aplicación (Carrobles y Godoy, 1987), utilizaron el método del “manguito constante”. Sus resultados indicaron que el tratamiento logró que la mayoría de los clientes redujeran de manera importante sus valores de presión sanguínea. Sin embargo, estos resultados no se mantuvieron en el seguimiento.

Mealiea y McGlynn (1987) realizan una revisión y concluyen que en los trastornos temporo-mandibulares y el bruxismo, aún no se ha alcanzado una total comprensión cuando nos referimos a cuestiones etiológicas y de clasificación psicopatológica. Estos autores concluyen que la evidencia experimental de la eficacia del BF EMG para el tratamiento del bruxismo y los trastornos temporo-mandibulares sólo es moderada, pero compite en eficacia con otras técnicas empleadas con estos trastornos. Estos autores matizan que los resultados no son debidos a la debilidad de los acercamientos del BF, sino a la debilidad de los procedimientos de investigación. Schwartz (1987), hablando en términos generales, sitúa en alrededor del 75% de los pacientes el porcentaje de "mejora razonable", utilizando *biofeedback* para el tratamiento del bruxismo.

Respecto a la **Enfermedad de Raynaud**, Surwit y Jordan (1987) afirman que tanto las intervenciones conductuales (relajación, entrenamiento autógeno, etc.), como el BF de temperatura son eficaces en el tratamiento de este trastorno. Se apoyan en que los resultados obtenidos por diferentes investigadores no son capaces de determinar la superioridad del BF de temperatura sobre la relajación, o sobre el entrenamiento autógeno, o a la inversa. No obstante, los estudios realizados por el equipo de Freedman (Freedman, 1987, 1991; Freedman y otros, 1984) señalan que, aunque tanto la relajación como el BFT son eficaces en la reducción clara de los síntomas del trastorno, lo consiguen actuando de forma muy diferente. Mientras la relajación actúa bajando el nivel de actividad general del cliente, el BFT logra la vasodilatación periférica mediante el aumento de la actividad beta-adrenérgica. Por lo tanto, no ocasiona un descenso en la actividad muscular y vascular general (como ocurre con los métodos de relajación) con lo que la utilización del BFT sería más adecuada, puesto que el cliente no necesita reducir su nivel de actividad.

Como se señaló más arriba, algunos autores han investigado la capacidad anticonvulsionante del ritmo sensoriomotor para el tratamiento de la **epilepsia** (Sterman, MacDonald y Stone, 1974). No obstante, a pesar de la obtención de buenos resultados (66% de reducción de los ataques), las deficiencias metodológicas obligan a tomar este estudio con mucha precaución. Un estudio posterior mucho más controlado de estos autores (Sterman y McDonald, 1978), también obtuvo resultados positivos, aunque algo más moderados. Dado que se emplearon distintas frecuencias de EEG en el entrenamiento, los autores sugieren la idea de que el entrenamiento en el ritmo sensoriomotor tiene efectos específicos en el tratamiento de la epilepsia. Este resultado se confirmó en el trabajo de Whitsett y otros, (1982), en el que analizaron el EEG del sueño de los pacientes con epilepsia y comprobaron que la reducción de los ataques no se debía a un efecto placebo.

Se han empleado dos tipos de tratamiento del **insomnio** por medio de BF. Uno ha consistido en entrenar al paciente para que sea capaz de controlar la emisión de determinados ritmos cerebrales relacionados con el sueño. Concretamente se ha empleado el BF del ritmo theta (relacionado con el estado de transición entre vigilia y sueño), BF del ritmo alfa (asociado a estados de relajación), y BF del ritmo sensoriomotor (relacionado con la inhibición de las respuesta motóricas básicas). El otro, más

frecuentemente empleado para el tratamiento de este trastorno, ha consistido en entrenar en la relajación del músculo frontal a través de electromiografía (BF EMG). Respecto al primer tipo de tratamiento hay que señalar que el volumen de investigación sobre su eficacia es escaso. En líneas generales parece que el entrenamiento en ritmo alfa es más fácil para los pacientes aunque su capacidad para generar la respuesta de sueño es más indirecta, justo lo contrario parece ocurrir en el entrenamiento de ritmos theta (más directo, pero de mayor dificultad). En cuanto al BF RSM, éste ha mostrado su eficacia especialmente cuando se aplica a pacientes que no poseen niveles de tensión elevados (Feinstein y Sterman 1974). Además, Hauri (1976; 1978) obtuvo resultados en los que el BF RSM fue superior a otros tratamientos: a la combinación de fármacos y psicoterapia verbal, a la combinación de BF de EMG con BF de EEG (ritmo theta), y al BF sólo. Se encontraron resultados similares en estudios realizados por Feinstein, Sterman y MacDonald (1974) y Sterman, Feinstein y MacDonald (1975). No obstante, Sterman (1977) obtuvo resultados poco esperanzadores con la utilización de esta modalidad de *biofeedback*. Por lo que se refiere al segundo tipo de tratamiento del insomnio por medio de BF (electromiografía), los resultados indican que puede ser una forma adecuada para tratar dicho problema, especialmente cuando se aplica con un determinado tipo de clientes en los que el exceso de activación fisiológica es un determinante importante del problema (Freedman y Papsdorf, 1976; Hauri, 1981; Haynes, Sides y Lockwood, 1977; Raskin, Johnson y Rondestvedt, 1973)

En el tratamiento del **asma bronquial** se ha utilizado en *biofeedback* de EMG. Davis y otros (1973), emplearon una combinación de entrenamiento en relajación con BF EMG logrando un aumento del volumen de aire espirado, mejorando los síntomas del asma en los niños tratados. La utilización de *biofeedback* de aire pulmonar expulsado obtiene resultados contradictorios (Danker y otros, 1973; Khan, 1977).

A modo de anécdota, en el área de las aplicaciones, podemos mencionar un estudio en el que se aplicó *biofeedback* de temperatura a un caso de **alopecia areata universal** con resultados muy positivos (Alberca, 1997).

Finalmente, para concluir este apartado dedicado a las aplicaciones terapéuticas, hemos de mencionar que existe otro campo de aplicación de los procedimientos de *biofeedback*, nos referimos al de la **rehabilitación neuromuscular**. Se trata de una de las principales aplicaciones de esta técnica, y utiliza sobre todo la modalidad de BF de EMG. No obstante, no vamos a entrar a analizar este campo dada su amplitud y las limitaciones de este capítulo, y remitimos al lector interesado a los muchos trabajos existentes. Por ejemplo, podemos mencionar los de Fogel (1987), Krebs (1987) o Wolf y Binder-MacLeod (1989).

5. A MODO DE CONCLUSIÓN.

Como hemos visto, algo han cambiado las cosas desde que Shapiro y Surwit (1976) concluyeran de manera pesimista que no había un solo estudio científicamente controlado que demostrara la eficacia del *biofeedback* en el tratamiento de algún trastorno fisiológico. Hemos podido observar que, en diversos trastornos, hay un buen número de estudios controlados que la avalan la eficacia de estos procedimientos de manera clara, y a esta conclusión llegan autores como Labrador y Vallejo (1999). Además, creemos que el tema de la eficacia del *biofeedback* aún no está cerrado, pues en algunos trastornos los resultados no pueden considerarse en absoluto concluyentes puesto que se han obtenido exclusivamente a partir de estudios de caso o, en todo caso, a partir de estudios con un control metodológico deficiente. Por ello, es necesario seguir realizando investigaciones en estas áreas para llegar a conclusiones científicamente comprobadas.

Por otra parte está el tema de la eficiencia. Es decir, la determinación de qué procedimiento es más rentable en términos de economía de recursos (esfuerzo, tiempo, etc.), más agradable para el cliente, etc. Para ello, es necesario abordar la comparación de las distintas técnicas de *biofeedback* con otros tratamientos. Aunque hemos visto algunos estudios en este sentido, creemos que sería conveniente seguir en esta línea de comparación con otras estrategias terapéuticas de cara a determinar cuál es el tratamiento de elección en los distintos trastornos. En los casos en los que el *biofeedback* ha mostrado una eficacia contradictoria en diferentes estudios, debería abordarse la investigación de las posibles variables, tanto de sujeto como ambientales, que pueden estar mediatizando dicha eficacia. Por último, como ya señaló Labrador (1984) es necesario desarrollar modelos teóricos sobre los trastornos a los que se aplica el BF y sobre sus mecanismos de actuación.

En este sentido, por lo que se refiere a los mecanismos que explican el funcionamiento de este tipo de técnicas, aún quedan abiertos algunos interrogantes. Por ejemplo, Mealiea y McGlynn (1987) realizaron una revisión de las distintas teorías y de sus apoyos empíricos y llegaron a la conclusión de que todavía no se ha alcanzado una comprensión de los mecanismos de funcionamiento del *biofeedback* y que sus teorías suelen ser post-hoc.

Como vemos, quedan algunos aspectos pendientes en la profundización del conocimiento y comprensión del *biofeedback*, lo cual no resulta extraño puesto que otro tanto sucede en casi todas las otras áreas de intervención. Convenimos con Labrador y Vallejo (1999) en que se debe avanzar en la comprensión de los distintos trastornos para establecer relaciones entre los mismos y sus respuestas fisiológicas asociadas. Este es uno de los retos que aún quedan por alcanzar en la investigación de este campo. La vía que proponen estos autores para avanzar es la integración de la vertiente de la psicofisiología y de la perspectiva clínica, centrándose en variables cognitivas como las expectativas y en las distintas variables implicadas en el entrenamiento.

BLOQUE 2. EL MODELO COGNITIVO EN TERAPIA.

El término *cognitivo* hace referencia a procesos internos, tales como producción de imágenes, representación simbólica de acontecimientos externos y codificación verbal de la experiencia, las tres grandes áreas cognitivas distintivas de la terapia de conducta en la década de los 70.

Los aspectos cognitivos, como hemos visto en los capítulos 10 y 14, se encontraban ya presentes en la aplicación de distintas técnicas, alguna de ellas, como la DS, desarrolladas durante la primera ola de los Tratamientos Conductuales, pero en esos momentos los componentes cognitivos no se habían abordado directamente. Sin embargo, era y es poco ajustado a la realidad pensar que cualquier técnica, por muy conductual que sea, no implica directa o indirectamente una acción sobre variables de tipo cognitivo. Cuestión distinta es la función y valor que se le concedan a estas variables. Por ello, no es hasta un tiempo en que se considera la actividad cognitiva como objeto directo de modificación y, consiguientemente, se pretende el desarrollo de una tecnología, también cognitiva, para conseguir este objetivo, cuando se va a producir la eclosión teórica que pretende integrar la actividad cognitiva en el marco conceptual de la terapia.

Nos centramos, pues, en este apartado en las propuestas terapéuticas que suponen una ruptura clara con los procedimientos de aprendizaje por condicionamiento a la hora de explicar el origen y el cambio de conducta. Ciertos iniciadores de este modelo gustan referir su origen a los tiempos anteriores a Cristo, y tanto a filosofías occidentales como orientales. Ellis (1989a) llega a considerar a Buda y Confucio antecesores de la Terapia Racional-Emotiva. Nosotros, sin embargo, nos vamos a centrar en el contexto más inmediato que hace posible la aparición de un modelo cognitivo dentro de los Tratamientos Conductuales.

Como hemos recogido en páginas anteriores fueron los avances del conductismo metodológico y analítico puestos de manifiesto en el desarrollo de los procedimientos encubiertos a partir de los trabajos de Homme, (1965) y Cautela (1966, 1967), de los trabajos en el área del modelado simbólico (Bandura y Barab, 1971; Bandura, Blanchard y Ritter, 1969; Bandura y Walter, 1959; O'Connor, 1969), de las investigaciones en autorregulación y *biofeedback* (Cautela, 1969; Goldfried y Merbaum, 1973; Kanfer, 1970, 1971; Mahoney y Thoresen, 1974; Rachlin, 1974; Stuart, 1972), ejemplos de cómo los mismos procesos y procedimientos pueden ser adscritos a orientaciones teóricas diferentes dependiendo de la óptica, diferenciada ya, desde la que sean contemplados. Como dicen Dobson y Block (1988), en esencia, el desafío cognitivo significó la necesidad de que los modelos conductuales redefinieran sus límites e incorporaran fenómenos cognitivos en modelos que sólo contemplaban mecanismos conductuales.

Presentamos en el bloque 2 de esta tercera parte de la obra el modelo cognitivo propiamente dicho, aunque de entrada, necesita una precisión. Algunos editores como Dobson (1988a) y Dryden y Golden (1986) y

muchos autores y profesionales denominan el modelo que nosotros llamamos cognitivo con los términos cognitivo-conductual. De hecho, como hace notar Craighead (1990), el 70% de los miembros de la AABT se considera a sí mismos como de orientación cognitivo-conductual, el 27% conductistas puros y sólo el 2% estrictamente cognitivos. A nosotros no nos gusta la denominación cognitivo-conductual como tampoco le gusta a Krasner (1988) que la llama en inglés *oxymoron* por la contradicción que encierran sus términos. Preferimos el término modelo cognitivo como indicador de un *énfasis* en los procesos cognitivos frente al énfasis precedente en las variables ambientales antecedentes y/o consecuentes. Esto no quiere decir que no reconozcamos que en todas las terapias que incluimos en el núcleo de este modelo existen componentes conductuales y el propio Ellis recientemente ha modificado la denominación de su enfoque terapéutico añadiendo a los términos racional y emotiva el de conductual. Dicho de otra forma nosotros llamaríamos al 70% de los miembros de la AABT cognitivos en sentido amplio, para distinguirlos de los terapeutas cognitivos en sentido estricto. En la exposición vamos a respetar a cada autor los términos que use. Nosotros, sin embargo, haremos un uso no restrictivo del término cognitivo.

En la exposición de este modelo ofrecemos un primer capítulo introductorio (capítulo 19). En los tres capítulos siguientes que componen el apartado A se describen las terapias cognitivas basadas en el procesamiento de la información, y en el apartado B, compuesto por otros tres capítulos, se presentan las terapias de reestructuración cognitiva y la evolución del modelo de terapia cognitiva.

CAPÍTULO 19. CONTEXTO, DESARROLLO Y CARACTERÍSTICAS DE LA TERAPIA COGNITIVA.

1. ANTECEDENTES DEL MODELO DE TERAPIA COGNITIVA.

Introducimos el tema del modelo cognitivo en el campo de los Tratamientos Conductuales resumiendo algunos puntos, ya vistos, que ayudan a entender la aparición de este modelo y añadiendo otros que suponen aportaciones interesantes para comprender su entidad. Estas contribuciones y antecedentes pueden resumirse en los siguientes puntos:

1. *La evolución del conductismo*. Ya hemos expuesto en el capítulo 14 la evolución que se había producido en el conductismo gracias a las aportaciones de los llamados por Leahey (1992) conductistas informales con sus contribuciones al desarrollo de un conductismo mediacional no periférico. Estas contribuciones sirvieron de puente hacia la posterior psicología cognitiva del procesamiento de la información y a un modelo cognitivo dentro de los Tratamientos Conductuales. Recordando, como hacen Ingram y Scott (1990), la distinción de Mahoney (1974) entre conductismo metafísico, metodológico y analítico, tenemos que decir que el conductismo metafísico, identificado por Mahoney con la posición de Watson, resulta muy radical en la década de los 70 y es olvidado. El conductismo metafísico mantiene, como tesis más pertinente

a este respecto, la negación de la mente y los estados mentales. El conductismo metodológico que, según Dobson (1988b), se caracteriza por el operacionismo, el positivismo lógico, la falsación, el análisis lingüístico y el pragmatismo, fue capaz de aceptar, como hemos visto, conceptos mediacionales y cognitivos y sus defensores fueron los que más favorecieron el primer crecimiento de la tradición cognitiva dentro de la Terapia de Conducta. El conductismo analítico, a su vez, representa un avance dentro del conductismo mediacional más conservador. Ve las variables mediadoras de tipo cognitivo simplemente como otra categoría de conducta que opera conforme a las mismas leyes y principios que gobiernan las conductas abiertas. Las respuestas cognitivas, en consecuencia, son sólo una clase de respuestas conductuales y, consecuentemente, los tratamientos cognitivos no son sino una clase de Tratamientos Conductuales (Wolpe, 1978). Los supuestos del conductismo analítico plantearon limitaciones particulares al lenguaje usado para describir la cognición. De acuerdo con esta concepción, la cognición y la percepción son referidas con más propiedad como conductas cognitivas o perceptivas para denotar su estatus de clase de constructos conductuales. Tales distinciones no son meramente semánticas, sino que tienen importantes implicaciones para el tratamiento. Por ejemplo, los cambios en las variables cognitivas deben seguir los principios de aprendizaje y condicionamiento establecidos para las conductas manifiestas. Ingram y Scott (1990) manifiestan que, dado que muchos teóricos del aprendizaje consideraban que el estudio de la cognición no era científico, el cambio inicial del aprendizaje a la cognición debía ser muy sutil. Por ejemplo, al desarrollar los principios de la teoría del aprendizaje social que enfatizan los procesos de aprendizaje vicario, Bandura (1969) y Mischel (1973) sugieren la importancia de variables cognitivas, pero las situaron dentro del contexto de la conducta encubierta. Este contexto les permitía acceder legítimamente al estatus científico, estatus por el que, según Krasner (1982), han abogado virtualmente todos los investigadores y practicantes de la Terapia de Conducta desde los trabajos de Watson en los años 1920 a las orientaciones multimodales actuales.

2. *El desarrollo de una psicología cognitiva*. El acta fundacional del movimiento cognitivo en psicología puede situarse en la celebración en 1956 del simposio sobre teoría de la información organizado en el Massachusetts Institute of Technology. Contó con la participación de Chomsky, Miller, Newell y Simon, entre otros. En este año, por otro lado, publicaron, Bruner, Goodnow y Austin *Un estudio del pensamiento*, Chomsky *Tres modelos para la descripción del lenguaje*, Miller *El mágico número siete, más o menos dos*, Newell y Simon *La máquina de la teoría lógica*, y Whorf *Lenguaje, pensamiento y realidad*. Otro hito fundamental en el desarrollo de lo *cognitivo* se encuentra en la publicación, en 1960, de la obra de Miller, Galanter y Pribram, *Planes y estructura de la conducta*, donde los autores se reconocían como *conductistas subjetivos* y, separándose del paradigma conductista, reconocían la existencia de la *mente*, de capacidades innatas al margen de los procesos de condicionamiento, y de la importancia de los procesos internos en el control de la conducta.

A finales de los 60 está claro que de todas las propuestas de una psicología cognitiva, la más influyente y con más extenso apoyo es la fundada en el procesamiento de la información que representa una

prolongación del conductismo y no su sustitución revolucionaria (Leahey 1992; Mahoney, 1991). El procesamiento de la información no está por convertirse en mentalismo. Holt, citado por Leahey, admite que el concepto de mediación ya había traído consigo conceptos cognitivos en el seno del conductismo y manifiesta que uno de los rasgos que más le atrae del procesamiento de la información es que permite construir modelos del aparato psíquico en los que puede darse procesamiento de información sin conciencia alguna. Leahey cita, también, que Simon proclama con claridad la continuidad entre el procesamiento de la información y el enfoque conductual, e, incluso, sus afinidades con el conductismo estricto. Al igual que Skinner considera a los seres humanos, en buena medida, productos de un ambiente que los modela. Concuerda con Watson en desechar la validez de las imágenes mentales, que reduce a una serie de hechos y propiedades sensoriales organizadas asociativamente. Dice Leahey (1992) que los psicólogos que trabajan en torno al procesamiento de la información comparten varios presupuestos importantes del conductismo: atomismo, asociacionismo y empirismo. En la faceta filosófica, abrazan el materialismo al sostener que no hay alma independiente a la manera cartesiana, y el positivismo con su insistencia en definir operacionalmente todos los términos teóricos. Los defensores de esta posición, sigue diciendo Leahey, se sentían incómodos ante el nativismo de Chomsky y su análisis abstracto del lenguaje.

Así pues, la psicología centrada en el procesamiento de la información es una forma de comportamentalismo. Representa otra fase de una sostenida evolución intelectual de la psicología de la adaptación. El conductismo fue una respuesta de la psicología a una crisis. El procesamiento de información es otra respuesta. En ambas, sin embargo, se aprecia una continuidad profunda más allá de cambios superficiales. La continuidad profunda y los cambios superficiales pueden apreciarse en la TABLA 19.1.

T A B L A 19.1

REPRESENTACIÓN ESQUEMÁTICA DE LAS VARIABLES O PROCESOS MEDIADORES ENTRE ESTÍMULOS Y RESPUESTAS SEGÚN DIFERENTES MODELOS.

E	(negación de variables mediadoras)			R	Conductismo de Watson
E	CAJA NEGRA			R	Conductismo de Skinner
E	respuesta encubierta	estímulo encubierto	Periférico	R	Neoconductismo formal
E	respuesta encubierta	estímulo encubierto	Central	R	Neoconductismo informal
E	Procesamiento central			R	Modelo cognitivo de

Registro sensorial	Memoria a corto plazo	Memoria a largo plazo	Procesamiento de la . información

3. *La insatisfacción con el objetivo del cambio terapéutico*. El énfasis en la conducta manifiesta propio del conductismo radical generaba insatisfacción en los terapeutas. Había problemas, por ejemplo las obsesiones, que por su naturaleza hacían irrelevantes acercamientos terapéuticos de naturaleza no cognitiva, y problemas complejos, por ejemplo la depresión, que, al ser tratados sólo en su dimensión conductual, dejaban insatisfechos a los terapeutas. Otra fuente de insatisfacción, ya expuesta, derivó de la expansión de los modelos conductuales hasta incorporar las conductas encubiertas (Homme, 1965; Meichenbaum y Goodman, 1971). Esta ampliación de los modelos conductuales hizo que los pensamientos, el habla interna, se convirtieran en objetivos del cambio. Las críticas con que se recibió en los reductos del conductismo esta consecuencia natural del encubiertalismo, más que el optimismo con que se presentó, puso de manifiesto que una aportación de este tipo no encajaba con el énfasis que ponían los psicólogos de orientación conductual en la conducta manifiesta. Obligaba, pues, a hacer sobre las conductas encubiertas consideraciones de otro tipo.

4. *Los desarrollos en la teoría y la práctica terapéutica*. El desarrollo de la psicología cognitiva (Neisser, 1967a; Paivio, 1971) generó una nueva perspectiva que impregnó otras áreas de la psicología, entre ellas la psicología social (Mischel y Mischel, 1976), la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1974), la psicoterapia (Mahoney, 1977b; Meichenbaum, 1977) y el desarrollo de constructos clínicos (Hamilton, 1979, 1980; Neufeld y Mothersil, 1980) desde un modelo de procesamiento de información, fruto, en gran medida, de la investigación básica realizada durante la década de los 60 y 70 sobre la mediación cognitiva en constructos clínicamente relevantes. R. Lazarus y sus colaboradores documentaron que en los procesos de ansiedad existía una mediación cognitiva (Lazarus, 1966; Lazarus y Alfert, 1964; Lazarus y Averril, 1972, etc...). Breger y McGaugh (1965) sugirieron que el problema de la neurosis podría ser mejor comprendido incorporando conceptos de almacenamiento y recuperación de información.

La evolución del condicionamiento iba cediendo cada vez más lugar a la cognición. Dentro del condicionamiento operante cada vez era más evidente y participada la idea de que los reforzadores no tienen valor en sí mismo, sino que un reforzador sólo tiene valor cuando el sujeto que lo recibe lo acepta como tal. También se va poniendo el énfasis en el valor de la discriminación de las conductas que serán reforzadas y en la representación simbólica de futuros logros que generan motivación en la persona. Dentro del condicionamiento clásico, por su parte, iba ganando posiciones la idea de que no basta la mera contigüidad para que se dé condicionamiento. Es preciso que el sujeto perciba la relación de contigüidad. De estos datos empezaba a concluirse que las personas no reaccionan a los estímulos ni a la relación entre una respuesta y sus consecuencias

ambientales, sino a la representación de ellos y que, por consiguiente, si se logra cambiar la percepción que una persona tiene de su entorno, puede seguirse de ello un cambio en su conducta.

2. INICIO Y PRIMEROS DESARROLLOS DEL MODELO DE TERAPIA COGNITIVA.

Para Kazdin (1978) y Mahoney y Arnkoff (1978) el enfoque cognitivo en terapia surgió porque la psicología estaba pasando entre los años 60 y 70 por una auténtica revolución cognitiva. Dember (1974) afirma lisa y llanamente que, de la misma forma que la Psicología era conductista en los años 50-60, se había hecho cognitiva desde los años 70. La influencia primera que recibe la Terapia Cognitiva Tradicional, tal como denomina Tous (1989) a este modelo, o Racional, como lo llama Mahoney (1988a), procede del conductismo covariante propuesto por Homme (1965), de modo que los modelos de terapias cognitivas, que empiezan a apuntar, comparten con la psicología cognitiva del momento el espíritu de la época, algunos conceptos y poco más como han puesto en claro Ibáñez, (1988), Ingram (1986) y Tous (1989) entre otros. Estas terapias únicamente consideran la función que cumplen los contenidos mentales en la conducta. Los contenidos mentales son considerados respuestas y estímulos encubiertos de la conducta y la pregunta que se hacen sobre ellos es cómo influyen en la conducta, no cómo ha llegado el individuo a estos contenidos mentales que es lo que interesaría al enfoque cognitivo de procesamiento de la información. Dobson y Block (1988), que extienden el proceso de elaboración del modelo cognitivo de 1960 a 1975, consideran cuestionable que se pueda llamar una revolución a la irrupción del modelo cognitivo, puesto que las primeras innovaciones en el conductismo-cognitivo, como ellas lo llaman, se orientaban, en último lugar, al cambio de conducta y, por ello, fueron elaboraciones sobre un modelo fundamentalmente conductual, más que un modelo completamente nuevo.

Señalan Mahoney y Arnkoff (1978) que, a pesar de que existían en el campo psicoterapéutico otras tradiciones cuasi-cognitivas, como el psicoanálisis y la terapia existencial-gestáltica, éstas fueron consideradas, desde una perspectiva teórica, demasiado extrañas a la mayor parte de los terapeutas y, por haber poca interestimulación, influyeron poco en los terapeutas que empezaban a plantearse desde la psicología los aspectos cognitivos en terapia. La influencia cognitiva más clara a la práctica de la terapia psicológica vino de clínicos como Ellis o Beck con claros antecedentes psicoanalíticos, aunque críticos con sus insuficiencias, del propio Kelly, o de las teorías sobre el aprendizaje social (Bandura, Mischell y Rotter). Podemos decir, pues, como señalan Liotti y Reda (1981), que la terapia cognitiva vino a ocupar un espacio entre dos enfoques, la terapia de conducta y el psicoanálisis.

El hecho de que algunos teóricos y terapeutas se identificaran a sí mismos, relativamente pronto en el tiempo, como practicando un modelo cognitivo (Beck, 1967, 1970; Cautela, 1967, 1969; Ellis, 1962, 1970;

Mahoney, 1974 y Meichenbaum 1973a, 1977) tuvo el efecto de crear un *zeitgeist* que condujo la atención de otros hacia este campo.

La presencia social manifestada en libros, a pesar de que las primeras terapias cognitivas emergieron a principios de los 60, no tuvo lugar hasta mediados los 70 en que aparecieron los primeros textos importantes de modificación de conducta cognitiva como son los de (Mahoney (1974) y Meichenbaum (1977). En la segunda mitad de la década de los 70 empezaron a aparecer también revistas con un enfoque cognitivo como Cognitive Therapy and Research que ve la luz en 1977.

La acogida de la terapia cognitiva por parte de los terapeutas de conducta fue negar o rebajar su importancia (Ledwidge, 1978, Skinner, 1971, 1974; Wolpe, 1980), porque aceptar el análisis de las variables mediacionales de la experiencia humana era esencialmente blasfemo. La reacción era, sin embargo, distinta entre ellos. Skinner abiertamente lo rechaza como un abandono del conductismo. Wolpe estima que es un anacronismo y que no aporta nada nuevo puesto que él, desde sus primeros estudios de casos y en el trabajo posterior, mostró interés en la imaginación y los pensamientos.

Desde una perspectiva sociológica, Arnkoff y Glass (1992) hacen notar que los primeros cognitivistas no fueron bien recibidos por quienes se movían dentro del paradigma conductual. Se les presionó para que desistieran de mantener sus puntos de vista *heréticos* si querían ser considerados dentro del grupo, se intentó impedir la celebración de conferencias dentro de la AABT si participaban de un modelo cognitivo y se prohibió el uso de libros con enfoque cognitivo en los programas de doctorado de orientación conductista. A pesar de este clima adverso, personas objeto de ataques, como Meichenbaum y Mahoney, decidieron no salirse de la AABT alegando su convicción de que la terapia cognitiva debía tener una base empírica. Fruto de estas tensiones fue la división en dos de la AABT. El grupo compuesto principalmente por terapeutas y teóricos del condicionamiento se llama ahora Asociación para el Análisis de Conducta.

El inicio de la Terapia Cognitiva cuenta, pues, con una aportación que proviene de la evolución del conductismo y otra de terapeutas con formación psicoanalítica descontentos con la base teórica y eficacia del psicoanálisis. Enfrente tiene al conductismo radical que la considera blasfema y el conductismo mediacional que la considera innecesaria.

3. CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS DE LA TERAPIA COGNITIVA.

Hablar de notas definitorias de la Terapia Cognitiva requiere hacer previamente algunas precisiones. Podría distinguirse una Terapia Cognitiva Tradicional y una Terapia Cognitiva Constructivista, aunque figuras como Beck hoy se consideren constructivistas. Por esta razón no mantenemos esta distinción y, al hablar aquí de la Terapia Cognitiva, nos estamos refiriendo a los terapeutas cognitivos tradicionales y/o

constructivistas no radicales que acepten el paradigma epistemológico experimental o pragmático, que expondremos en el capítulo 27. Sólo quedarían, pues, fuera de nuestra consideración los terapeutas cognitivos, tradicionales o constructivistas, que se situaran en un paradigma hermenéutico y no aceptaran la necesidad de validar el conocimiento.

3.1. SUPUESTOS BÁSICOS DE LA TERAPIA COGNITIVA.

Como supuesto primero y básico de la Terapia Cognitiva hemos de decir que es racionalista, esto es, que presume que el pensamiento es superior a la sensación y más poderoso para determinar la experiencia. Sus demarcaciones más relevantes serían pensamiento *versus* experiencia, mente *versus* cuerpo. Implícita en las características del racionalismo tradicional está la creencia de que el pensamiento es el dominio más poderoso de la actividad humana y de que la representación mental es más poderosa que la circunstancia actual para explicar la conducta.

Ingram y Scott (1990), basándose en Dobson y Block (1988), Kendall y Bemis (1983), Kendall y Hollon (1979) y Mahoney y Arnkoff (1978), recogen siete supuestos concretos de la Terapia Cognitiva que consideran razonables a la luz de la teoría y datos actuales y que estiman comparten prácticamente todas las terapias cognitivo-conductuales:

1. Las personas responden a representaciones cognitivas del ambiente más que a los acontecimientos per se.
2. El aprendizaje está mediado cognitivamente.
3. La cognición media las disfunciones emocionales y conductuales sin que se afirme una relación lineal en que lo primero sea la cognición.
4. Al menos algunas cogniciones o formas de cognición pueden ser evaluadas.
5. Algunas formas de cognición pueden ser modificadas.
6. Como un corolario de los supuestos 3, 4 y 5 se sigue que el cambio de cognición puede cambiar los patrones disfuncionales de emoción y conducta.
7. Los métodos cognitivos y conductuales de cambio terapéutico son deseables y pueden ser integrados.

El supuesto tercero, que Dobson y Block (1988) sitúan en primer lugar, es una reafirmación del modelo mediacional básico, modelo que, por otro lado, debe ser legitimado. La evidencia disponible a favor de que la valoración cognitiva de los acontecimientos puede afectar la respuesta a estos acontecimientos (Houston y Holmes, 1974; Lazarus y Folkman, 1984; Neufeld, 1976) y de que existe un valor clínico en el hecho de modificar el signo de estas valoraciones (Beck, Ellis, Meichenbaum) es abundante y puede considerarse suficiente.

El supuesto sexto, como se indica, es un resultado directo de adoptar el modelo mediacional. No se niega que las contingencias de reforzamiento abiertas y manifiestas modifiquen la conducta, pero se enfatiza que hay vías alternativas para conseguir ese objetivo. Es el énfasis en los mecanismos cognitivos para conseguir efectos conductuales lo que diferencia al terapeuta cognitivo de su oponente conductual. Clark y Steer (1996) reafirman esta posición cuando dicen que el cambio cognitivo es central para los procesos de cambio humano y que esta asunción es una extensión lógica de la teoría cognitiva al tratamiento de los trastornos psicológicos. Si la disfunción cognitiva es crucial para el mantenimiento de los síntomas depresivos o de ansiedad, el cambio en un rango amplio de síntomas conductuales, emocionales y somáticos puede alcanzarse solamente modificando las disfunciones cognitivas. Clark y Steer admiten con criterio amplio, que este objetivo puede lograrse directamente mediante técnicas terapéuticas cognitivas o indirectamente a partir de intervenciones conductuales y citan en concreto la exposición en vivo.

Aunque la inferencia de que existe una actividad cognitiva se ha aceptado generalmente, todavía es extremadamente difícil documentar la asunción posterior de que los cambios cognitivos median el cambio de conducta. Para poder demostrarlo, Dobson y Block (1988) creen que la evaluación del cambio cognitivo debe realizarse de forma independiente de la evaluación del cambio de conducta abierta, esto es, no debe inferirse del cambio de conducta. Rachman (1996) insiste en la importancia de conocer la secuencia temporal del cambio cognitivo y conductual. Clark y Steer (1996), por su parte, reconocen que, aunque afirman que el conocimiento (cognition) es cognocible (knowable) y accesible y que la medida del conocimiento ha jugado un papel importante en la investigación de Beck, que se ha preocupado de proponer constructos que puedan definirse operacionalmente y comprobarse empíricamente, el modelo cognitivo no afirma que todos los procesos cognitivos sean conscientes, controlados o fruto del esfuerzo. El modelo reconoce niveles variables de accesibilidad (Beck, 1976). De hecho, la definición de pensamientos automáticos negativos asume que los pensamientos asociados con trastornos psicológicos son espontáneos y se sitúan en el límite de la conciencia (Beck, 1988). Una de las asunciones básicas de la teoría y tratamiento cognitivo es que los individuos pueden ser entrenados para lograr acceder a los productos de su procesamiento de información erróneo (Beck, 1991). Vemos, pues, que se postula la existencia de un procesamiento de información no consciente y la existencia de la mediación cognitiva entre el estímulo y la respuesta, pero no se postula y, sería más complicado demostrar, el valor causal, es decir, iniciador o determinante del contenido o proceso cognitivo en el cambio de conducta. Clark y Steer (1996), por ejemplo, matizan la determinación causal y dicen que, a nivel descriptivo, el modelo ve los factores cognitivos como mediadores o concomitantes de los trastornos psicológicos más que como agentes causales y remiten a Beck (1987) y Haaga, Dyck, y Ernst (1991). Alford y Beck (1997) afirman que la teoría cognitiva ve a la persona como un *agente libre* o *variable independiente*, pero, quizás la afirmación les pareció un poco fuerte e, inmediatamente, hablan no de cómo ha adquirido el agente libre su libertad sino de la libertad de la acción cuyas causas pueden identificarse con frecuencia. Las causas de la acción libre serían la suma total de todas las variables de las que una persona es consciente, sin descartar, por supuesto, las variables externas.

3.2. COMUNALIDADES ENTRE LOS ACERCAMIENTOS COGNITIVOS.

Además de los supuestos básicos, algunos autores (Beck, 1970; Bedrosian y Beck, 1980; Dobson y Block, 1988; Kendall y Kriss 1983) estiman que pueden identificarse otras comunalidades entre los acercamientos cognitivos que no son teóricamente centrales y que, como dicen Kendall y Kriss, se producen entre conjuntos limitados de Terapias Cognitivas. Ingram y Scott (1990), a este respecto, acuden al constructo de *prototipo cognitivo*, que les facilita la psicología cognitiva experimental y que, según Rosch (1973, 1975), representa abstracciones de categorías naturales supraordenadas. El grado de pertenencia de los miembros a una categoría determinada depende del número de características que estos miembros compartan con las características de la categoría. En conformidad con el constructo de *prototipo cognitivo*, es posible distinguir no sólo qué es y qué no es una terapia cognitivo-conductual, en términos de Ingram y Scott, sino también los grados de pertenencia a ella. Aunque, como ellos dicen, hay dos notas centrales (la importancia teórica de los factores causales de naturaleza cognitiva y los métodos dirigidos específicamente a alterar estas variables cognitivas) que, de poseerlos un determinado conjunto de procedimientos, permite considerarlos cognitivo-conductuales. En la medida en que los procedimientos presenten un mayor número de notas pertenecientes al *prototipo cognitivo*, en mayor medida una terapia puede considerarse cognitivo-conductual. Las características definitorias de la terapia cognitivo-conductual a juicio de Ingram y Scott son las siguientes:

1. Se asume que las variables cognitivas son importantes mecanismo causales. Esto no implica que no existan otros mecanismos causales significativos también.
2. En coherencia con la característica primera, al menos alguno de los métodos y técnicas de intervención se orientan específicamente a objetivos cognitivos.
3. Se desarrolla un análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno, en particular, de las variables cognitivas.
4. Se emplean tácticas cognitivas y conductuales siendo típico, incluso, que las tácticas conductuales se orienten a objetivos cognitivos.
5. Existe un fuerte énfasis en la verificación empírica que se manifiesta en dos campos diferentes: (a) en la investigación empírica diseñada para establecer la eficacia de los procedimientos terapéuticos y para determinar los procesos gracias a los cuales estos procedimientos funcionan; (b) en el énfasis puesto a lo largo de la terapia en el uso de procedimientos objetivos de evaluación para examinar el proceso terapéutico.
6. Es de tiempo limitado o, al menos, no se considera una terapia de larga duración en sentido clásico.
7. La terapia es una empresa de colaboración mutua entre cliente y terapeuta. El cliente y el terapeuta forman una alianza de trabajo para aliviar la conducta y el pensamiento disfuncional.
8. Los terapeutas son activos y directivos más que pasivos y no directivos.
9. Las terapias son educativas por naturaleza. El cliente debe aceptar la validez del modelo cognitivo conductual de disfunción que se le propone en orden a modificar su conducta y cognición disfuncional.

Tras lo expuesto en este punto vuelve a quedar abierta la cuestión de la centralidad de la nota de causalidad cognitiva para la pertenencia a la Terapia Cognitiva. Ingram y Scott (1990) parecen presentarla como la nota central del prototipo de terapia cognitivo-conductual, aunque Wessler (1986) al hablar de las características que marcan las diferencias entre las terapias basadas en procesos de condicionamiento y las terapias cognitivas dice que entre los teóricos cognitivos ninguno va tan lejos como para afirmar que las cogniciones son la única variable determinante.

4. IMPACTO DE LA TERAPIA COGNITIVA.

4.1. LA TERAPIA COGNITIVA Y LA TERAPIA DE CONDUCTA DE LA PRIMERA OLA.

La reacción de los terapeutas de conducta que trabajaban ateniéndose a procedimientos de condicionamiento, como es lógico, no fue unánime, pero, en general, la reacción en el plano sociológico fue de rechazo, como hemos comentado anteriormente. En el plano teórico Skinner rechaza abiertamente la Terapia Cognitiva por haber abandonado el conductismo al introducir variables mediadoras entre el estímulo y la respuesta. Wolpe estima que es un anacronismo y que no aporta nada nuevo, puesto que él, desde sus primeros estudios de casos y en el trabajo posterior, manifestó interés en las variables cognitivas mediacionales al trabajar con la imaginación y los pensamientos. El problema, para Mahoney (1988b), es que la concepción de Wolpe (1978) de los acontecimientos privados es claramente tradicional. Se mueve dentro de una metateoría lineal y asociacionista propia del conductismo. Mahoney piensa que la revolución cognitiva se quedaría en una revolución sólo semántica si los análisis estructurales y evolutivos del aprendizaje humano no llegan a diferenciarse de los análisis estímulo-respuesta.

Las diferencias de procedimiento más notorias entre ambas orientaciones estarían en que los terapeutas cognitivos se marcan objetivos de cambio de naturaleza cognitiva (modificación de actitudes, creencias y expectativas asociadas con los síntomas) dada la importancia que conceden a los procesos de pensamiento, mientras que los terapeutas de conducta se centran más en las conductas manifiestas y en el papel que juega el ambiente. Al tiempo se ponían de manifiesto las limitaciones que presentaban las explicaciones desde el condicionamiento de ciertas conductas como la demora en la gratificación y la conducta verbal. Además, en el campo de la práctica terapéutica, se sumaban ciertas evidencias de que algunos objetivos de intervención, por ejemplo, el tratamiento de las obsesiones-compulsiones, hacían, prácticamente, irrelevantes las intervenciones terapéuticas de naturaleza no cognitiva. También problemas con facetas múltiples, como la depresión, eran tratados sólo en sus dimensiones conductuales (Ferster, 1974) y, aunque el centrarse en objetivos conductuales incrementó los éxitos de la terapia de conducta, no satisfacían del todo a los terapeutas que

reconocían que los problemas no eran tratados en su totalidad o que se dejaban sin tratar las partes más importantes del problema.

La cuestión básica es que, en la medida en que la Terapia de Conducta de la primera ola se base y justifique sus procedimientos, aunque no tenga apoyo empírico suficiente para ello (Erwin, 1978), en unos principios de condicionamiento que no dejan lugar a causas cognitivas, la brecha entre las terapias que dicen basarse en el condicionamiento y las terapias basadas en la teoría cognitiva es insalvable.

Ahondar en la justificación de uno y otro enfoque terapéutico no es sólo cuestión de plantear experimentos en que condicionemos a las personas manipulando sistemáticamente premios o castigos y demostremos la excelencia de estos procedimientos. El principio diferencial de confirmación requiere que descartemos las explicaciones rivales creíbles, en este caso, las explicaciones de tipo cognitivo. Estas investigaciones han sido raras, aunque puede contarse con la excepción de los experimentos que emplean un diseño disociativo, diseño en que el experimentador intenta separar la atención de los sujetos del pretendido proceso de condicionamiento. Los resultados de estos experimentos apoyan abrumadoramente una explicación cognitiva de los experimentos supuestamente basados en los principios del condicionamiento (Brewer, 1974; Erwin, 1978). Beidel y Turner (1986) tienen una explicación diferente de estos resultados y responden que en los experimentos con diseños disociativos las hipótesis conscientes de los sujetos sobre las consecuencias de su conducta son, de hecho, descripciones de las contingencias que gobiernan la conducta.

Cabe una pregunta interesante ante el tema de la causación cognitiva, tema crucial para los analistas de conducta tal como reconoce Catania (1973). ¿Puede un conductista radical o contextualista aceptar una causación cognitiva o hacerle acomodación dentro de la teoría del condicionamiento operante? Overskeid (1994) defiende con persuasión que los conductistas radicales, que generalmente admiten que hay *sucesos privados*, podrían estar de acuerdo también en que hay causas cognitivas y acercar así el conductismo y el cognitivismo. Erwin (1997) cree que tal aceptación sólo es posible abandonando el conductismo y haciéndose cognitivo. Situadas de forma tan extrema las posiciones la pregunta no tiene una respuesta de aproximación o encuentro entre ambas posiciones. Forsyth y otros (1996) mantienen, sin embargo, una posición más matizada al sugerir que la evidencia sobre el estatus causal de la cognición está sin resolver, en gran medida porque la mayor parte de la investigación se ha desarrollado en torno a causas ambientales. Ellos estiman que existen muchos nexos causales entre estímulos ambientales observables y respuestas observables admitiendo en el proceso de causación respuestas no observables con propiedades de estímulo. Parece que estaríamos ante el viejo tema del neoconductismo, formal e informal, dependiendo del lugar que se conceda a los nexos causales mediadores entre estímulos y respuestas observables. Esta salida indica que la solución a la pugna críticamente mantenida entre conductismo radical y terapia cognitiva, enquistada en la admisión o no de una causalidad cognitiva, puede tener una vía de solución en el contexto del condicionamiento operante mediacional, o del conductismo analítico como decía Mahoney (1974). Otra solución podría venir del neoconductismo mediacional en la versión de Eysenck, que el propio Erwin

reconocía que no se veía afectado por sus críticas al conductismo radical. El tema, sin embargo, es candente como puede verse en los números monográficos dedicados a este tema en el Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1995, nº. 3, 1996, nº 4 y 1997, nº 1. Lo que parece claro es que el encuentro entre el conductismo radical y el cognitivismo no es posible si ambas orientaciones se mueven dentro de la lógica y la filosofía que les es propia.

4.2. LA TERAPIA COGNITIVA Y EL PSICOANÁLISIS.

La terapia cognitiva rechaza el modelo de personalidad propuesto por la orientación psicodinámica y la terapia correspondiente. Algunos patrocinadores de la terapia cognitiva como Beck (1967) y Ellis (1973, 1977) hacen afirmaciones en las que rechazan de forma clara el énfasis psicoanalítico en los procesos inconscientes, en el material histórico y en la necesidad de una terapia de larga duración que descanse fuertemente en el desarrollo del *insight* respecto a la relación transferencia-contratransferencia. Este rechazo de la orientación psicoanalítica se basaba, en parte, en el hecho de no haber mostrado ni mostrar en esos momentos una eficacia suficiente (Eysenck, 1969; Rachman y Wilson, 1971, 1980).

Aunque actualmente es evidente un acercamiento entre la Terapia Cognitiva y el psicoanálisis (no olvidemos el origen psicoanalítico de Beck y Ellis), Bedrosian y Beck (1980) contraponen ciertas características de uno y otro paradigma que recogemos a continuación para significar con más precisión los límites de cada uno de ellos.

1. La experiencia consciente se toma como dato básico para elaborar un plan de tratamiento por parte de los terapeutas cognitivos. Los psicoanalistas, por su parte, desconfían de ella. Consideran la experiencia consciente una *pantalla* tras la que reside el significado inconsciente que es de mayor significación.
2. Las hipótesis de trabajo del terapeuta cognitivo se basan en las configuraciones presentes en el campo fenoménico del cliente, sin referencia a los mecanismos de defensa o a los conflictos inconscientes como hacen los psicoanalistas.
3. En la terapia cognitiva los pensamientos automáticos del cliente se recogen a través de cuestionarios o preguntas precisas y gracias a la introspección del cliente, mientras que en el psicoanálisis se usa básicamente la asociación libre para descubrir el material inconsciente.
4. Los terapeutas cognitivos no llevan a cabo un repaso extenso de la historia del desarrollo temprano, no se esfuerzan por recuperar recuerdos reprimidos, cuestión básica para los psicoanalistas, aunque, de ser necesario, discuten problemas o conflictos tempranos con personas significativas del entorno del cliente.

5. Los terapeutas cognitivos consideran la terapia como una especie de aventura en colaboración, en que se emplean técnicas explícitas y comprensibles para el cliente. En los modelos clásicos del psicoanálisis esto no sería así.

5. VARIEDADES DE LA TERAPIA COGNITIVA.

Mahoney (1974) identifica tres variantes más importantes de terapias cognitivas en la perspectiva mediacional básica: el condicionamiento encubierto, el procesamiento de la información y el aprendizaje cognitivo. Mahoney y Arnkoff (1978) organizan las terapias de aprendizaje cognitivo en tres grupos principales: reestructuración cognitiva, habilidades de afrontamiento y solución de problemas. Dobson (1988b) recogiendo las clasificaciones de Mahoney expone los siguientes grandes modelos:

1. *Modelos de condicionamiento encubierto*. Nosotros hemos incluido estos modelos entre los desarrollos de los procedimientos por condicionamiento y como tránsito en el cambio desde la metáfora del condicionamiento a la metáfora del procesamiento de la información. Hemos incluido en estos modelos los procedimientos encubiertos, el modelado de la primera época, el autocontrol y el *biofeedback*.

2. *La perspectiva del procesamiento de la información*. Los procedimientos derivados de esta perspectiva asumen que los individuos valoran activamente su ambiente y actúan como científicos ingenuos al determinar la mejor manera de responder a una variedad de demandas provenientes de la situación y contexto con las que se enfrentan. Estos modelos asumen también un acercamiento lineal y racional a la percepción y respuesta a los acontecimientos. Se incluye en esta perspectiva el modelo de valoración del estrés de R. Lazarus (Lazarus, 1966; Lazarus y Folkman, 1984; Lazarus y Launier, 1978), que no recogemos en este manual y algunos modelos cognitivos de la disfunción y su terapia, (D'Zurilla, 1986, 1988; Ellis, 1962, 1977; Hamilton, 1979, 1980; Lazarus y Folkman, 1984; Mahoney, 1974; Meichenbaum y Cameron, 1973) que defienden que las cogniciones predicen y controlan perfectamente la respuesta subsiguiente, tesis dura del procesamiento de la información. Aquí hemos incluido nosotros el entrenamiento en solución de problemas, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y el entrenamiento autoinstruccional de Michenbaum.

Dobson (1988b) distingue dentro del procesamiento de la información varios tipos de terapias cognitivo-conductuales, como ella las llama, y los refiere a los de Mahoney y Arnkoff (1978): Habilidades de afrontamiento, Solución de problemas y Reestructuración cognitiva. Las dos primeras entiende Dobson que encajan mejor dentro de un modelo de procesamiento de la información. Las terapias de reestructuración cognitiva habían sido identificadas previamente por Mahoney (1974) como terapias de aprendizaje cognitivo y es así como las llama Dobson, pero las sitúa en un apartado diferente como también hacemos nosotros.

3. *Terapias de aprendizaje cognitivo*. El aspecto esencial de estas terapias, que Dobson llama también de reestructuración cognitiva, es que sus modelos teóricos invocan los conceptos de errores y distorsiones cognitivas y que la fuente de estos errores y distorsiones *residen* dentro de la persona afligida como una tendencia transituacional. Se incluyen entre las terapias de reestructuración cognitiva, la Terapia Racional-Emotivo-Conductual de Ellis y la Terapia Cognitiva de Beck. Hollon y Beck (1986) recogen los aspectos enfatizados por cada una de las terapias incluidas en este apartado. Ellis insiste en la racionalidad y Beck pone el énfasis en el empirismo.

Dobson (1988b) considera las habilidades de afrontamiento y la solución de problemas como descendientes legítimos de su pasado conductual, mientras que las terapias de aprendizaje cognitivo, aunque tienen un componente conductual, adicionalmente contienen elementos variados que emanan del pasado psicoanalítico de sus representantes más importantes, A. Beck y A. Ellis. Ambos criticaron aspectos de su primer entrenamiento, al mismo tiempo que aceptaban aspectos de la tradición conductual. Su primer entrenamiento aportó variables críticas en psicopatología y psicoterapia que es probable que sean el punto de divergencia más importante entre estos tipos de terapias y las otras terapias cognitivo-conductuales.

APARTADO A: TERAPIAS COGNITIVAS BASADAS EN EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Incluimos en este apartado técnicas que se caracterizan, además de basarse en el procesamiento de la información, por ser técnicas usadas para tratar problemas que se mantienen por un déficit en cogniciones adaptativas. El problema para estas terapias no reside tanto en *lo que las personas piensan*, como es el caso de las terapias de reestructuración cognitiva, como en *lo que las personas no piensan.* Estas terapias típicamente conocidas por algunos autores como cognitivo-conductuales pretenden modificar las cogniciones y las conductas manifiestas de los clientes.

CAPÍTULO 20. LAS TERAPIAS DE ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

1. INTRODUCCIÓN.

Pocas áreas de interés psicológico han recibido tanta atención teórica y empírica como el fenómeno llamado de solución de problemas (SP). Su historia se remonta a W. James (1890) y pocas de las grandes teorías del aprendizaje han escapado a su atracción. Sin embargo, como área de investigación aplicada, sólo ha sido explorada recientemente.

La terapia de SP se inicia a final de los 60 comienzos de los 70 como parte, según D'Zurilla (1988), de la tendencia creciente en psicología clínica y psiquiatría hacia el desarrollo de estrategias de intervención y prevención clínica centradas en la facilitación de la competencia social. En el mismo período de tiempo en que empezaba a desarrollarse, la terapia de SP recibió impulso para su desarrollo del emergente campo del modelo cognitivo. En un *symposium* de la APA desarrollado en 1968 para debatir sobre el papel de los factores cognitivos en la modificación de conducta, D'Zurilla y Goldfried defendieron que los programas de entrenamiento en habilidades sociales deberían incluir el entrenamiento en habilidades de SP para producir mejoras más generalizadas en competencia social. Este punto de vista se amplió más tarde en un artículo muy citado que se publicó en 1971 bajo el título *Problem Solving and Behavior Modification* (D'Zurilla y Goldfried, 1971). En 1976 Spivack, Platt y Shure publicaron su influyente libro *The Problem-Solving Approach to Adjustment* (Spivack, Platt y Shure, 1976), que puso en evidencia la relación entre la habilidad de SP y la psicopatología y describió estudios variados sobre la terapia de SP con niños y adultos.

En la clínica y en la literatura de consejo psicológico la solución de problemas en el medio social se ha recogido como *solución de problemas sociales* (D'Zurilla y Nezu, 1982), pero también se han usado los términos *solución de problemas interpersonales* (Shure, 1981), *solución de problemas cognitivos interpersonales* (Spivack, Platt, & Shure, 1976) *solución de problemas personales* (Heppner y Petersen, 1982) y *solución de problemas aplicados* (Heppner, Neal y Larson, 1984). Consideramos en esta exposición los términos recogidos como equivalentes y por tanto aplicable a todos ellos cuanto digamos al referirnos a la *solución de problemas sociales*.

Puesto que la terapia de SP es una habilidad de afrontamiento ampliamente aplicable, la terapia de SP sirve un doble propósito: (1) tratar problemas inmediatos para los que los clientes buscan tratamiento y (2) preparar a los clientes para enfrentarse por sí mismos con futuros problemas, lo que puede ayudar a prevenir el desarrollo de trastornos psicológicos. El entrenamiento en SP orientado a la prevención de trastornos psicológicos se ha incorporado en los curricula de clases regulares para desarrollar la creatividad y prevenir trastornos psicológicos futuros.

Las terapias de entrenamiento en solución de problemas trabajan la necesidad de la evaluación y percepción objetiva de los problemas, la generación y evaluación de métodos alternativos de responder a los problemas y el desarrollo en su contexto natural de la solución que se considera mejor para resolver un problema determinado. La SP contempla también la evaluación de los resultados obtenidos con la solución puesta en práctica para resolver el problema. Este modelo asume un papel primario de los procesos cognitivos, particularmente en la fase de evaluación del problema y en la fase de generación de soluciones potenciales. También asume, en principio, que la persona que está frente a un problema está ante una situación que tiene solución y que la persona tiene recursos para afrontarla. En caso de no tener estos recursos se haría necesario el entrenamiento en habilidades sociales que se convierte, en este caso, en el objetivo central del entrenamiento. La importancia del entrenamiento en habilidades sociales, que también se inserta en el modelo cognitivo, es tal que se

ha convertido en un campo de entrenamiento con entidad propia, aunque en este manual no se incluya por razones de espacio y por su mayor dependencia de las áreas concretas de aplicación.

Gran parte de la investigación inicial sobre SP en humanos fue producida por campos como la psicología cognitiva experimental, la educación y la industria. La psicología cognitiva experimental se ha preocupado por el desarrollo de modelos descriptivos de SP, pero más bien sobre problemas intelectuales impersonales, no sobre problemas de la vida real con relevancia social. Dentro del campo de la educación, los psicólogos se han interesado por la SP como procedimiento de incrementar la creatividad. Algo parecido ha sucedido en la industria en que la SP tiene una vertiente más productiva que creativa.

La SP como intervención clínica se desarrolla en el marco de una concepción de la conducta desadaptada como resultado de las deficiencias en las habilidades y capacidades que contribuyen a la competencia social (D'Zurilla, 1986). Una razón posible del menor énfasis inicial en la solución de problemas por parte de la modificación de conducta puede haber sido su tendencia mediacional y cognitiva, tendencia que explica su buen grado de aceptación en la década de los 80, sobre todo, y años siguientes. Una segunda razón para explicar las dificultades del desarrollo de la SP podría ser la dificultad inherente a la definición operacional y medición del fenómeno (Gagne, 1964; Davis, 1966 y 1973).

2. DEFINICIONES Y DESCRIPCIÓN GENERAL.

En la literatura conductual la SP se ha etiquetado como Terapia de Solución de Problemas Sociales para resaltar el contexto social e interpersonal en el que se desarrolla la solución de problemas de la vida real.

D'Zurilla y Goldfried (1971) definen la SP sociales como un proceso conductual ya sea manifiesto o de naturaleza cognitiva que (1) permite disponer de una variedad de alternativas de respuesta potencialmente efectivas para hacer frente a la situación problemática, y (2) aumenta la probabilidad de seleccionar la respuesta más efectiva entre varias alternativas. Nezu (1987), por su parte, define la solución de problemas sociales como el proceso metacognitivo por el que los individuos comprenden la naturaleza de la vida y dirigen sus intentos hacia: (a) la modificación de el carácter problemático de la situación, (b) sus reacciones hacia ella o (c) ambas cosas a la vez. Para completar esta visión de cómo se concibe la SP recogemos la definición de D'Zurilla (1988). Para D'Zurilla la SP puede definirse como un proceso cognitivo-afectivo-conductual a través del cual un individuo (o un grupo) intenta identificar, descubrir o inventar medios adaptativos o efectivos de afrontar los problemas que se encuentran en la vida diaria.

En las definiciones se incluye el término *problema* que requiere, a su vez, una definición. Davis (1973) define un *problema* como una situación de estímulo para la cual un organismo no tiene una respuesta disponible.

Se entendería por no disponer de una respuesta el no disponer de respuestas de afrontamiento eficaces ante situaciones más o menos variadas debido a la presencia de distintos obstáculos. Estos obstáculos pueden incluir la ambigüedad de los términos en que se plantea el problema, la incertidumbre respecto a poder dar una respuesta eficaz, las exigencias contrapuestas provenientes de diferentes focos de atención o de poder, la falta de recursos y/o la novedad. De acuerdo con esta definición, un problema no es una característica ni del ambiente ni de la persona, por sí solos. Un problema es un tipo particular de relación persona-ambiente que refleja un desequilibrio o una discrepancia percibidos entre las demandas y la disponibilidad de una respuesta adaptativa. Una solución, dentro de este modelo, se define como cualquier respuesta de afrontamiento destinada a cambiar la naturaleza de la situación problemática, las propias reacciones emocionales negativas o ambas (D'Zurilla, 1986; Nezu, 1987). Una solución eficaz, por su parte, es aquella respuesta de afrontamiento que no sólo logra resolver el problema, sino que al mismo tiempo maximiza otras consecuencias positivas y minimiza las consecuencias negativas o costes.

Es importante para la teoría, la investigación y la práctica distinguir entre los conceptos de *Solución de problemas, Puesta en práctica de la solución* y *Competencia social*. La *solución de problemas* es el proceso de encontrar una solución eficaz a una situación problema. La *puesta en práctica de la solución* es la ejecución en el contexto natural de la solución escogida. La ejecución de la solución es función no sólo del problema a resolver, sino que depende también de otros factores referidos a la historia de aprendizaje del individuo como los déficits en las habilidades de ejecución, las inhibiciones emocionales y los déficits motivacionales. La *competencia social* es el concepto más amplio de los tres. Se refiere a un amplio rango de habilidades sociales, competencias conductuales y conductas de afrontamiento que habilitan a un individuo para enfrentarse con efectividad con las demandas de la vida diaria (McFall, 1982). El término *afrontamiento de solución de problemas* se refiere a la combinación del momento de solución de problemas y al de la ejecución de la misma. La distinción entre solución de problemas y ejecución del afrontamiento es especialmente importante para la investigación sobre la relación entre el proceso y el resultado de la solución de problemas y en la práctica clínica también resulta importante disponer de distintas estrategias de tratamiento para el individuo que es competente en el descubrimiento de una solución eficaz, pero menos hábil para llevarla a la práctica.

El objetivo general del entrenamiento en solución de problemas no es ofrecer a los individuos soluciones específicas para situaciones concretas, sino más bien facilitar una habilidad de afrontamiento general, de manera que estén en una posición mejor para hacer frente con más efectividad a una amplia variedad de problemas situacionales (Goldfried, 1979).

3. UN MODELO PRESCRIPTIVO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS SOCIALES.

Las variables implicadas en los procesos de solución de problemas sociales incluyen cogniciones, respuestas afectivas y actividades conductuales. Cada una de estas tres variables pueden describirse a tres niveles

diferentes, reflejando cada nivel una especificidad mayor de sus efectos sobre la ejecución de la solución de problemas. D'Zurilla (1988) se refiere a estos tres niveles como (1) cogniciones orientadas al problema, (2) habilidades específicas para resolver problemas y (3) habilidades básicas para resolver problemas. Cada nivel está implicado en el modelo prescriptivo y afecta de modo diferente a la ejecución de la solución del problema.

El proceso de solución de problemas, tal como fue diseñado por D'Zurilla y Goldfried (1971) y repetido por D'Zurilla y Nezu (1982), incluye las cinco etapas que exponemos a continuación y que presentamos esquemáticamente en la FIGURA 20.1. Reconocemos, por supuesto, que pueden existir muy buenos resolutores de problemas que no utilizan exactamente este proceso compuesto por cinco componentes, sin embargo, es importante indicar que las personas que tienen escasa habilidad para resolver problemas pueden ser enseñadas a incrementar la efectividad de su proceso de toma de decisiones siguiendo la estrategia de solución de problemas que exponemos a continuación.

SITUAR AQUÍ LA FIGURA 20.1

Orientación al problema. Consiste en un conjunto de cogniciones facilitadoras de la orientación al problema que puede ser descrito como la actitud general con que una persona se acerca a la situación-problema que se espera tenga un efecto facilitador en la ejecución de la solución del problema. Las funciones específicas de estas variables orientadas al problema son (1) incrementar la sensibilidad ante el problema e indicar que estamos ante un momento oportuno para desarrollar la actividad de solución de problemas, (2) enfocar la atención sobre conductas positivas de solución de problemas y distanciarse de quejas improductivas o pensamientos de autopreocupación, (3) maximizar el esfuerzo y persistencia frente a los obstáculos y el estrés emocional y (4) minimizar el distrés emocional disruptivo y al mismo tiempo intentar maximizar los estados emocionales positivos y facilitadores.

La orientación propia de la solución de problemas puede describirse como un conjunto de respuestas de orientación, que representan las reacciones cognitivo-afectivo-conductuales inmediatas de una persona cuando se enfrenta por primera vez con una situación problemática. Las variables de orientación al problema más importantes son:

1. *Percepción del problema*, probabilidad de que un individuo atienda sus transacciones con el medio de manera que reconozca el problema con precisión y lo clasifique apropiadamente. La facilidad para reconocer las situaciones problemáticas tal como ocurren puede no ser tanta como uno puede imaginar. Frecuentemente reconocemos que estamos ante una situación problemática sólo porque estamos preocupados por algo. Al

darse uno cuenta de esto, la tarea consiste en reenfocar la atención desde el estado emocional a la situación que crea la preocupación.

2. *Atribución del problema*. Nos referimos aquí a la atribución causal del problema que será facilitadora si la persona hace la atribución a factores personales y ambientales modificables y relativamente benignos, en vez de atribuir la causalidad primordialmente a alguna anormalidad o defecto interno estable (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978).

3. *Valoración del problema*, evaluación por parte de la persona de la significación del problema para su bienestar personal y social (Lazarus y Folkman, 1984). Una valoración positiva del problema es ver el problema como un desafío, esto es, la oportunidad para crecer y aprender, en vez de verlo sólo como una amenaza.

4. *Control personal*. El control personal tiene dos componentes o facetas: (a) la probabilidad de que una persona perciba un problema como soluble y controlable y (b) la probabilidad de que la persona crea que es capaz de resolver un problema a través de su propio esfuerzo (Bandura, 1977b).

5. *El compromiso de tiempo y esfuerzo* también tiene dos componentes: (a) la probabilidad de que la persona estime adecuadamente el tiempo que llevará resolver con éxito un problema particular y (b) la probabilidad de que la persona quiera dedicar el tiempo y el esfuerzo necesario a resolver el problema (Baumgardner, Heppner y Arkin, 1984).

Definición y formulación del problema. Es un proceso de evaluación que implica (1) lograr información de hechos relevantes sobre el problema, (2) clarificar la naturaleza del problema, (3) marcarse una meta realista para la solución del problema y (4) reevaluar la significación del problema para el bienestar personal y social. El énfasis en esta etapa se pone en las aptitudes y habilidades relacionadas con el procesamiento de la información, la conceptualización del problema, el marcarse objetivos, el pensamiento racional y la valoración cognitiva. En la investigación básica sobre solución de problemas, los sujetos son enfrentados normalmente con una tarea relativamente bien definida para la que ellos deben encontrar alguna solución. En la vida real, las situaciones problemáticas no están siempre claramente especificadas. Por consiguiente, es necesario definir los aspectos variados de la situación en términos relativamente concretos. La investigación de Bloom y Broder (1950) demostró que los resolutores pobres de problemas no hacen tal traslación. Respecto al marcarse metas hay que saber que éstas pueden estar orientadas a *resolver la situación problemática*, a las *reacciones cognitivas y emocionales generadas* por la situación problemática o *a ambas*. La naturaleza del problema ayuda a marcarse un tipo de metas u otro. Por ejemplo, si la situación no puede cambiarse, como es el caso de la muerte de un ser querido, la meta no puede ser otra que afrontar las reacciones cognitivas y emocionales.

Generación de alternativas. El propósito de este tercer componente del modelo es disponer de tantas soluciones alternativas como sea posible en orden a maximizar la probabilidad de que la mejor solución para resolver el problema esté entre ellas. La investigación más relevante para esta etapa de la solución de problemas

está basada en las técnicas de *brainstorming* (Osborn, 1963). Basado en habilidades generadoras de fluencia, originalidad y flexibilidad, el procedimiento de generación de alternativas enfatiza tres principios importantes:

1. *El principio de que la cantidad engendra calidad*. Mientras más soluciones alternativas se produzcan, mejores ideas estarán disponibles.

2. *El principio del aplazamiento del juicio*. El principio de aplazamiento del juicio determina que si los individuos pueden callar temporalmente cualquier evaluación sobre la calidad de las soluciones que se vayan proponiendo, existe mayor probabilidad de que se incluyan las buenas soluciones en la lista de soluciones posibles al problema planteado.

3. *El principio de la variedad*.. Mientras mayor sea el rango o variedad de ideas para solucionar un problema, mayor será la probabilidad de descubrir una buena idea. Se han llevado a cabo numerosos estudios sobre el *brainstorming* y todos llegan a la conclusión de que el entrenamiento en este procedimiento incrementa de hecho la probabilidad de producir soluciones de buena calidad (D'Zurilla y Goldfried, 1971).

4. *Las estrategias antes de las tácticas.* Primero hay que generar estrategias para lo que es imprescindible distinguir entre una *estrategia* y una *táctica*, reflejando una y otra diferentes niveles de abstracción respecto a una forma determinada de actuar. Al elegir *la mejor estrategia* en cualquier instancia dada, la decisión respecto a cúal sea la mejor estrategia se toma con relación a la probabilidad de resolver las cuestiones más importantes referidas a cualquier situación problemática. Sin embargo, al seleccionar *la táctica más apropiada*, la elección se hace basándose en la probabilidad que existe de desarrollar la estrategia con efectividad. Por ejemplo, si una cuestión relevante implica la necesidad de más dinero, la estrategia *intentar encontrar un trabajo adicional* sería evaluada con relación a su probabilidad de resolver la necesidad de conseguir más dinero, mientras que la táctica *insertar un anuncio en el periódico* sería evaluada con relación a la probabilidad de hacer efectiva la estrategia, encontrar un trabajo adicional.

Toma de decisión. La función de este componente de la solución de problemas es evaluar las alternativas de solución disponibles y seleccionar la mejor para resolver el problema. La investigación básica sobre procesamiento de información ha empleado la teoría de la utilidad (Beach y Mitchell, 1978; Edwards, 1961) y la teoría de prospectiva (Kahnemann y Tversky, 1979; Tversky y Kahnemann, 1981) a la hora de evaluar la *bondad* de cualquier curso particular de acción. En esencia, la elección basada en la teoría de la utilidad se funda en un análisis racional del costo/beneficio. La teoría prospectiva toma en consideración factores subjetivos y perceptivos a la hora de elegir una conducta. En el área de los negocios y de la economía, un curso dado de acción puede ser evaluado en términos de su coyuntura financiera. Al usar este acercamiento para situaciones-problema más personales o interpersonales, la utilidad de la alternativa puede ser evaluada de acuerdo con su probabilidad de resolver las cuestiones planteadas durante la definición del problema y la fase de formulación. Diversos estudios han encontrado que las preferencias de una persona para resolver un problema están influenciadas por la forma en que están formulados los problemas y la vía en que se han concebido o estructurado las alternativas de solución y los resultados (Tversky y Kahnemann, 1981).

Verificación. El propósito del componente final del modelo, ejecutar la solución propuesta y verificar la medida en que la situación problema ha sido resuelta, es evaluar los resultados de la solución y verificar la efectividad de la estrategia de solución elegida en la situación problemática de la vida real. El marco conceptual para esta tarea se basa en la teoría del control o cibernética (Carver y Scheier, 1982; Miller, Galanter y Pribram, 1960) y en la concepción cognitivo-conductual del autocontrol (Bandura, 1977b; Kanfer, 1970).

Nosotros vamos a referirnos, para conocer la forma de proceder en la etapa de verificación, al trabajo de Miller, Galanter y Pribam (1960) que teorizan sobre la interrelación entre los planes y acciones del individuo. Sugieren un modelo *Test-Operación-Test-Salida* (Exit)" (TOTE, en inglés), en que las actividades (abiertas o encubiertas) de un individuo son correctas en la medida en que el resultado de estas actividades se corresponden con un estándar dado. De acuerdo con este modelo, uno mantiene un estándar dado como nivel de referencia, *Test*, y, si ese nivel se logra, la actividad se termina, *Salida* (Exit). Si la ejecución no llega a esa medida estándar, el individuo continúa operando hasta que la ejecución se mejore y llegue a la medida o referencia estándar.

El procedimiento completo de solución de problemas, tal como fue diseñado esquemáticamente por Goldfried y Davison (1976) aparece en la FIGURA 20.2.

SITUAR AQUÍ LA FIGURA 20.2

---

4. VARIACIONES EN LOS PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

Los programas de entrenamiento en SP han variado en razón de (1) la población sobre la que se trabaja, (2) los objetivos de los programas, (3) el lugar en que se trabaja, (4) el entrenamiento adicional en otras habilidades de afrontamiento dentro del modelo general de entrenamiento en SP, (5) los métodos de enseñanza utilizados y (6) la estructura global del programa.

Las poblaciones objeto de atención han incluido pacientes psiquiátricos hospitalizados (p. e., Bedell, Archer y Marlowe, 1980), drogadictos (p. e., Magura, Kang y Shapiro, (1994), fumadores (p. e., Karol y Richards, 1978), hipertensos (p. e., Ewart y otros, 1984), personas con problemas de ansiedad y estrés (p. e. Mendonca y Siess, 1976), personas con problemas de control de peso (p. e., Black, 1987), depresivos clínicos (p. e., Nezu, 1986), personas con problemas de pareja y familiares (p. e., Whisman y Jacobson, 1989), personas mayores con problemas relacionados con el envejecimiento (p. e., Toseland, 1977), etc... El entrenamiento en SP

se ha desarrollado de forma individual y en grupo (la mayor parte de las veces en grupo) y tanto en la clínica como en la comunidad. Los objetivos de los programas han incluido el tratamiento (p. e. el incremento del rendimiento académico), el mantenimiento del objetivo pretendido (p e., la prevención de la recaída), la prevención (p e. control y prevención del estrés y de las conductas desadaptadas en grupos vulnerables o de alto riesgo) y la mejora de una competencia (p. e., lograr un nivel más alto en el desempeño de una habilidad determinada).

El entrenamiento en otras habilidades de afrontamiento dentro de una estructura general de entrenamiento en SP ha incluido el entrenamiento en habilidades específicas de autocontrol (p. e., el control sobre los estímulos, el contrato conductual), habilidades de reestructuración cognitiva y de manejo de la ansiedad. Los métodos de instrucción de los programas de entrenamiento en SP han incluido la instrucción verbal, la discusión de grupo, las autoinstrucciones, las demostraciones y ejemplos de solución de problemas (modelado), asignación de ejercicios y tareas para casa en solución de problemas (ensayo conductual), '*role playing'* , ensayo encubierto, *feedback* sobre la ejecución, reforzamiento positivo y modelado. Como vemos prácticamente todas las técnicas han estado y pueden estar disponibles para un entrenamiento en SP. Los procedimientos han incluido el uso de manuales de trabajo, videos y grabaciones de audio. La estructura total del programa ha diferido en variables tales como el número de sesiones, la duración de las sesiones, el tiempo dedicado a las diferentes habilidades de solución de problemas, el tiempo dedicado al entrenamiento en otras habilidades de afrontamiento y el énfasis en los diferentes métodos de enseñanza o instrucción.

En el momento presente hay una falta de datos relevantes para conocer qué variaciones en el entrenamiento en SP dan lugar a un resultado más eficiente del entrenamiento. Un ejemplo de un programa alternativo de entrenamiento en SP es la ciencia personal de Mahoney (1977c).

La Ciencia Personal de Mahoney (1977c) es un acercamiento de autoayuda que adopta una perspectiva cognitivo-conductual amplia con un énfasis en la solución de problemas personales y en una variedad de otras habilidades de afrontamiento. La terapia es vista como un aprendizaje de evaluación cognitivo-conductual y como una intervención orientada a la autodirección. El terapeuta actúa como un consultor o entrenador que tiene como responsabilidad primaria enseñar al cliente cómo evaluar sus propios problemas clínicos, planificar un programa de autodirección apropiado e implementarlo con efectividad. La función del cliente es participar y colaborar activamente en el proceso de cambio de conducta. Mahoney y Mahoney (1976) utilizaron la palabra **Science** para ayudar a los clientes a memorizar los pasos a seguir en el marco de un programa de autocontrol para alcanzar una *ciencia personal* en casos de obesidad, al parecer, con buenos resultados. Los componentes básicos de la ciencia personal de Mahoney (1977c) son:

S Especificar el área general del problema (Specify): ¿Quién dice que esto es un problema?, ¿Qué sentimiento se manifiesta? ¿En qué ámbito o esfera? ¿Requiere una solución urgente? ¿Qué objetivos se persiguen?

C Recoger datos (Collect): estado médico, estado cognitivo, estado afectivo, estado de las habilidades referentes al problema, correlatos físicos, sociales y fenomenológicos y, por último, evaluación del desarrollo del problema.

I Identificar patrones o fuentes (Identify): aspectos atribuibles primordialmente al ambiente físico, al ambiente social, a factores cognitivos y/o a deficiencias de las habilidades.

E Examinar las opciones (Examine). En este examen hay que considerar: (1) Los objetivos potenciales de encuesta que serían las opciones ambientales físicas, sociales y cognitivo-ambientales. (2) Los métodos potenciales de encuesta que serían: estimular, motivar, graduar, imitar y practicar.

N Delimitar y experimentar (Narrow): eliminar opciones irrealizables y menos posibles, seleccionar o consolidar las opciones más viables, ensayar la opción y sus consecuencias, revisar y complementar si fuera necesario.

C Comparar datos (Compare): Buscar cualquier cambio en frecuencia, intensidad o magnitud, duración y modelo.

E Ampliar, revisar y reemplazar (Extend): continuar o extender en caso de que los datos reflejen un grado razonable de progreso, reemplazar si los datos no sugieren ningún cambio o deterioro y atribución de la evaluación, esto es, conocer si los resultados obtenidos están siendo atribuidos a causas personales.

Mahoney (1977a), cuando expone este acercamiento, afirma que, a pesar de la creciente tendencia hacia las perspectivas cognitivas del aprendizaje, las considera todas (incluida la suya) con un optimismo escéptico. El tiempo parece que no nos ha sacado del escepticismo respecto al acercamiento de la ciencia personal.

5. APLICACIONES Y DESARROLLOS RECIENTES DE LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

5.1. SOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.

Como ya hemos recogido diversas áreas clínicas de aplicación del entrenamiento en SP no vamos a insistir aquí en las soluciones que ofrece la SP para los problemas clínicos. Sólo vamos a hacer referencia al desarrollo producido en la resolución de problemas respecto a la toma de decisiones clínicas. Nezu y Nezu (1989, 1993) proponen un modelo de juicio clínico basado en la estructura de la SP. El *clínico* se define en este modelo como el solucionador central del problema. El *problema* es el encuentro con un cliente. Este encuentro es un problema porque el estado actual de un tema determinado presenta una *discrepancia* con el estado deseado por el cliente. El tratamiento representa el intento del clínico por identificar y poner en marcha una *solución* a una

situación problemática. El enfoque sistemático en la toma de decisiones clínicas es aconsejable por tres razones (Nezu, Nezu y Houts, 1993): (a) las diferencias entre clientes y los problemas que presentan se manifiestan a lo largo de muchas dimensiones (demográficas, psicosociales, biológicas) que tienen un impacto significativo en la eficacia del protocolo de tratamiento. (b) cada caso clínico es único, las metas de tratamiento, además, se redefinen a lo largo del tratamiento. (c) existen vicios demostrados en la toma de decisiones y la investigación indica que incluso clínicos bien entrenados no prestan atención a la evidencia que contradice su juicio inicial (Nezu y Nezu, 1989, 1993).

El esquema de SP aplicado a la toma de decisiones clínicas puede considerarse compuesto por cuatro etapas principales relacionada cada una de ellas con una serie de tareas y decisiones clínicas específicas:

La *etapa de selección*: el clínico intenta identificar y resolver las dificultades iniciales, por ejemplo la pobre motivación del cliente o los sesgos del terapeuta.

La *etapa de análisis del problema:* el clínico se dedica a identificar los factores que están relacionados etiológica y funcionalmente con las dificultades del cliente y a articular los objetivos del tratamiento.

La *etapa de diseño del tratamiento:* El clínico intenta identificar estrategias de intervención que tienen una alta probabilidad de conseguir con éxito esos objetivos.

La *etapa de ejecución y evaluación del tratamiento:* el clínico lleva a cabo el tratamiento y evalúa sus efectos

Nezu y otros (1997) defienden el uso del modelo de resolución de problemas para cualquiera de las tareas y de las decisiones tomadas en esas etapas. Como dicen los autores citados el clínico se dedica a distintas tareas de resolución de problemas con el objetivo de hacer un diseño idiográfico y ejecutar un plan terapéutico efectivo para el cliente.

5.2. SOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN CENTROS EDUCATIVOS.

Los programas de entrenamiento en SP en centros educativos, normalmente con niños y adolescentes, pueden agruparse en torno a tres categorías:

1. *Mejora del clima social e intervención ante problemas de conducta*. Kazdin (1995a), tras manifestar que es difícil precisar cómo se desarrolla un tratamiento en este ámbito por tratarse de niños, y, además, por referirse a trastornos de conducta variados presenta las técnicas que se utilizan con más frecuencia (modelado, contingencias de reforzamiento, costo de respuesta, retroalimentación y etiquetado de errores, autoevaluación, menús de recompensas) y una perspectiva general de las 20 sesiones que presenta como suficientes en principio. En otro trabajo Kazdin (1993b) hace una revisión del tratamiento mediante técnicas de SP de la conducta antisocial en niños. Remitimos a él por estar escrito en una revista española.

2. *Programas de prevención*. Trabajando con niños en edad preescolar y con adolescentes Spivack y Shure (1974) encontraron diferencias en la habilidad para resolver problemas en poblaciones normales y desviadas. Las habilidades que se relacionaban consistentemente con el ajuste eran: (1) el pensamiento alternativo (generar múltiples soluciones a un problema). (2) el pensamiento consecuencial (anticipar las consecuencias a corto y largo plazo). (3) el pensamiento medios-fines (capacidad de generar un plan, dirigirse a una meta, reconocer obstáculos y usar un marco temporal adecuado para alcanzarla).

Spivack, Platt y Shure (1976) y Spivack y Shure (1974) han aplicado entrenamiento en estas habilidades a niños utilizando material educativo muy estructurado. Los resultados obtenidos apuntan hacia un éxito relativo por los problemas que presentan los grupos de control utilizados. El popular proyecto *Think aloud* (Camp y Bash, 1981) tiene características similares. Muchos de estos trabajos han sido extendidos a familias (Haley, 1976; Shure y Spivack; 1978) con resultados prometedores.

3. *Desarrollo y estructuración de un pensamiento formal, lógico y científico*. Son programas que insisten en la importancia de facilitar una instrucción sistemática en habilidades para resolver problemas como parte de la educación formal. Destaca el trabajo de Suchman (1969) que evaluó una serie de proyectos que incluyen el entrenamiento en la investigación dentro de las ciencias físicas. En estos programas se enseña a los niños sistemáticamente a formular problemas, a reunir información relevante y a generar y resolver hipótesis. Esta área de aplicación ha adquirido un gran desarrollo también en nuestro país. Trabajos recientes en esta categoría son, por ejemplo, los de Palacios (1992) que enseña a resolver problemas de química a alumnos de COU y Gargallo y Ruiz (1994) que entrenan a niños de octavo de EGB para resolver problemas de matemáticas.

Los logros generales de la solución de problemas en lo que podemos llamar pensamiento instrumental han sido estimulantes. Aunque algunos estudios han presentado diversos problemas metodológicos, su replicación independiente y su convergencia relativamente consistente ha sugerido que se ha producido un impacto válido y a menudo duradero como consecuencia del entrenamiento en solución de problemas. En varias medidas de creatividad, habilidades conceptuales y flexibilidad en la ejecución, el entrenamiento sistemático en solución de problemas junto con el método científico ha conseguido mejoras substanciales en los alumnos. Además la curiosidad y las actitudes personales hacia la actividad de investigación han sugerido que el impacto del entrenamiento puede tener un efecto muy amplio y constante sobre el niño.

Desde las perspectivas del autocontrol y autoinstrucciones, especialmente con niños, se está insistiendo cada vez más en enseñar habilidades metacognitivas (Meichenbaum y Genest, 1980) como verificar, planificar, cuestionar, probar y observar el propio proceso de acercamiento a un problema. La idea es que se aprendan normas de aproximación a tareas interpersonales y sociales. El siguiente ejemplo, tomado de Kendall y Wilcox (1980), TABLA 20.1, ilustra la diferencia entre el entrenamiento específico, con que empezaron los programas de

autoinstrucciones y la aproximación general que tiende a seguirse hoy. Aunque los dos grupos tratados mediante autoinstrucciones fueron superiores, en diferentes medidas de conducta, a un grupo de atención-placebo, el entrenamiento conceptual fue superior, en calificaciones de autocontrol y reducción de la hiperactividad realizada por los profesores, al entrenamiento concreto, y además facilitó la generalización. La literatura parece sugerir que una combinación de los métodos conceptual y concreto puede ser más útil que el uso de cada uno por separado. La adquisición de habilidades elementales puede facilitarse por entrenamientos concretos, siendo el global o conceptual más adecuado cuando éstas están adquiridas.

SITUAR AQUÍ LA TABLA 20.1.

Para enfatizar la necesidad de entrenar a los estudiantes en *cómo pensar* más que en *qué pensar*, Olton y Crutchfiel (1969) sitúan el problema muy suscintamente diciendo que aunque la educación de hoy enfatiza la supremacía del conocimiento, ayuda muy poco a preparar al individuo para adaptarse con eficacia a lo *desconocido*. Muchos de los escolares de hoy pasarán la mitad de la vida en el mundo de lo no-conocido del siglo XXI. Para acoplarse eficazmente con lo no-conocido el individuo debe tener una buena habilidad para pensar. Así una educación que prepare al individuo de hoy para una vida útil y plena en el siglo XXI debe proveerle de una instrucción extensiva y sistemática en el desarrollo requerido para pensar original e independiéntemente al solucionar problemas.

5.3. SOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN LA INDUSTRIA.

Edwards (1968) y Davis (1973) revisaron varias líneas de investigación y evaluación en el uso del entrenamiento sistemático en solución de problemas en la industria. Mientras que la evaluación empírica de estos programas no ha arrojado unos resultados óptimos, su contribución heurística e impacto justifican una breve discusión.

Tres han sido los acercamientos más importantes al entrenamiento en creatividad que han dominado el mercado industrial: el *Brainstorming*, la *Sinética* y la *Biónica*.

El *Brainstorming* es un programa relativamente estructurado desarrollado por Osborn (1963) en el que el mayor énfasis se centra en conseguir un pensamiento flexible. Basado en la asunción de que tanto el criticismo como las decisiones prematuras amenazan la generación de soluciones originales y efectivas, el formato de *Brainstorming* alienta la generación de ideas novedosas, la especulación no suficientemente fundada y los juicios diferidos. Para ello se sugieren cuatro grandes reglas:

1. *Evitar el criticismo*. Se dice a los miembros del grupo que esta regla incrementa su creatividad y que se deben aceptar incluso las sugerencias sorprendentes. Los juicios adversos o negativos sobre una idea son vistos como inhibitorios de la expresión de ideas originales. La crítica constructiva de las soluciones sugeridas se demora para el último estadio de la solución de problemas.

2. *Aceptar el pensamiento libre*. Mientras más rara y original sea una idea mejor. Hay que recordar que es más fácil reprimir una idea que generar ideas originales que apunten alto.

3. *Aceptar la cantidad*. Se presume que la calidad deriva de la cantidad. Mientras mayor sea el número total de ideas, mayor es la probabilidad de que surjan soluciones originales y útiles.

4. *Se pretende la contribución y superación*. Los miembros del grupo son animados a integrar y formular con más precisión las ideas sugeridas.

El acercamiento de *Brainstorming* ha sido adoptado por cierto número de grandes empresas y ampliamente diseminado en los trabajos de formación de personal.

La *Sinética* fue desarrollada por W. Gordon (1961) y enfatiza el uso de procesos analógicos en el pensamiento creativo. Pueden distinguirse tres tipos de analogías utilizadas en el entrenamiento en solución de problemas: directas, personales y fantaseadas. La analogía directa suele implicar resolver un problema con otro paralelo. Davis (1973) cita, por ejemplo, un problema que Gordon y sus colegas afrontaron al tener que diseñar un tejado que fuera capaz de reflejar el calor en verano y absorverlo en invierno. Fue posible sugerir una solución gracias al uso de un método de analogía directa al reconocer que los cambios de pigmentación se encuentran a menudo en algunos animales y por ello dispusieron que el tejado pudiera cambiar de color con las estaciones (blanco en verano para que reflejara el calor, negro en invierno para que lo absorviera). En la *analogía personal* el individuo es instruido para que se imagine él mismo como siendo el objeto del problema. En la *analogía fantaseada* se anima a la fantasía activa y a menudo extravagante.

Un acercamiento similar es el de la *Biónica*, que ha sido descrito como *el uso de prototipos biológicos para el diseño de sistemas fabricados por el hombre*" (Papanek, 1969). Los órganos sensoriales han sido centros populares para la extrapolación. A modo de ilustración, Davis (1973) informa que los sensores infrarrojos extremadamente sensitivos al calor de la serpiente cascabel condujo a la construcción de un misil llamado *Side Winder*, que regularmente sigue la pista del calor despedido por los tubos de escape de los motores de los aviones y es ahí donde suelen explotar.

CAPÍTULO 21. TERAPIAS DE AFRONTAMIENTO.

Autores: Carmen D. Sosa, Conrado M. Viña y Juan I. Capafóns.

1. INTRODUCCIÓN.

Las terapias de entrenamiento en habilidades de afrontamiento se centran en las maneras en que un cliente puede afrontar o responder más efectivamente a un problema dado. Se asume dentro de esta orientación que el problema es un verdadero problema y, para distinguirlas del entrenamiento en habilidades sociales, que la persona dispone de las habilidades necesarias para afrontar la situación. Se considera también que aprender a afrontar el acontecimiento o situación estresante es el método más efectivo para minimizar el malestar subjetivo y maximizar el ajuste personal.

Dentro del procesamiento de la información, la distinción primera entre habilidades de solución de problemas, habilidades sociales y de afrontamiento es que el primer tipo de terapias se centra en la valoración de aspectos del problema, el segundo se centra en valorar aspectos de la persona, mientras que el tercero enfatiza el uso de respuestas adaptativas para el problema que se ha identificado o, lo que es lo mismo, el ajuste persona x situación. Realmente estos tres tipos de terapia son complementarios y no es sorprendente que en la práctica clínica se utilicen formando un paquete de tratamiento.

Las técnicas de afrontamiento fueron diseñadas inicialmente para el tratamiento de la ansiedad, aunque con posteridad se han aplicado a otro tipo de alteraciones. En general, tratan de transmitir al cliente la sensación de que puede llegar a adquirir la capacidad de controlar aspectos que hasta entonces había considerado incontrolables (Avia, 1984). Avia señala como características esenciales de estos procedimientos de afrontamiento, las siguientes: (1) presentación al cliente como métodos activos para el manejo de diferentes situaciones; (2) posibilidad de ser empleados ante los primeros signos de ansiedad; y (3) diseñados para su utilización en la vida real.

Según Salovey y Singer (1991), mientras que los métodos de reestructuración cognitiva implican la identificación y desafío de los sistemas de creencias generales, los programas de entrenamiento en habilidades de afrontamiento se basan en la elicitación de los contenidos específicos de pensamiento que se generan en situaciones estresantes determinadas.

Mahoney y Arnkoff (1978) incluyeron dentro de las terapias de habilidades de afrontamiento el Entrenamiento en el Manejo de la Ansiedad de Suinn & Richardson (1971), el Entrenamiento en Inoculación de Estrés de Meichenbaum (1973a) y la Reestructuración Racional Sistemática de Goldfried (Goldfried, Decenteceo y Weinberg, 1974). Por su parte, M. Pérez (1996a) incluye dentro de los procedimientos de afrontamiento de situaciones (estrés, miedo, pánico, ira o dolor), las siguientes estrategias de intervención: la *Inoculación de Estrés* de Meichenbaum, la *Desensibilización Sistemática de Autocontrol* de Goldfried, el *Modelado Encubierto* de Cautela, el *Entrenamiento en Manejo de la Ansiedad* de Suinn, el *Modelo de Aprehensión Ansiosa* de Barlow y el *Modelo Cognitivo del Pánico* de Clark. En este capítulo nos vamos a

centrar en los dos tratamientos que han despertado mayor interés en la comunidad científica y clínica. Es decir, abordaremos la *Inoculación de Estrés* de Meichenbaum y el *Entrenamiento en Manejo de la Ansiedad* de Suinn.

2. ENTRENAMIENTO EN INOCULACIÓN DE ESTRÉS (EIE).

Según Janis (1983) las raíces del término *Inoculación de estrés* se encuentran en la denominación de un curso que el ejército americano aplicaba a sus soldados en 1943 (al que llamaban *battle inoculation*). Posteriormente en 1951 y 1958, este autor basándose en su experiencia en desarrollar técnicas para el afrontamiento de la ansiedad generada por las intervenciones quirúrgicas, propuso el término *Inoculación emocional*, como una forma de prevenir reacciones traumáticas y ayudar a la gente a afrontar de manera más efectiva cualquier tipo de ansiedad anticipatoria. No obstante, el propio autor reconoce que el término *Inoculación de estrés* es más apropiado que el suyo. Éste fue introducido por primera vez por Meichenbaum y Cameron en 1972. Tres años después, Meichenbaum, Turk y Burnstein (1975) esbozaron varias líneas maestras para el desarrollo de un programa de habilidades de afrontamiento que serían incorporadas, finalmente, en la obra de Meichenbaum (1977) donde ya se desarrollaba el procedimiento como tal.

En un principio, este procedimiento fue aplicado para prevenir las consecuencias psicológicas dañinas de la exposición a situaciones estresantes tales como: desmoralización, fobias y trastornos psicosomáticos, centrándose para ello en las habilidades cognitivas y de relajación. Con el tiempo, el EIE ha pasado a aplicarse como una estrategia terapéutica para intervenir sobre clientes que ya sufren trastornos relacionados con el estrés, paliando o eliminando la sintomatología. Y ya en la actualidad al EIE se le considera, no como una técnica aislada, sino como un modelo general de tratamiento consistente en un plan de adiestramiento semiestructurado y clínicamente sensible (Meichenbaum, 1987).

2.1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

La idea fundamental que inspiró la creación y posterior desarrollo de la técnica de *Inoculación de Estrés*, proviene del principio de la inoculación médica contra la enfermedad (Meichenbaum, 1988). Así como en medicina se utiliza la inoculación con el objeto de preparar al organismo para enfrentarse adecuadamente a la enfermedad, la estrategia creada por Meichenbaum pretende enseñar a la persona un conjunto de habilidades que le capaciten para enfrentarse con éxito a los problemas que le surjan en la vida diaria. En medicina, las vacunas consisten en virus o bacterias en dosis pequeñas o atenuadas en cuanto a la virulencia de su acción nociva, una de las habilidades que trata de transmitir el terapeuta al cliente con la inoculación de estrés, consiste en la parcelación o dosificación del evento estresante en pequeñas fracciones que resulten más manejables, de manera que la persona aprenda a enfrentarse con éxito a situaciones de estrés moderado y sea capaz de generalizar luego este aprendizaje a situaciones de estrés más intenso.

El EIE emplea un modelo de amplio espectro para la comprensión y el tratamiento de los problemas. Se centra en las relaciones de interdependencia que ocurren entre distintos tipos de variables: afectivas, fisiológicas, conductuales, cognitivas y socio-ambientales. Además, este modelo no presupone una centralidad ni una influencia causal primaria de ninguno de los factores señalados (Deffenbacher, 1995). Según Meichenbaum (1997), el EIE surgió al intentar la integración de los resultados obtenidos al investigar el papel de los factores tanto cognitivos como afectivos en los procesos de afrontamiento, con técnicas que surgían de la modificación cognitiva del comportamiento.

Se fundamenta sobre todo en dos aportaciones teóricas fundamentales: el modelo transaccional de Lazarus (Lazarus, 1966; Lazarus y Folkman, 1986) y el modelo de afrontamiento de Murphy (1962). De este último modelo, que proponía una gran variedad de estrategias de afrontamiento para los niños, Meichenbaum adoptó el sistema de fases de aproximación a los estímulos ansiógenos.

En cuanto al modelo de Lazarus, podemos afirmar que antes de que éste se planteara, el estrés era considerado o bien como una entidad separada del individuo que provocaba malestar (estímulo), o bien como el malestar mismo (respuesta). La novedad introducida por Lazarus fue la conceptualización del estrés como el resultado de una transacción entre la persona y su ambiente. Es decir, el estrés es un concepto relacional que está mediado por procesos cognitivos como el de la valoración. Se trata de un concepto dinámico, cambiante, y bidireccional entre la persona y el entorno (Lazarus y Folkman, 1986). Esta aportación se ve reflejada en la conceptualización de Meichenbaum sobre las respuestas de miedo o cólera. Según él, estas respuestas son el fruto de la interacción entre dos elementos diferentes. Por una parte, se alcanza un elevado estado de activación fisiológica y, por otra, se pone en marcha un proceso de atribución que interpreta cognitivamente la situación como amenazante y atribuye la activación fisiológica al miedo o a la cólera. Desde este enfoque se define el afrontamiento como *aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo* (Lazarus y Folkman, 1984).

Meichenbaum considera que su modelo constituye un paradigma de tratamiento (Meichenbaum y Cameron, 1983). Afirma que el EIE ha ejercido una gran influencia sobre la estructura de las estrategias de intervención que han surgido con posterioridad en terapia de conducta, especialmente sobre aquellas que se enmarcan en la perspectiva cognitivo-conductual.

2.2. PROCEDIMIENTO.

El estilo del EIE va en la línea fundamental de trabajar con el cliente, hacer de él un colaborador. Se trata de convertirlo en un aliado en la recogida de la información que se necesite para el tratamiento, de facultarlo en la detección de las mínimas señales de estrés. Con todo ello, se consigue que sea capaz de interrumpir estos brotes incipientes de malestar y que modifique su línea de conducta por otra más adaptativa, que favorezca la reducción del estrés en vez de su intensificación.

Como hemos señalado, más arriba, el paradigma de *Inoculación de Estrés* queda formado por tres fases claramente diferenciadas: *de conceptualización*, *de adquisición y ensayo de habilidades* y, finalmente, *de aplicación y consolidación de las mismas*. A continuación pasamos a describir de manera resumida las fases del procedimiento planteadas por Meichenbaum (1987).

1. **Fase de conceptualización o educativa**. Meichenbaum concede una gran importancia a la relación cliente-terapeuta en el EIE,, asumiendo los principios humanistas de aceptación, comprensión y aprecio. Insiste en la conveniencia de mantener un trato exquisito y de consideración extrema hacia el cliente para que éste pueda revelar con más comodidad la información delicada, y sienta la situación terapéutica bajo su control. En el EIE, el terapeuta plantea la búsqueda de información como una labor de investigación en la que ambos, cliente y terapeuta, trabajen juntos como detectives, para alcanzar una mejor comprensión de todos los aspectos relevantes del problema. El terapeuta actúa de forma más socrática que didáctica y expone sus ideas siempre a título experimental para favorecer que el cliente se exprese libremente. Todo ello contribuye a facilitar la eliminación de las posibles resistencias del cliente al cambio terapéutico. Esta primera fase se compone de dos partes importantes:

Recogida e integración de los datos. En este clima terapéutico se lleva a cabo la entrevista. Se persigue la definición del problema, concretando su naturaleza, su gravedad, su nivel de generalización (duración y su grado de extensión a distintos ámbitos: casa, trabajo, etc.). También se intenta llevar a cabo un acercamiento a los procesos etiológicos responsables del inicio y mantenimiento del problema (antecedentes y consecuentes), sin olvidar los factores que están contribuyendo a su intensificación o alivio. Asimismo, se solicita del cliente que sugiera nuevas vías de búsqueda de información acerca de su problema, y que plantee posibles soluciones al mismo.

Toda esta información obtenida mediante la entrevista, se puede confirmar o ampliar con la administración de pruebas psicológicas, evaluaciones conductuales, autorregistro y la técnica denominada *recuerdo mediante imágenes*, que consiste en revivir mentalmente experiencias de estrés concretas para la detección de pensamientos, sentimientos, aspectos situacionales, etc. que se relacionan con ellas. En cuanto al autorregistro debemos destacar que este enfoque insiste sobre la idea de que terapeuta y cliente deben llegar a ser colaboradores con una mentalidad científica que insista en la comprobación de las hipótesis compartidas por el equipo de trabajo que forman, no sólo para llevar a cabo el autorregistro, sino como

estrategia general para todo el programa. Dentro de este marco de colaboración se debe hacer protagonista al cliente pidiéndole que sugiera posibles estrategias para detectar las variables que influyen sobre su problema, teniendo en cuenta que nunca deben solicitarse al cliente metas o tareas que le resulten excesivamente difíciles.

El terapeuta debe comprobar que el cliente ha comprendido todas las instrucciones (por ejemplo, invirtiendo los papeles para que lo explique el cliente). Para lograr la realización de todos los autorregistros, es conveniente que el terapeuta prevea su posible incumplimiento, examinando las posibles dificultades concretas que le puedan surgir al cliente a la hora de llevarlos a cabo.

Proceso de reconceptualización. Tras la recogida de toda la información pertinente, se lleva a cabo un proceso de reconceptualización del problema del paciente. Se pretende modificar aquí el esquema conceptual del problema con el que el paciente acudió a la terapia, sustituyéndolo por otro más adecuado. El modelo explicativo que se proporciona al paciente debe integrar toda la información aportada, y ayudar al paciente a comprender que los estímulos estresantes y los síntomas que padece están mediados por procesos de interpretación. Con ello, el paciente puede constatar que sus problemas son susceptibles de ser acometidos con éxito.

2. **Adquisición de habilidades y fase de ensayo**. Una vez completada la fase anterior, se comienza a entrenar en aquellas habilidades en las que el cliente posee menos dominio o de las cuales carece por completo. La investigación no ha aportado datos suficientes como para establecer un orden prefijado de adquisición de nuevas habilidades. No obstante, el autor menciona que en la práctica del EIE, se suele comenzar por *el entrenamiento en relajación*, cuya necesidad debe surgir del proceso de conceptualización. La relajación debe presentarse al cliente como una herramienta activa para afrontar el estrés complementando la relajación muscular con actividades físicas. Así mismo, se recomienda aprovechar las estrategias que, según la experiencia personal del cliente, puedan resultar de utilidad.

Del proceso de reconceptualización se extrae que los pensamientos e imágenes influyen o determinan las reacciones de estrés, por ello se deben utilizar estrategias cognitivas, como la *reestructuración cognitiva*, la *resolución de problemas* y el *entrenamiento autoinstruccional*.

Respecto a la primera, la *reestructuración cognitiva* se basa en la terapia cognitiva de Beck. Se utiliza la evocación e interpretación de acontecimientos por parte del cliente, la recogida de pruebas a favor y en contra de estas interpretaciones y la elaboración de experimentos personales, idea que se recoge del concepto de *empirismo colaborador* de Hollon y Beck (1979), tomando las conclusiones del cliente como hipótesis que han de ponerse a prueba.

En cuanto al procedimiento de *resolución de problemas*, dentro del EIE, Meichenbaum se basa en autores como D'Zurilla y Nezu (1982) o Goldfried y Davison (1976). El desarrollo de las técnicas de solución de problemas puede verse en el capítulo 20.

Finalmente, por lo que respecta al *entrenamiento autoinstruccional*, se pretende preparar al cliente para enfrentarse a los estresores y afrontarlos con éxito. Esto se lleva a cabo utilizando estrategias cognitivas específicas consistentes en frases preparadas de antemano para afrontar el estresor. Meichenbaum insiste en las diferencias existentes entre este autodiálogo dirigido y otros métodos con los que guarda alguna semejanza. Así, no se utilizan autofrases de dudosa credibilidad como las empleadas en el *pensamiento positivo*; ni se deben memorizar pensamientos y repetirlos de forma mecánica como proponía Coué. Lo que persigue el EIE es la adopción de una postura de resolución de problemas, y que el cliente colabore en la elaboración de afirmaciones adecuadas a la fase de afrontamiento en la que se encuentra: preparación previa al enfrentamiento con el estresor; confrontación con el mismo; afrontamiento de las dificultades que surjan en la confrontación y, finalmente, valoración de los esfuerzos de realizados y, en su caso, autorreforzamiento.

3. **Fase de aplicación y consolidación**. Una vez que se han entrenado las habilidades necesarias, es el momento en el que se introduce al cliente en la fase de *aplicación y consolidación* de las mismas. En esta fase debe realizarse un recorrido gradual, que lleve al cliente del ensayo en la imaginación a la aplicación en la situación real. Un factor importante en el EIE es la prevención de recaídas que debe considerar la identificación y tratamiento de los factores que podrían contribuir a la recaída. Meichenbaum incluye en su procedimiento ejercicios de *recaída programada* para aumentar la sensación de autoeficacia en el cliente. De cara a la consolidación de las ganancias terapéuticas se recomienda el espaciamiento de las sesiones, con la inclusión de sesiones de seguimiento, y la comunicación al cliente de la permanente disponibilidad del terapeuta en caso de necesidad.

2.3. APLICACIONES Y EFICACIA DEL ENTRENAMIENTO EN INOCULACIÓN DE ESTRÉS.

El EIE ha sido una de las estrategias terapéuticas que más se ha aplicado e investigado en las diversas áreas de intervención. Abarcar toda la amplia gama de estudios realizados sería una tarea ingente que desbordaría los objetivos pretendidos. Por lo tanto, vamos a limitar la exposición a afirmar que, en general, es una estrategia que ofrece resultados positivos.

Cuando se realiza una revisión más o menos exhaustiva de la bibliografía existente acerca de la eficacia del EIE, se puede comprobar que el número de estudios que aportan datos a favor de la eficacia de este procedimiento resulta abrumador. Tanto es así, que el propio autor de la técnica (Meichenbaum, 1997)

ha necesitado resumir en cuatro grandes áreas de aplicación los estudios que apoyan la eficacia del EIE. Éstas áreas son las siguientes:

1. *Estresores intensos de corta duración* en áreas tales como la preparación para las revisiones médicas, cirugía y evaluación de la ejecución (competición atlética, hablar en público, etc.).
2. *Estresores episódicos de larga duración* tales como combates militares y condiciones físicas episódicas (dolores de cabeza recurrentes).
3. *Estresores prolongados* tales como una enfermedad, estrés laboral prolongado (trabajo de policía, enseñanza, etc.).
4. *Problemas subsecuentes a la exposición a sucesos estresantes* (desastres naturales, violaciones, desempleo, divorcio).

Sin embargo, como afirman Muñoz y Larroy (1995), muchos autores han mostrado cierto escepticismo avalado por algunos datos, respecto a dos cuestiones que necesitan ser investigadas con más profundidad para llegar a su esclarecimiento. La primera de ellas, hace referencia a la eficacia del EIE en comparación con otras técnicas más económicas en cuanto a tiempo, esfuerzo y complejidad. La segunda, alude a la eficacia diferencial de cada una de las fases del programa. En líneas generales, nos encontramos ante un paquete terapéutico donde la flexibilidad es su mayor virtud y defecto. Virtud, por cuanto advierte de la necesidad de adaptarse a las peculiaridades del cliente y su trastorno, defecto por cuanto no da claras directrices de cómo aplicar dicha flexibilidad, dejando para el terapeuta la mayor cota de responsabilidad a la hora de tomar decisiones. De ahí que, en la actualidad, surjan programas de entrenamiento en habilidades de afrontamiento que intenten fomentar una guía más pautada para el terapeuta en función de grupos de pacientes (enfermos crónicos, profesionales de alto riesgo, estrés interpersonal, etc.). Un buen ejemplo es el trabajo realizado por Sosa y colaboradores en la Universidad de La Laguna con pacientes oncológicos donde se estipula un número concreto de sesiones con un contenido maestro por sesión (técnicas de relajación, expresión de emociones, estrategias de planificación vital, técnicas de comunicación, eficacia personal y solución de problemas), dejando un margen de intervención en función de lo que pueda acaecer durante la sesión particular.

3. ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE LA ANSIEDAD (EMA).

3.1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

El entrenamiento en el manejo de la ansiedad (Sipprelle, 1967; Suinn y Richardson, 1971) surgió para llenar el vacío existente en el área de los tratamientos de los problemas de ansiedad generalizada. Esta necesidad se debía a la insuficiencia demostrada por la DS, tanto desde el punto de vista teórico como procedimental, para hacer frente a este tipo de problemas. Ante este tipo de ansiedad no específica, la

estrategia ideada por Wolpe (1958) no resultaba eficaz por la dificultad, y muchas veces imposibilidad, de generar una jerarquía de estímulos o situaciones ansiógenos específicos. En su trabajo inicial, Suinn y Richardson (1971) señalaban algunas deficiencias relacionadas con el procedimiento de Wolpe. Una de ellas era el excesivo tiempo dedicado a la elaboración de distintas jerarquías para cada uno de los problemas presentados por el cliente, con el consiguiente alargamiento de la duración del tratamiento. Otra aludía a la ausencia de estrategias de afrontamiento generales encaminadas a la preparación de los clientes para afrontar con eficacia futuros problemas. Estas limitaciones condujeron a los autores a desarrollar una aproximación *no específica* para el control de la ansiedad que fuera de corta duración y proporcionara una estrategia general de afrontamiento.

Dado lo difuso de los estímulos que desencadenan la ansiedad generalizada, el procedimiento consiste en enseñar al cliente a prestar atención a los primeros indicios claros de una respuesta de ansiedad. Esta técnica, a diferencia de la DS, se basa más en el trabajo con la experiencia de ansiedad en sí misma, que con las situaciones que la disparan. Por ello, según los autores de este procedimiento, el cliente puede alcanzar el control de sus estados de ansiedad con independencia de que sea o no capaz de llegar a la determinación de las causas de tales estados.

En un principio el EMA se fundamentó en la teoría del impulso sobre la ansiedad. De este último constructo se presentaba una doble conceptualización. Por una parte, la ansiedad suponía una respuesta a estímulos externos e internos. Por otra parte, una vez que la ansiedad aparecía adquiría propiedades estimulares que influían sobre las respuestas posteriores. Es decir, las respuestas autonómicas asociadas con la ansiedad actuaban como señales que desencadenan y contribuyen a mantener la conducta de evitación. Dada esta conceptualización del problema, los clientes pueden ser entrenados para responder a estas claves o señales discriminativas con estrategias que eliminen la ansiedad a través de un proceso de inhibición recíproca (Suinn y Richardson, 1971). En el EMA se provocan las respuestas de ansiedad para ofrecer la oportunidad de su interrupción con respuestas de relajación (Suinn, 1993). Por lo tanto, según señalan Suinn y Deffenbacher (1988), la formulación inicial se basaba en los principios del aprendizaje, y conceptualizaba la ansiedad como un estado de impulso, postulando que era posible el aprendizaje de determinadas conductas para eliminarlo.

Por consiguiente, el EMA se orienta a la identificación de las primeras señales de ansiedad para poner en práctica conductas adaptativas que tienen como objetivo disminuir la respuesta de ansiedad. Para conseguirlo, se utilizaba la relajación y otras respuestas incompatibles, aunque posteriormente se abandonó el uso de estas últimas debido sobre todo a la mayor facilidad que suponía el uso de la relajación. En un principio, este método suponía un procedimiento de exposición en vivo a los propios estímulos interoceptivos que suelen generarse en la ansiedad generalizada, trastorno que carece de estímulos exteroceptivos identificables (M. Pérez, 1996a). Posteriormente, a mediados de la década de los sesenta, el

EMA se reconceptualizó como una estrategia de autocontrol. Por su parte, autores como Kanfer (1980) lo encuadran entre los procedimientos de autogestión junto a la desensibilización autodirigida y la reestructuración racional sistemática.

3.2. PROCEDIMIENTO.

A la hora de desarrollar el procedimiento del EMA vamos a seguir el formato general diseñado para el tratamiento individual de la ansiedad generalizada descrito por Suinn y Deffenbacher (1988). No obstante, hay que señalar que el procedimiento también se ha aplicado en un formato de grupo.

El EMA es un programa estructurado fundamentalmente en cinco sesiones básicas. Sin embargo, el número total de sesiones puede variar en función del progreso que vaya experimentando el cliente. Se trata de un procedimiento que se basa fuertemente en la imaginación, tanto para evocar las situaciones elicitadoras de ansiedad como para utilizarla como potenciador de la relajación, imaginando situaciones especialmente tranquilizadoras para el cliente.

Como se ha señalado más arriba, el EMA tiene como metas fundamentales el aprendizaje de las dos habilidades siguientes: (1) la detección de las primeras señales indicadoras de ansiedad. (2) la puesta en práctica de manera inmediata de los procedimientos de relajación aprendidos para la eliminación de la ansiedad, una vez se han detectado estas señales iniciales de ansiedad.

La **Primera sesión** implica cuatro pasos:

1. *Justificación teórica de la técnica para el cliente.* El EMA se presenta al cliente como una estrategia terapéutica que supone el entrenamiento en dos aspectos básicos. Primero, en la identificación de los primeros signos de ansiedad y, segundo, en la utilización de diferentes procedimientos de relajación para eliminarla. Además, se le informa de que una vez domine la relajación, utilizará su propia imaginación para autoinducirse ansiedad con objeto de eliminarla con el empleo de esas técnicas. Finalmente, se insiste en que, como todo entrenamiento, el EMA se sustenta en la práctica continua y sistemática, por lo cual la práctica en casa es esencial para el éxito de todo el procedimiento.
2. *Desarrollo de escenas de relajación.* La escena de relajación debe describir una situación real que se encuentre asociada con sentimientos de calma o tranquilidad y que incluya información sensorial suficiente para la representación vívida de la misma.
3. *Entrenamiento en relajación.* Utiliza el procedimiento típico del método de relajación muscular profunda de Jacobson (1938). Una vez relajado el cliente, se le indica que imagine la escena de relajación del paso anterior para incrementar la profundidad de la misma.
4. *Asignación de tareas para casa*. Tanto al terminar esta primera sesión como en la

finalización de las siguientes, al cliente se le asignan tareas para que practique en el período intersesiones los ejercicios realizados en la consulta. Asimismo, al final de cada sesión, se comprueba el grado de adquisición de las habilidades trabajadas.

Por lo que respecta a esta primera sesión, debe practicar la técnica de Jacobson cinco de los siguientes siete días sin la escena relajante. Además, debe realizar registros diarios tanto de la práctica de la relajación como de las experiencias estresantes. Ayuda a la realización de los registros facilitar a los clientes hojas que recojan los apartados que aparecen en la TABLA 21.1.

TABLA 21.1.

INFORMACIÓN RECOGIDA EN LAS HOJAS DE REGISTRO QUE DEBEN CUMPLIMENTAR LOS CLIENTES.

Registro de relajación

Día y hora de la práctica	Ansiedad Antes (0-100)	Ansiedad después (0-100)	Áreas fáciles de relajar	Áreas difíciles de relajar

Registro de estrés

Día y hora	Situación estresante	Nivel de estrés (0-100)

Segunda sesión. Esta sesión y las sesiones siguientes, comienzan con el examen del trabajo realizado por el cliente y con la evaluación del progreso que éste haya ido experimentando. Además, se

analizan las posibles dificultades que le hayan podido surgir a la hora de realizar las tareas asignadas. Tras la revisión de tareas mencionada, se comienza con la sesión propiamente dicha que, como la primera, implica cuatro pasos:

1. *Identificación de una escena de ansiedad.* Se solicitan al cliente escenas reales de su vida que sean capaces de evocar en él niveles de ansiedad medios (60 USAs). Hay que destacar que las escenas adecuadas no deben incluir elementos que supongan evitación o escape.

2. *Relajación.* En esta fase el terapeuta que dirige el EMA da instrucciones de relajación al cliente sin el empleo del componente de tensión del procedimiento de Jacobson. Tras veinte minutos de relajación, el cliente debe imaginar la escena relajante.

3. *Activación de la ansiedad y relajación.* Una vez relajado el cliente se procede a elicitar la ansiedad a través del empleo de la escena ansiógena seleccionada. Después de 10 ó 15 segundos de imaginación de esta escena, ésta se retira y se introduce la escena relajante. Esta secuencia se repite durante toda la sesión, con la diferencia de que la *vivencia* de la escena ansiógena debe mantenerse durante 20 a 30 segundos las veces siguientes.

4. Tar*eas para casa*. Se solicita al cliente que practique, al menos una vez al día, la relajación fuera de su casa en situaciones de su vida cotidiana que supongan niveles muy bajos de ansiedad (por ejemplo, en la guagua, en una sala de espera).

Tercera sesión. En esta sesión se añaden dos nuevos pasos a los cuatro de la sesión anterior.

1. *Relajación iniciada por el cliente.* A diferencia de las sesiones precedentes, en esta sesión el cliente se relaja por sí sólo utilizando los recursos aprendidos. En este caso, el terapeuta se limitará a esperar la señal que le indique que el cliente ha conseguido relajarse, y cambiará al siguiente paso.

2. *Activación de la ansiedad.* El terapeuta solicita al cliente que imagine la escena ansiógena y, una vez logrado un nivel de ansiedad de 60 USAs, se continúa con el punto tres.

3. *Atención a los síntomas de ansiedad.* Se dan instrucciones al cliente para que centre su atención sobre sus propias manifestaciones de ansiedad (fisiológicas, motoras y cognitivas).

4. *Vuelta a la relajación.* En este caso, el terapeuta vuelve a tomar el control y describe al cliente los detalles de la escena relajante.

5. *Repetición del ciclo.* Se practica la secuencia *activación de la ansiedad-atención a los síntomas de ansiedad-vuelta a la relajación* (este ciclo se repite de tres a cinco veces).

6. *Tareas para casa.* Debe continuarse con la práctica de la relajación, incrementándose ligeramente el nivel ansiógeno de las situaciones en las que se practica. Además, debe añadirse a los registros de estrés una columna de *resultados del afrontamiento* (también en una escala de 0 a 100).

Cuarta sesión. Esta sesión implica la innovación de localizar una escena ansiógena de 90 USAs,

que se alternará con la escena ansiógena de 60 USAs utilizada en las sesiones anteriores. En caso de que ésta haya perdido capacidad ansiógena se identificará otra nueva situación del mismo nivel. Además, en esta sesión el cliente gozará de mayor autonomía a la hora de decidir cuando dar por finalizada la escena ansiógena y comenzar la relajación. La asignación de tareas para casa de las sesiones precedentes se complementan, en esta sesión, con el chequeo rutinario por parte del cliente de las señales de aviso tempranas de ansiedad y el inicio de las estrategias de afrontamiento en caso necesario. Estas actividades se llevan a cabo varias veces al día, teniendo en cuenta o bien el momento (mañana, mediodía, tarde y noche), o bien determinadas actividades ansiógenas que experimenta el cliente.

Quinta sesión. Una vez el cliente ha practicado y comenzado a dominar la técnica, es conveniente que el cliente asuma, finalmente, todo el control y sea quien marque las pautas del desarrollo de la sesión. El terapeuta, por su parte, se limitará a indicar la activación de las escenas ansiógenas. Por lo tanto, la sesión comenzará relajándose el cliente por sí mismo, advertirá al terapeuta una vez lo haya conseguido, éste le indicará la activación de la escena y el cliente pondrá en marcha las estrategias de relajación en caso de notar tensión, manteniendo presente la escena en su imaginación. Como en la sesión anterior, se alternarán escenas de distinto nivel ansiógeno (de 60 y 90 USAs).

El formato de esta quinta sesión se repite, en caso necesario, hasta que el cliente logra un dominio completo de la técnica. Lo más frecuente es que esta sesión se repita alrededor de dos veces más, cambiando las escenas ansiógenas en caso de que hayan perdido su capacidad para elicitar ansiedad. Finalmente, se propone al cliente la realización de una prueba en vivo para comprobar la mejora experimentada.

3.3 APLICACIONES.

Dobson (1988b) ha señalado que el EMA ha permanecido como una técnica cognitivo-conductual más bien oscura debido a la carencia de estudios experimentales llevados a cabo para esclarecer la eficacia de la misma. Sin embargo, existen algunos estudios que aportan datos esperanzadores que pasamos a describir a continuación.

Aunque este procedimiento fue diseñado para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada también ha mostrado eficacia frente a problemas de ansiedad más circunscritos.. Así, se ha mostrado más eficaz que los grupos de control frente a la ansiedad ante los exámenes (Deffenbacher y Shelton, 1978; Richardson y Suinn, 1973; Suinn y Richardson, 1971). Además, en estos estudios el EMA se equiparó en eficacia a la DS. En el estudio realizado por Deffenbacher y Shelton también se tomaron medidas de ansiedad-rasgo, viéndose que el EMA era superior a la DS a la hora de disminuir esta variable. El EMA se ha comparado también con la DS de autocontrol para el tratamiento de la ansiedad generalizada y la ansiedad ante los exámenes (Deffenbacher y otros, 1980). En este estudio, el EMA se mostró superior al grupo control

y equivalente a la DS de autocontrol. Otro grupo de trabajo (Hutchings y otros, 1980), observó que el EMA era eficaz para la reducción de los niveles autoinformados y fisiológicos de la ansiedad general. Las ganancias terapéuticas se extendieron a la reducción del neuroticismo y de la variable ansiedad-estado. Estos resultados se mantuvieron en el seguimiento realizado un año más tarde. Todos los estudios anteriormente citados se llevaron a cabo con estudiantes universitarios. No ocurrió lo mismo con Cragan y Deffenbacher (1984), quienes encontraron resultados similares a los anteriores con pacientes ambulatorios que habían recibido el diagnóstico de ansiedad generalizada.

Según Suinn y Deffenbacher (1988) el EMA puede ser el tratamiento de elección de las personas cuyo problema principal sea la tensión y la ansiedad. Pero añaden que puede resultar de utilidad como componente de un programa terapéutico más amplio para otros problemas como la ira (Deffenbacher, Demm y Brandon, 1986), el patrón de conducta tipo A (Kelly y Stone, 1987), y la fobia social (Butler y otros, 1984).

Para finalizar este apartado dedicado a la técnica creada por Suinn y Richardson, podemos hacer referencia a las palabras de Deffenbacher (1997), quien concluye de manera un tanto optimista, que el EMA es una estrategia terapéutica *sólida y bien establecida* (p. 246), con numerosos estudios publicados que la avalan.

CAPÍTULO 22. EL ENTRENAMIENTO AUTOINSTRUCCIONAL (EAI) DE MEICHENBAUM.

1. INTRODUCCIÓN.

El énfasis específico que Meichenbaum pone en la teoría del aprendizaje cognitivo se desarrolló a partir de su tesis doctoral, elaborada en 1969, varios años después de que en 1963 se encontrara con Ellis y se interesara por la Terapia Racional Emotiva. En su trabajo de tesis doctoral entrenó a esquizofrénicos hospitalizados para que emitieran un *habla sana* mediante condicionamiento operante y también para que los efectos positivos se generalizaran a una entrevista de seguimiento. Lo que impactó a Meichenbaum fue que durante la entrevista los pacientes verbalizaban espontáneamente las instruciones experimentales tales como *Habla de forma sana; se coherente y pertinente.* Era como si las instrucciones estuvieran mediando en ese momento la generalización observada en su conducta verbal. Esto llevó a mantener el interés de Meichenbaum en el papel de las autoafirmaciones para guiar la conducta humana, especialmente en el área de la adquisición de habilidades y solución de problemas. Otro trabajo importante y conocido en entrenamiento en autoinstrucciones es el llevado a cabo por Meichenbaum a finales de los años 60 con niños hiperactivos y agresivos. Esta preocupación de Meichenbaum por el papel del lenguaje como controlador de la conducta motora (Meichenbaum, 1969, 1975a; Meichenbaum y Goodman, 1969a, 1969b, 1971) surge de los estudios de autores soviéticos como Luria y

Vygotski y, más tarde, de los trabajos de Piaget, aunque la función e importancia de los *monólogos privados* en el hecho de experimentar emociones y regular la actividad ha sido reconocida a lo largo del tiempo y durante siglos (Mahoney, 1974). Mahoney recoge en apoyo de esta afirmación una serie amplia de referencias a los trabajos, principalmente de laboratorio, en que queda patente la importancia de las autoafirmaciones para mejorar el estado de ánimo.

El EAI de Meichenbaum es concebido por Hollon y Beck (1986) como corrector de déficits en el procesamiento de la información. Se fundamenta en los procesos de ensayo guiado, en la repetición, como un medio de introducir y consolidar las cogniciones mediadoras cuando éstas están ausentes. Dobson (1988b), en el continuo que establece entre los enfoques terapéuticos que se centran en los determinantes internos *versus* externos del cambio, sitúa este procedimiento entre el condicionamiento encubierto y la terapia de solución de problemas. Vallis (1991), por su parte, tras afirmar que las terapias cognitivas relacionadas con los modelos conductuales se caracterizan por ser altamente estructuradas, didácticas y educativas, las presenta también separadas de las terapias de reestructuración cognitiva como nosotros hemos preferido hacer aquí.

2. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN.

El entrenamiento autoínstruccional se trata de una técnica cognitiva de cambio de comportamiento en la que se modifican las autoverbalizaciones (verbalizaciones internas o pensamientos) que un sujeto realiza ante cualquier tarea o problema, sustituyéndolas por otras que, en general, son más útiles para Ilevar a cabo la tarea. Estas nuevas instrucciones, que el propio sujeto se da a sí mismo, coinciden en gran parte con la secuencia de preguntas de la técnica de solución de problemas» (D'Zurilla y Goldfried, 1971). Meichenbaum (1977) incluye, además, instrucciones de autorrefuerzo para todas aquellas *respuestas* tendentes a la solución del problema, o autoinstrucciones de afrontamiento ante el fracaso (autocorrección), en el caso de que se produzca un error.

El objetivo es que el sujelo introduzca, inicialmente, un cambio en sus autoverbalizaciones para que, finalmente, se modifique su comportamiento manifiesto, esto es, para que alcance una mejora en su nivel de habilidad en una tarea, aumente el nivel de autocontrol de su comportamiento, o llegue a la solución de un problema.

Antes de seguir adelante creemos conveniente definir qué son las autoinstrucciones. Aunque no existen definiciones claras del término, vamos a realizar algunas precisiones. En primer lugar las autoinstrucciones hacen referencia al lenguaje, a *lo que uno se dice a sí mismo* frente a las instrucciones que dan los demás. Hacen referencia a las cogniciones en forma de lenguaje dejando aparte las imágenes.

No obstante, hay que señalar que las autoinstrucciones no se refieren a todas las cogniciones en términos de *lenguaje interno*, sino a las verbalizaciones internas que acompañan a la actividad del sujeto. Son instrucciones u órdenes que se da la persona a sí misma para dirigir su actuación. Estas verbalizaciones son coherentes con la propia actuación del sujeto. Por ejemplo, *voy a ponerme a trabajar*, *No puedo seguir corriendo*, *Voy a alcanzarlo*, serían autoinstrucciones que la persona se daría justo antes de iniciar la actuación, y se supone que podríamos cambiar el comportamiento del sujeto mediante un procedimiento de cambio de sus propias verbalizaciones. La técnica descrita por Meichenbaum tiene como objetivo este cambio.

Se supone, como veremos mas adelante, que, en la medida en que los sujetos se enfrentan con tareas más complejas, en las que es complicado manejarse o no saben cómo actuar, las verbalizaciones internas, las autoinstrucciones, se hacen más patentes. Es decir, el pensamiento, que en otros momentos podría parecer rápido o automático, ahora se enlentece y se transforma en lenguaje que guía con cuidado la actuación del sujeto. Este lenguaje interno o autoinstrucciones, a través del cual el sujeto se habla a sí mismo, es un mecanismo que puede, en determinadas ocasiones, ayudar al sujeto a encontrar la solución o a actuar de manera más eficaz.

Considerado de esta forma, el objetivo del entrenamiento en autoinstrucciones no es otro que enseñar correctamente un tipo general de instrucciones que puedan facilitar al sujeto una rápida y eficaz actuación, teniendo en cuenta sus características personales.

3. FUENTES DEL ENTRENAMIENTO AUTOINSTRUCCIONAL.

La posición de Meichenbaum respecto a cómo adquieren las personas el control de su propia conducta deriva de dos fuentes principales: (1) de la Terapia Racional Emotiva de Ellis (1970) y su énfasis sobre el autodiscurso irracional como causa de las alteraciones emocionales y (2) de la teoría de psicólogos evolutivos rusos (Luria, 1961; Vygotsky, 1962),.

Luria propone una teoría según la cual el control de la conducta voluntaria en niños se adquiere en tres etapas. En la etapa primera el control se ejerce por la conducta verbal de otras personas (por ejemplo, los padres). Los adultos en esta etapa, a través del lenguaje o de la instigación, controlan la iniciación e inhibición de conductas. En una segunda etapa, los niños guían, en gran parte, su conducta a través de sus propias verbalizaciones expresadas de forma audible. Se hablan a sí mismos mientras actúan. Se dicen a sí mismos lo que hacen o lo que quieren hacer y cómo lo podrían conseguir. Estas verbalizaciones son relativas a su comportamiento y sirven de acicate para iniciar la acción. En una tercera etapa, los niños guían su propia conducta a través de un lenguaje encubierto (subvocal). Estas verbalizaciones persisten en los niños y podemos observarlas, incluso en los adultos, en ciertas condiciones, especialmente mientras están aprendiendo a realizar una tarea complicada como aprender a conducir.

El habla encubierta facilita la solución de problemas de varias formas. Dirige la atención a y discrimina entre dimensiones y atributos relevantes del estímulo, ayuda a la persona a formular hipótesis y a mantener información relevante en la memoria a corto plazo. Como Meichenbaum (1977) manifiesta el habla interna ejerce control sobre la conducta de la persona lo mismo que lo hace la palabra que proviene de otras personas.

4. PROCESO Y COMPONENTES DEL ENTRENAMIENTO AUTOINSTRUCCIONAL.

Cuando tenemos que enfrentarnos con situaciones difíciles no es raro que todos nos hayamos sorprendido diciéndonos algo sobre qué hacer, qué pensar y cómo sentirnos. Por ejemplo, al entrar a un examen es muy probable que una persona se diga: *permanece tranquilo, Pepe, y concéntrate. Has estudiado la materia, la dominas. Esto tiene que salir bien*. Estas palabras dirigidas a uno mismo son conocidas como autoinstrucciones. Las autoinstrucciones pueden cumplir seis funciones diferentes: (1) prepararse para usar las autoinstrucciones, (2) centrar la atención, (3) guiar la conducta, (4) animarse, (5) evaluar la ejecución y (6) reducir la ansiedad.

4.1. PROCEDIMIENTO DEL ENTRENAMIENTO AUTOINSTRUCCIONAL.

Meichenbaum desarrolló el EAI para enseñar a las personas a autoinstruirse para afrontar con efectividad situaciones difíciles (Meichenbaum y Goodman (1971). Con posterioridad se ha usado para tratar una gama amplia de problemas que van desde déficits académicos en niños (Spivack y Shure, 1974) a pensamientos y habla delirante de pacientes esquizofrénicos (Meichenbaum y Cameron, 1973).

El examen del "Manual del Terapeuta para la Modificación de la Conducta Cognitiva" de Meichenbaum (1973b) sugiere que al menos los siguientes componentes es posible que operen en este entrenamiento:

1. Presentación didáctica y autodescubrimiento guiado del papel de las autoafirmaciones en el dolor subjetivo y en la ejecución inadecuada.
2. Entrenamiento en lo fundamental de la solución de problemas (por ejemplo, definición del problema, anticipación de consecuencias).
3. Entrenamiento en la discriminación y observación sistemática de las autoafirmaciones.
4. Asignación de tareas graduadas.
5. Sugerencias explícitas y autorrefuerzo para modificar las autoafirmaciones (o autoverbalizaciones) de modo que se logre una mejor adaptación y atención a la ejecución relevante.
6. Modelado estructurado tanto de habilidades cognitivas como manifiestas.
7. Modelado y estímulo de autoevaluación positiva (autorrefuerzo).
8. Dependiendo del paquete de tratamiento empleado, entrenamiento en relajación combinado con el uso del afrontamiento en imaginación en un procedimiento de desensibilización modificado.

El entrenamiento autoinstruccional se utilizó por primera vez para tratar conductas impulsivas en niños. Los niños que actúan impulsivamente no piensan antes de actuar. Este modo de proceder tiene consecuencias indeseables para ellos y, también, para otros. El objetivo general del entrenamiento autoinstruccional para conductas impulsivas es enseñar a los niños a pensar y planificar antes de actuar. En la consecución de este objetivo pueden establecerse cinco pasos.

1. *Modelado cognitivo*. Un modelo adulto ejecuta ante un observador una conducta apropiada, mientras verbaliza estrategias de acción efectivas. Estas verbalizaciones incluyen una valoración de los requisitos de la tarea, autoinstrucciones que guíen la ejecución gradual, y se insiste en los estados de ánimo que influyen para que el sujeto falle o realice acciones inadecuadas. Por ejemplo, un modelo que estuviera modelando la conducta de copiar una figura geométrica, podría decirse: Bien, ¿Qué tengo que hacer? Me piden que copie una figura. Tengo que ir lentamente y con cuidado. Bueno, primero dibujo la línea hacia abajo, más abajo, bien. Lo estoy haciendo bien. Recuerda que tienes que ir despacio. Ahora hacia arriba. No, creo que es hacia abajo. Ya está. Tengo que borrar este trazo con cuidado.... Bien. Aunque me equivoque no debo preocuparme. Debo continuar con cuidado y lentamente. Ahora hacia abajo. Ya está. Terminado.

2. *Modelado cognitivo participante*. Tras el modelado cognitivo el niño ejecuta la tarea mientras el modelo verbaliza las instrucciones en voz alta.

3. *Autoinstrucciones manifiestas*. El niño ejecuta la tarea mientras verbaliza las instruciones en voz alta.

4. *Desvanecimiento de las autoinstrucciones manifiestas*. El niño ejecuta la tarea mientras susurra las instrucciones.

5. *Autoinstrucciones encubiertas*. El niño ejecuta la tarea mientras se dice a sí mismo las instrucciones.

El *feedback* terapéutico durante esta fase ayuda mucho, ya que asegura que las autoinstrucciones permiten resolver problemas de forma constructiva y reemplazar cogniciones que antes inducían ansiedad.

El procedimiento contempla que primero se practique con tareas sencillas como la que hemos recogido y, después, con tareas más largas y complejas. Con niños pequeños la terapia puede presentarse como un juego, con dibujos para recordar al niño el uso de las instrucciones.

4.2. FACTORES QUE MEJORAN EL ENTRENAMIENTO AUTOINSTRUCCIONAL.

Existen un número de factores que parecen mejorar la efectividad del entrenamiento autoinstruccional para los problemas académicos. Estos son:

1. La implicación activa en el entrenamiento (por ejemplo, que los niños ayuden a elaborar las instrucciones que se van a utilizar) consigue mejoras más acusadas que otros procedimientos en que los niños son receptores pasivos del entrenamiento.

2. Una buena relación con el terapeuta está asociada con una ejecución mejor (Kendall y Braswell, 1985).

3. Implicar en el entrenamiento a agentes naturales del cambio como padres y profesores (Guevremont, Tishelman y Hull, 1985).

4. Incrementar el número de sesiones de entrenamiento tiene como resultado un incremento en el rendimiento académico y en la conducta social (Lochman, 1985)

También se han utilizado procedimientos variados para ayudar a los clientes a generalizar los efectos del entrenamiento autoinstruccional desde la terapia al aula. Para facilitar la generalización transituacional se ha utilizado la semejanza en el material de trabajo usado en ambas situaciones (Guevremont, Osnes y Stokes, 1988) y disponer la situación de entrenamiento de forma parecida a la situación del aula como, por ejemplo, desarrollar las sesiones de entrenamiento autoinstruccional con la presencia de otros niños (Burgio, Whitman y Johnson, 1980)

La generalización transconductual parece estar influenciada por el tipo de autoinstrucciones que se enseñan a los niños. Las instrucciones generalizadas que pueden aplicarse a muchas tareas como *debo ir despacio y con cuidado* tienen como resultado una mayor generalización que las instrucciones dirigidas específicamente para una tarea como '*tengo que rodear con un círculo las figuras que son iguales'* (Kendall y Wilcox, 1980).

5. EFICACIA DEL ENTRENAMIENTO AUTOINSTRUCCIONAL.

Existe un amplio número de estudios que indican que el entrenamiento autoinstruccional puede modificar, significativamente, un amplio rango de diferentes conductas como la ansiedad (Holroyd, 1976; Thorpe, 1975), trastornos de personalidad (Overhoser y Fine, 1994), obesidad (Dunkel y Glaros, 1978), trastornos de la alimentación como la bulimia (Kettlewell, Mizes y Wasylyshyn, 1992), déficits en conductas asertivas Craighead, 1979), etc.

Aunque se ha usado con más frecuencia en niños, el entrenamiento autoinstruccional se ha utilizado algunas veces con adolescentes y adultos. Por ejemplo, adolescentes que con frecuencia actuaban de forma agresiva fueron enseñados a utilizar autoinstrucciones de afrontamiento para enfrentarse con conflictos (Ecton y Feindler, 1990). Aprendieron autoinstrucciones para preparare a actuar (por ejemplo, no me voy a tomar esto personalmente); para guiar sus conductas durante el conflicto (por ejemplo, voy a contenerme y mantenerme controlado) y a evaluar sus actuaciones tras la situación (por ejemplo, me comporté muy bien).

También se ha utilizado con adultos retrasados mentales de todos los niveles en tareas relacionadas con la actividad laboral teniendo como resultado mejoras significativas en precisión en la ejecución, cumplimiento de las tareas y puntualidad (por ejemplo, Hughes y Rusch, 1989). Los resultados obtenidos en estos trabajos son impresionantes porque indica que este procedimiento de terapia cognitiva puede aplicarse con éxito para mejorar la calidad de vida de personas con limitaciones intelectuales significativas.

Aunque se han desarrollado un amplio número de estudios para evaluar la eficacia del entrenamiento autoinstruccional, los resultados han sido inconsistentes. Mientras el EAI ha sido efectivo en la mayoría de los casos en mejorar la ejecución en tareas altamente específicas, la aplicación a problemas más complejos ha sido menos exitosa. Puede decirse que sobre todo el EAI es moderadamente eficaz cuando: (1) se aplica a problemas muy concretos y (2) los problemas son mantenidos solamente por instrucciones inadecuadas referidas a cómo proceder con esa tarea.

La investigación que valora el EAI tiene cuatro limitaciones: (1) dificultad en determinar si el cliente utiliza realmente las autoinstrucciones para controlar o guiar su conducta, (2) dificultad en valorar su eficacia. Al formar parte, generalmente, el EAI de un programa más amplio es difícil conocer la parte de éxito que corresponde al EAI en el resultado final, (3) dificultad para generalizar los resultados. La mayor parte de la investigación consiste en estudios de análogos en que no se trataron problemas con entidad clínica, (4) escasez de estudios que hayan incluido en sus evaluaciones resultados referidos a la fase de seguimiento. Estas limitaciones de los estudios en que se utiliza el EAI no deben llevarnos a una descalificación de la técnica, sólo comportan la dificultad de extraer conclusiones definitivas sobre la eficacia de la terapia.

APARTADO B. TERAPIAS DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA Y EVOLUCIÓN DEL MODELO COGNITIVO.

Meichenbaum (1977) consideraba que la terapia de reestructuración cognitiva y la terapia semántica son términos genéricos que se refieren a una variedad de enfoques terapéuticos cuya forma principal de acción se centra en la modificación del pensamiento del paciente y de las premisas, supuestos y actitudes que subyacen a sus cogniciones. Posteriormente (Dobson, 1988b; Mahoney y Arnkoff, 1978) estos términos se refieren a terapias cuyos modelos invocan los conceptos de errores y distorsiones cognitivas y mantienen que la fuente de estos errores y distorsiones *reside* en la persona afligida como tendencia transituacional. Los ejemplares más importantes de este acercamiento son la Terapia Cognitiva de Beck y la Terapia Racional Emotiva de Ellis.

A nivel teórico, las terapias de reestructuración cognitiva son las más distantes de la perspectiva conductual tradicional. Los supuestos de procesos y patrones cognitivos transituacionales son claramente contrarios al supuesto conductual del determinismo situacional y la importancia crítica de las contingencias

ambientales. Es más, en algunos aspectos estas terapias, debido sin duda a que Beck y Ellis fueron entrenados en la tradición psicoanalítica, comparten ciertas formulaciones con la terapia psicodinámica: centrarse en las cogniciones como causas de malestar y disfunción, la necesidad de comprensión *(awareness, insight*) de los patrones cognitivos, la posibilidad de conflictos internos y la necesidad de reconciliar las creencias y actitudes internas con las realidades y contingencias externas.

Hollon y Beck (1986) establecen algunas diferencias entre las terapias de Beck y Ellis. La terapia cognitiva de Beck descansaría en la racionalidad además de poner un cierto énfasis en comprobar las hipótesis empíricas como un medio de determinar la validez de las creencias. Hollon y Beck, en consecuencia, la definen por su empirismo. La terapia de Ellis insiste más en la razón y la lógica para efectuar el cambio en las creencias. Ambas orientaciones serían más adecuadas para hacer frente a las situaciones en las que los clientes ya tienen conocimientos desadaptados, esto es, cuando el objetivo terapéutico es descubrir los pensamientos erróneos existentes.

CAPÍTULO 23. TERAPIAS COGNITIVO-RACIONALES.

1. LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVO-CONDUCTUAL DE ELLIS (TREC) ([1]).

Ellis nace en 1913. En un primer momento trabaja como psicólogo de pareja y la técnica que utiliza es suministrar información de forma autoritaria a las parejas. Pronto se da cuenta de que esta técnica no tenía éxito y que los problemas de la pareja eran debidos a trastornos psicológicos o emocionales, no a falta de información. Inicia una evolución en su trabajo y pasa al psicoanálisis ortodoxo, logrando éxito en el 50% de los pacientes de todo tipo y en el 70% en el caso de los pacientes neuróticos. Más tarde comienza a realizar un enfoque psicoanalítico no freudiano obteniendo éxito en el 63% de todos los pacientes y en el 70% de los pacientes neuróticos. Al final de esta etapa se da cuenta de que, a pesar de que sus pacientes comprendían su conducta y sus causas, esto es, alcanzaban el *insight* de sus problemas, esto no les llevaba a un cambio de conducta ni a progresar. Esta escasez de éxito le lleva a elaborar, a partir de 1954, un enfoque racional en terapia que expone en su libro *Razón y Emoción en Psicoterapia* (Ellis, 1962). Ellis fija el origen de su terapia en 1955 (Dryden y Ellis, 1988; Ellis, 1977), aunque la presentó en 1956 en la conferencia de la APA celebrada en Chicago. El trabajo de presentación de la entonces llamada *terapia racional* apareció en el *Journal of General Psychology* en 1958.

---

(1) Ellis en un trabajo reciente (1993a) ha justificado la adición de ‘conductual’ a su terapia, que se venía llamando Terapia Racional Emotiva. Desde ahora se denomina, terapia racional emotivo-conductual o TREC.

1.1. SUPUESTOS TEÓRICOS.

El marco filosófico general de la TREC se basa primordialmente en la premisa estoica de que *la perturbación emocional no es creada por las situaciones sino por las interpretaciones de esas situaciones*. Por consiguiente, el modelo del ABC, utilizado por la TREC para explicar los problemas emocionales y determinar la intervención terapéutica, tiene como eje principal la forma de pensar del individuo, la manera en que el paciente interpreta su ambiente y sus circunstancias y las creencias que ha desarrollado sobre sí mismo, sobre las otras personas y sobre el mundo en general (Ellis, 1975).

Los supuestos de la TREC referidos al mundo, el hombre y a las causas de su infelicidad y de sus trastornos emocionales son los siguientes:

1. La condición del hombre es la de ser racional e irracional y la felicidad y equilibrio psicológico depende de la actuación y pensamiento racional.
2. La persona está biológicamente predispuesta al pensamiento irracional y este pensamiento irracional se instala con el primer aprendizaje irracional que los padres o la cultura le proporcionan.
3. La emoción acompaña al pensamiento, luego cualquier trastorno emocional que se produzca facilitará la aparición de un pensamiento irracional.
4. Los trastornos emocionales se generan por la percepción y actitud del individuo ante los acontecimientos, acontecimientos que se interiorizan a través de las verbalizaciones y se mantienen por continuas autoverbalizaciones.
5. La persistencia de un trastorno emocional, como resultado de las autoverbalizaciones, está, pues, determinada, no por las circunstancias o los acontecimientos externos, sino por la percepción y la actitud que toma el individuo ante tales acontecimientos que se interiorizan a través de las verbalizaciones.
6. Los pensamientos y las emociones negativas y autodespectivas deben ser contrarrestadas con la reorganización de las percepciones y los pensamientos, de modo que lo que antes parecía ilógico e irracional, ahora aparezca lógico y racional. Los objetivos de la psicoterapia han de ir dirigidos, pues, a demostrar al cliente que sus autoverbalizaciones son la causa de su trastorno emocional y a mostrarle que ese autoconvencimiento es ilógico e irracional, y por último, hay que corregir su pensamiento para que llegue a ser más lógico y eficiente y deje de estar asociado a emociones negativas y a una conducta autodespreciativa.

Ellis (1970) identificó once ideas o valores que consideró irracionales, supersticiosos y estúpidos y que cada vez más están inculcándose a todos los individuos de nuestra cultura occidental y marcan, inevitablemente, el camino de una neurosis generalizada. Ellis viene a decir que cuando el ser humano comienza a creer en la clase de tonterías que implican estas once ideas, inevitablemente comienza a ser una persona inhibida, agresiva, recelosa, culpabilizada, ineficaz, inerte, descontrolada y desgraciada. Pero si aprende a liberarse completamente de todos

estos pensamientos ilógicos, será bastante difícil para ella sentirse seriamente trastornada, ni siquiera estará trastornada emocionalmente durante mucho tiempo. Una relación de estas ideas puede verse en la TABLA 23.1.

T A B L A 23.1

CUADRO RESUMEN DE LAS ONCE IDEAS O VALORES DE NUESTRA CULTURA OCCIDENTAL QUE ELLIS HA IDENTIFICADO COMO IRRACIONALES.

1. Es esencial que nos quiera y nos apruebe casi todo el mundo en nuestra comunidad.

2. Debemos ser totalmente competentes, oportunos y tener la convicción de que nos lo merecemos todo.

3. Algunas personas son malas, perversas y ruines. Tenemos que apartarnos de ellas para castigarlas.

4. Es terrible que las cosas no salgan tal y como quisiéramos que salieran.

5. La infelicidad está producida por causas externas y nosotros no podemos controlarlas de ninguna manera.

6. Las situaciones peligrosas o las que producen miedo, nos pueden causar grandes preocupaciones, por lo que debemos evitar en lo posible que se produzcan.

7. Es más fácil evitar las dificultades y las responsabilidades que afrontarlas.

8. Debemos depender los unos de los otros y tener siempre a nuestro lado alguien más fuerte en quien confiar.

9. Las experiencias y acontecimientos del pasado son los que determinan la conducta actual. La influencia del pasado no puede eludirse.

10. Hemos de preocuparnos por los problemas y trastornos de los demás.

11. Siempre hay una única y perfecta solución para cada problema y ésta es la que debemos encontrar. De lo contrario el resultado será catastrófico.

Posteriormente (Ellis, 1984a) redujo estos pensamientos irracionales a tres categorías: (1) Pensamiento ilógico. (2) Falta de objetividad. (3) los ‘Debo’ absolutistas *versus* a los condicionales. Ellis y Dryden (1987) sostienen que una vez que la persona está trastornada hace suyas una serie de ideas irracionales e ilógicas, en lo que coincidiría con los terapeutas cognitivos (Beck y otros, 1979; Burns, 1980). Sin embargo, la teoría de la TREC mantiene que dichas distorsiones casi siempre provienen de los "debo de" o "tengo que".

1.2. DESCRIPCIÓN DEL MODELO TERAPÉUTICO.

El modelo ABC de la TREC explica el funcionamiento psicológico afirmando que contrariamente a la creencia general , la "A" o 'acontecimiento activante' no produce directamente y de forma automática la "C" o

'consecuencia' que puede ser emocional (Ce) y/o conductual (Cc), ya que, de ser así, todas las personas reaccionarían de forma idéntica ante la misma situación. La "C" es producida por la *interpretación* que se da a la "A", es decir, por las creencias, "B", (del inglés, beliefs) que generamos sobre dicha situación. Si la "B" es funcional, lógica y empírica, se la considera racional (rB). Si, por el contrario, dificulta el funcionamiento eficaz del individuo es irracional (iB). Los pensamientos irracionales o ilógicos caen para Ellis (Ellis y Bernard, 1985) en las categorías de *pensamiento absolutista* (ver las cosas como blanco o negro, todo o nada), *sobregeneralización* (extraer una conclusión general de un hecho particular, como concluir que nadie me quiere porque he tenido una discusión con un amigo) y *catastrofizar* (considerar un resultado en una situación de menos importancia como un desastre). En el ABC de la TREC, el método principal para reemplazar una creencia irracional (iB) por una racional (rB) se llama *refutación* o *debate* "D" y es, básicamente, una adaptación del método científico a la vida cotidiana (Ellis, 1987).

Ellis considera que hay dos temas en torno a las cuales giran las ideas irracionales que llevan a los problemas psicológicos, la desvalorización personal y cierto sentido del deber. La *desvalorización personal* es una forma específica de sobregeneralización asociada con una limitación o fallo. Por ejemplo, concluir que soy un desastre porque no he cumplido los objetivos que me marqué para un día. El *sentido del deber* se pone de manifiesto en el uso continuado de expresiones y pensamientos como *debo* (“must” en ingles) *tengo que, debería, tengo que*. Ellis (Ellis y Dryden 1987) llama con gracia a estos pensamientos *musturbation*. Estos pensamientos son irracionales porque realmente las personas necesitamos hacer muy pocas cosas para estar vivos y vivir sin demasiados problemas. Por ejemplo, cuando caemos enfermos y dejamos de hacer una serie de cosas, no pasa nada. El mundo sigue. Insistir en que se deben hacer muchas cosas no es sino abdicar de las elecciones personales y echar la culpa de elecciones personales a una fuente externa. Por ejemplo, cuando te invita tu amigo a salir y le dices: ‘no puedo, porque tengo que estudiar’ estas haciendo una atribución externa de la responsabilidad, y eliges este tipo de atribución a decir prefiero estudiar a salir contigo, que sería una atribución interna de la misma responsabilidad.

Aunque las creencias irracionales juegan un importante papel en el mantenimiento de los trastornos psicológicos, no son las únicas condiciones que mantienen los trastornos psicológicos. Los trastornos psicológicos también están influidos por una interacción compleja de factores innatos, biológicos, evolutivos y ambientales (Ellis, 1989b). Al cambiar, pues, los pensamientos irracionales del cliente, la TREC y las terapias de reestruccturación cognitiva, en general, modifican una clase importante de condiciones que mantienen los problemas psicológicos, pero no las únicas.

1.3. EL PROCESO TERAPÉUTICO.

En términos de este acercamiento, pues, no es la experiencia sino la percepción por parte del cliente de esa experiencia la que causa los trastornos neuróticos. Este proceso puede quedar ilustrado de forma comprensible

por el análisis A-B-C de la depresión. **A** se refiere al acontecimiento de la vida real (por ejemplo, una ruptura amorosa). **B** simboliza la interpretación irracional de ese acontecimiento (por ejemplo, la creencia de que nada va a tener ya significado en su vida). La persona hace una catástrofe del acontecimiento. **C** es el trastorno y la depresión que es causada por la percepción extremadamente negativa de la ruptura amorosa, no por la ruptura misma. Los clientes no siempre se dicen a sí de forma consciente o deliberada estos supuestos irracionales en las situaciones de cada día. Estos estados internos o creencias parecen ser automáticos y omnipresentes en su influencia porque se han repetido tan frecuentemente que dan la apariencia de una respuesta sobreaprendida.

Todas estas ideas engañosas están muy difundidas en nuestra sociedad y, conforme se van aceptando y reforzando por un continuo autoadoctrinamiento, van produciendo trastornos emocionales o neurosis más graves y, una vez llegados a este punto, es imposible vivir sin ellas. El individuo trastornado es infeliz porque no puede entender sus irrazonables obligaciones.

La función del terapeuta es ayudar al cliente a liberarse de las ideas y actitudes ilógicas e irracionales, y a sustituirlas por otras que sean lógicas y racionales. El proceso a desarrollar sigue estos pasos:

1. Persuasión verbal encaminada a convencer al cliente de los supuestos filosóficos de la TREC. Deben darse cuenta de que son las personas mismas las que crean, en gran medida, sus propias perturbaciones psicológicas y de que, aunque las condiciones ambientales pueden contribuir a sus problemas, tienen, en general, una consideración secundaria en el proceso del cambio.
2. Sugerencias orientadas a que reconozcan claramente que poseen la capacidad de modificar de una manera significativa estas perturbaciones.
3. Ayudarles a comprender que las perturbaciones emocionales y conductuales provienen, en gran medida, de creencias irracionales, dogmáticas y absolutistas.
4. Identificación de los pensamientos y creencias irracionales y racionales del cliente a través de la propia información del cliente y el *feedback* del terapeuta.
5. Cuestionar estas creencias irracionales utilizando los métodos logico-empíricos de la ciencia. Se muestra al cliente su falta de lógica y se le ayuda a entender cómo y por qué han llegado las cosas a ser así, demostrándole la relación que existe entre sus ideas irracionales y su infelicidad, y entre aquéllas y su trastorno emocional. Se le muestra también al cliente cómo es él mismo quien mantiene su perturbación psíquica al no abandonar esa manera absurda de pensar, es decir, que su mismo pensamiento irracional es el responsable de su actual situación y no, como él piensa, su experiencia pasada.
6. Repaso cognitivo repetido orientado a sustituir la interpretación irracional previa por ideas racionales firmes que el cliente debe internalizar.
7. Continuar el proceso de refutación de las ideas irracionales utilizando métodos cognitivos, emocionales y conductuales diseñados para desarrollar reacciones racionales que permitan reemplazar las ideas irracionales primeras que producían trastornos.

8. Finalizar el proceso de refutación de las ideas irracionales utilizando métodos multimodales de cambio durante el resto de sus vidas.

El proceso acaba cuando el cliente, tras sustituir sus ideas irracionales por otras más lógicas, ha adquirido una filosofía racional que le sirva para vivir en el futuro. Una vez que se ha conseguido esto, las emociones negativas y perturbadoras se eliminan, junto con la conducta autodestructiva. Al momento en que se instala una nueva filosofía de vida se le conoce como momento E. El proceso terapéutico completo de la TREC está compuesto por el A B C D E. La D hace referencia al debate filosófico mediante el que se discuten y desmontan las ideas y creencias irracionales.

1.4. TÉCNICAS TERAPÉUTICAS.

La relación interpersonal en sí misma, junto con los métodos terapéuticos de expresividad-emotividad, apoyo y de comprensión-interpretación son usados por la TREC como técnicas preliminares destinadas a establecer un contacto efectivo entre terapeuta y cliente. Pero ningún terapeuta racional se engañará a sí mismo pensando que el establecimiento de esta relación y las técnicas expresivo-emotivas bastarán por sí mismas para llegar al núcleo del pensamiento ilógico del paciente, ni le inducirán a que razone más lógicamente.

Además de los componentes referidos conocidos como componentes comunes a la práctica totalidad de las terapias, la terapia racional emotivo-conductual utiliza varias técnicas que pasamos a resumir:

1. **El debate filosófico**. En la TREC el método esencial es la enseñanza activa y directiva. El debate (Ellis y Harper, 1961, 1975) consiste en una adaptación del método científico a la vida cotidiana. Phadke (1982) señala tres pasos en el debate:

A. Los terapeutas ayudan al cliente a descubrir las creencias irracionales que subyacen a sus conductas y emociones autodevaluadoras.

B. Los terapeutas debaten con sus clientes la verdad o falsedad de sus creencias irracionales. El propósito del debate, en general, es determinar la validez de hipótesis y teorías que, en este caso, son tres inferencias básicas:

1. La tendencia a resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento, *tremendismo*. Esta inferencia lleva a percibir un acontecimiento como malo en una proporción superior al 100% de lo que realmente es. Consiste en una conclusión exagerada y mágica que proviene de la creencia *Esto no debería ser tan malo como es*.

2. La tendencia a exagerar lo insoportable de una situación, *No-puedo-soportantitis*. La persona considera que no puede experimentar ninguna felicidad, bajo ninguna circunstancia, si una determinada situación se presenta, o amenaza con presentarse en su vida. También considera que no experimentará felicidad

alguna si deja, o amenaza con dejar de ocurrir algo en su vida. Por ejemplo, si mi novia deja de quererme ya no tendré ninguna razón para ser feliz y prefiero morirme.

3. La tendencia a condenar a los seres humanos o a la vida en general, *Condenación*. La persona tiene la tendencia a evaluarse a sí misma y a los demás como subhumanos, o como seres 'malos', al confundir y comprometer su valor como personas con su comportamiento, esto es, tiene la tendencia a considerarse *esencialmente* malo por comportarse inadecuadamente, esto es, por hacer algo que *no debe* hacer o por no hacer algo que *debe* hacer. Esta condena también puede aplicarse al mundo o a la vida en general, cuando ninguno de ellos proporciona a la persona lo que cree que merece incuestionablemente y más allá de cualquier consideración o circunstancia.

En este paso del debate el terapeuta ataca la posición ilógica del cliente de dos maneras: (a) tomando un papel antipropagandístico, contradiciendo y negando directamente la propaganda autodestructiva y las supersticiones del cliente. (b) animando y convenciendo al cliente, alabándole e, incluso en ocasiones, insistiéndole para que comience a hacer alguna actividad, para que se convenza a sí mismo de la falsedad de sus creencias.

El consultor que practique la terapia racional-emotiva debe utilizar la lógica y la razón, debe enseñar, sugerir, persuadir, confrontar, desadoctrinar y adoctrinar a su vez por otros caminos y debe, finalmente, demostrar al cliente lo irracional de su filosofía práctica, y cómo ésta le puede llevar a adquirir hábitos de conducta irracionales.

C. El consejero también deberá cambiar la manera de pensar y las emociones del cliente, y sustituirlas por otras más racionales y lógicas. Además, como ya indicamos anteriormente, el consejero debe ir más allá, poniendo en guardia al cliente contra la mayoría de las ideas de nuestra cultura occidental, proponiéndole, en contra de ellas, otras más racionales y efectivas. Para conseguir este objetivo se sugiere avanzar un paso en el debate utilizando el método socrático para alcanzar el conocimiento consistente en hacer preguntas como ¿Cual es la evidencia que tiene para creer que tiene que hacer eso? o ¿En qué sentido es cierta o falsa esta creencia?.

2. **Tareas para casa**. Tiene como propósito ayudar al cliente a generalizar su trabajo terapéutico más allá de la consulta del terapeuta. Una de las tareas asignadas más frecuentemente es la de cumplimentar el Formulario de Autoayuda de la TREC donde figura una creencia irracional concreta, su refutación y la creencia racional o positiva. Otra tarea es la biblioterapia. Se asigna al cliente la lectura de libros o artículos sobre la TREC o sobre ideas y pensamientos racionales que le van a ayudar a refutar o sustituir las creencias irracionales existentes.

3. **La fantasía racional-emotiva**. El propósito de la Fantasía o de Imágenes Racional-Emotivas (Maultsby y Ellis, 1974) es el permitir al cliente la exploración de la conexión B-C, es decir, la conexión creencias-consecuencias, donde puede experimentar un cambio cognitivo, sin necesidad de estar envuelto directamente en la situación (A), pero teniendo una imagen vívida, una fantasía, sobre ella.

4. **Técnicas emocionales**. La TREC utiliza una serie de técnicas enfocadas hacia el cambio emocional, teniendo presente que dicho cambio corresponde a un cambio en el pensamiento del individuo. El *Ejercicio para atacar la vergüenza* es una de las técnicas emocionales más conocidas (Ellis y Dryden, 1987). En dicho ejercicio el cliente debe actuar deliberadamente y en público de una manera que normalmente produce vergüenza, por ejemplo, llamar a alguien gritando en el autobús. En su actuación debe aceptarse a sí mismo y ser capaz de tolerar la incomodidad que le produce.

5. **Técnicas conductuales**. La TREC ha defendido el uso de técnicas conductuales (especialmente las tareas para casa) desde su creación en 1955, puesto que es sabido que el cambio cognitivo es facilitado muy a menudo por el cambio conductual. Las tareas más recomendadas están basadas en los modelos de la DS en vivo y de la inundación. Otras técnicas conductuales son la utilización de premios y castigos, la terapia del rol fijo de Kelly y el entrenamiento en habilidades sociales.

1.5. EVOLUCIÓN DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVO-CONDUCTUAL.

Ellis (1997) expone que hasta loa años 70 la TREC siguió el posicionamiento del positivismo lógico sosteniendo que se podía comprobar empíricamente la falsedad de las Creencias Irracionales y validarse las Creencias Racionales y sus consecuencias. A partir de ese momento dice que abandonó ese posicionamiento y que, en la actualidad, se considera, en algún sentido, construccionista y postmodernista. Hoy, la TREC admite que no existen Creencias racionales o irracionales absolutas e intrínsecamente buenas o malas, sino que cada persona elige unos objetivos en su vida, y sus ideas pueden ser denominadas *racionales* y sus conductas *funcionales* en la medida en que ayudan a conseguir sus objetivos de bienestar personal y social. La TREC es particularmente constructivista, dice Ellis, en el sentido de que asume que la gente está predispuesta, social y biológicamente para aceptar ciertos objetivos y que la persona construye vías de afrontamiento ante las adversidades y vías para conseguir sus objetivos.

La TREC sigue siendo directiva, aunque va insistiendo más en las diferencias individuales ante la terapia y, por ello, actúa de forma diferente ante cada cliente. Estas diferencias individuales ante la terapia demandan que ante determinados clientes que siguen fuerte y poderosamente aferrados a sus creencias irracionales y a sus sentimientos y conductas autodestructivas se pongan en práctica técnicas más emotivo-evocadoras y experienciales que terapias cognitivas de corte más racionalista.

En su diálogo con terapeutas cognitivos afines, Ellis (1997) considera que su sugerencia de que la gente perturbada tiene *profundas filosofías irracionales* ha sido traducida por terapeutas de otros enfoques cognitivos como que tales personas disponen de un *esquema central disfuncional*. Para Ellis, pues, podemos encontrarnos con que en las terapias cognitivas se describen los mismos fenómenos con referentes diversos, como puede verse en el reciente libro de Lega, Caballo y Ellis (1997).

1.6. EVALUACIÓN CRÍTICA DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVO-CONDUCTUAL.

Centramos la evaluación crítica de la TREC en la valoración de los estudios de los supuestos teóricos de la TREC. Para la valoración de los resultados terapéuticos en investigaciones controladas remitimos al apartado 4 del capítulo 29.

La investigación experimental de laboratorio que aborda los supuestos de la TREC pueden dividirse en tres categorías principales:

1. La primera aborda la función de los procesos cognitivos en el aprendizaje y en las emociones: la generalización semántica (Maltzman, 1968), la autoestimulación simbólica (Platonov, 1959), el aprendizaje vicario (Bandura, 1969) y la mediación de las imágenes visuales en el aprendizaje y en la memoria (Bower 1976). Este aspecto parece, aunque con controversia, que tiene fundamente sólido.
2. La segunda categoría implica estudios que abordan la comprobación del paradigma de aprendizaje cognitivo A-B-C. El paradigma de investigación típico implica pedirle a los sujetos que se dediquen a tener pensamientos negativos o irracionales para conocer sus consecuencias. La mayoría de los estudios apoyan esta secuencia (p. e. May, 1977 y Teasdale y Bancroft, 1977). Aunque existe alguna excepción (Rogers y Craighead, 1977). El mayor problema con esta línea de investigación es que se ha centrado más bien en manipulaciones triviales caracterizadas por la amplitud de las demandas y la escasez de realismo clínico.
3. La tercera categoría de estudios ha intentado demostrar las diferencias entre muestras de poblaciones patológicas y no patológicas a partir de las creencias que les son propias. Los estudios han tendido a apoyar el modelo cognitivo básico p. e. Nelson (1977) y Hollon y Kendall (1980).

En estudios clínicos apenas se han comprobado las hipótesis distintivas de los mecanismos de cambio propios de la TREC. Por ejemplo, se supone que la TREC supera la efectividad de otros tratamientos cognitivo-conductuales por el hecho de potenciar la autoaceptación incondicional y reducir problemas secundarios tales como la autocrítica por el hecho de tener problemas (Boyd y Grieger, 1986). Este punto de vista refleja, por una parte, reminiscencias de Rogers y, por otra, el énfasis reciente del nuevo conductismo en la aceptación y compromiso (Hayes, 1987), pero no se corresponde con la investigación realizada en el ámbito de la TREC que sigue utilizando índices convencionales de autoestima en vez de medidas de autoaceptación (Haaga y Davison, 1989)

Master y otros (1987) consideran que el apoyo positivo al paradigma A-B-C de la reactividad emotiva es necesario si se quiere considerar válida una derivación terapéutica de este paradigma como es el caso de la TREC. Los autores citados estiman que tal evidencia no es de ninguna manera suficiente y Haaga y Davison (1993) echan en falta estudios de los procesos que puedan arrojar luz sobre los mecanismos terapéuticos del cambio. Esta situación puede deberse a la complejidad de la TREC y a la falta de consenso sobre su verdadera definición. Haaga y Davison sugieren que el progreso en el conocimiento podría producirse si se abandonan los estudios en que la TREC se utiliza como un paquete y se investigan tácticas terapéuticas específicas en circunstancias particulares.

2. LA REESTRUCTURACIÓN RACIONAL SISTEMÁTICA.

Es este un procedimiento desarrollado por Goldfried (Goldfried, 1977; 1988 y Goldfried y Goldfried, 1980) como una variación de la TREC de Ellis. La técnica de reestructuración racional sistemática (RRS) está estructurada y especificada con más claridad que el método de Ellis y presenta, como variante frente a la TREC, el ser concebida como técnica de afrontamiento. Se persigue con ella que, quienes la practican, estén en condiciones de ser sus propios terapeutas, porque han aprendido a resolver con éxito las tensiones de la vida diaria. Las directrices clínicas del procedimientos, de forma similar a como se hace en la variante de la desensibilización sistemática propuesta por Goldfried, son:

a. Presentar al cliente el supuesto de que los pensamientos median las emociones y de que sus emociones están mediadas por sus pensamientos, suposiciones, etiquetas, valoraciones y expectativas. El terapeuta debe ayudar al cliente a hacer este análisis porque los supuestos están tan consolidados que parecen evidentes e indiscutibles y parecen formar parte, necesariamente, del propio yo.

b. Establecer una perspectiva realista en el cliente. No se trata tanto de convencer al cliente de que las suposiciones que provocan su conducta desadaptada son poco realistas, sino de ayudarle a que sea él el que adopte esa perspectiva. Una forma de conseguir esto es haciendo que el terapeuta represente el papel de abogado del diablo, de modo que la tarea del cliente sea convencer al terapeuta de que su forma de pensar no tiene sentido.

c. Identificar las suposiciones poco realistas que median la conducta desadaptada del cliente. Para poner en práctica y conseguir los objetivos de este apartado ayuda hacer que el cliente se plantee las dos preguntas siguientes: ¿Qué probabilidad existe de que se esté interpretando correctamente la situación? ¿Qué implicaciones tiene la etiquetación que se ha hecho de la situación? Esta fase se habrá llevado a cabo,

satisfactoriamente, si los clientes llegan a reconocer que ciertas suposiciones, aunque implícitas, median su conducta desadaptada pero que no es suficiente el sólo hecho de darse cuenta. Es preciso el paso siguiente.

d. Cambiar las cogniciones poco realistas. Aquí es muy necesaria la ayuda del terapeuta. La tarea del terapeuta consiste en ayudar al cliente a identificar y reemplazar las evaluaciones poco realistas de las situaciones una vez que las reacciones emocionales se desencadenan. Las reacciones emocionales iniciales son usadas como señales para detenerse a evaluar las situaciones. En este proceso en que se aprende a reevaluar situaciones se utiliza como técnica terapéutica el ensayo imaginario, consistente en que los clientes se imaginen una situación e indiquen el grado de ansiedad que experimentan. Posteriormente deben identificar lo que se están diciendo a sí mismos y que puede ser el mediador necesario de la perturbación experimentada. Se hacen sugerencias para cambiar estos pensamientos y se solicita que anoten su grado de ansiedad y especialmente indiquen si ha disminuido. Estos ensayos imaginarios se hacen primero en la consulta y después se pide que se hagan en la vida ordinaria.

Como hemos visto, los presupuestos lógicos de la reestructuración racional sistemática son los mismos que los de la terapia de Ellis, lo que cambia es que la reestructuración racional de Goldfried es más sistemática y que se enfoca a dotar a los clientes de habilidades para afrontar situaciones ansiógenas o estresantes, principalmente. Por ello la RRS requiere crear primero una jerarquía de situaciones perturbadoras (análogas a lo que se hace en la DS). En vez de utilizar la relajación muscular para reducir la alerta mientras se imaginan las escenas perturbadoras, en la RRS se enseña a utilizar autoafirmaciones racionales. A diferencia de lo que se hace en la TREC se asume que la reestructuración racional funciona mejor comenzando con situaciones menos complicadas y progresando gradualmente hacia situaciones en las que el cliente encuentra más dificultades para pensar racionalmente.

Las autoafirmaciones racionales desarrolladas para intentar hacer frente a las escenas de la jerarquía se evalúan: (a) en términos de la precisión de las percepciones de A (el acontecimiento activante) y (b) de lo apropiado de las inferencias basadas en la percepción de A.

La evidencia disponible apoya moderadamente, al menos, la efectividad de la RRS. Los grupos tratados con ésta superan a los grupos que no recibieron tratamiento o recibieron tratamientos de menor entidad, y con sólo dos excepciones, uno negativo (Lent, Russell y Zamostny, 1981) y otro positivo (Goldfried, Linehan y Smith, 1978) iguala los resultados de los acercamientos terapéuticos más conductuales. La RRS asociada a una intervención conductual supera a cualquier intervención por separado en un estudio (Linehan, Goldfried, y Goldfried, 1979) y quizás en un segundo (Kanter y Goldfried, 1979), pero falla en evidenciar cualquier ventaja adicional en un tercero (Hammen y otros, 1980). Hay poca evidencia de generalización de los logros del tratamiento, salvo la que presentan Linehan y otros (1979) y Wise y Haynes (1983) y ninguna de estabilidad de

los resultados del tratamiento. El resumen que puede hacer es que la RRs es mejor que el no tratamiento, pero no necesariamente superior a otras alternativas más conductuales.

CAPITULO 24. LA TERAPIA COGNITIVA DE BECK.

1. INTRODUCCIÓN.

Beck, psiquiatra, presenta una concepción de la psicopatología no muy diferente de la de Ellis y un acercamiento a la terapia que se corresponde en muchos aspectos con la TREC, aunque Beck y Ellis parece que desarrollaron sus teorías y técnicas independientemente (Bernard y DiGiuseppe, 1989). Ambas terapias se basan en la asunción fundamental de que los trastornos psicológicos se mantienen por las distorsiones cognitivas y las terapias comparten el objetivo de modificar estas distorsiones. Ambas practican la reestructuración cognitiva, pero los conceptos específicos de cada teoría y las estrategias básicas para hacer frente a las creencias distorsionadas difieren. La terapia cognitiva toma las creencias del cliente, que llama *pensamientos automáticos*, como hipótesis, cuya validez procura el terapeuta que el cliente compruebe facilitándole evidencia que las refute o apoye (Hollon y Beck, 1986). En contraposición, la TREC primariamente se basa en la instrucción directa, la persuasión y el debate lógico para hacer frente a las creencias distorsionadas. Como ocurre con la terapia de Ellis, la terapia cognitiva de Beck enfatiza aspectos del psicoanálisis, orientación psicoterapéutica que practicó años antes de llegar a la conclusión, basada en la experiencia clínica y en la psicopatología empírica, de que los pensamientos conscientes juegan un papel importante en la conducta y emoción humana (Beck, 1963, 1964, 1967, 1976).

Tanto Beck como Ellis rechazan con fuerza la primacía de los presupuestos freudianos, especialmente los procesos de pensamiento inconsciente. Ambos conceptualizan la conducta y emoción humana de acuerdo con el paradigma A-B-C. Ambos también resaltan la importancia de los pensamientos irracionales para generar afecto negativo. Finalmente, ambos resaltan la orientación hacia la acción aquí y ahora (incluyendo los trabajos para casa) y el tratamiento a plazo, relativamente, corto.

Ambos autores presentan también diferencias. Beck, quizás por su formación psiquiátrica, concede más crédito a la categorización psicodiagnóstica convencional. La terapia cognitiva, además, con frecuencia sigue una pauta inductiva, en la que las creencias abstractas se infieren de las pautas de pensamientos concretos que se repiten. La TREC, sin embargo, sigue un proceso más deductivo. Ellis (1980) reconoce esta distinción y habla de un acercamiento empírico propio de la terapia cognitiva y un acercamiento básicamente filosófico propio de la TREC. Por otro lado, el acercamiento terapéutico de Beck es algo más estructurado que el de la TREC.

Las primeras publicaciones de Beck sobre cognición y depresión, que podrían marcar el inicio de la Terapia Cognitiva son de 1963 y 1964, en los *Archives of General Psychiatry*, aunque él manifiesta (Beck y

otros, 1979) que las primeras ideas surgieron en 1956 cuando se propuso validar determinados conceptos psicoanalíticos acerca de la depresión. Su primera formulación de la Terapia Cognitiva fue *Cognitive therapy and depression* publicado en 1979. En el prólogo a este libro cita como obras que permiten comprender la evolución de su pensamiento, *Depression,* publicada en 1967 y *Cognitive therapy and the emotional disorders,* publicada en 1976 en que se hace una descripción detallada de los principios generales de la terapia cognitiva.

La Terapia Cognitiva de Beck asume que existe una fuerte relación entre teoría, investigación y práctica. De hecho, al ser un sistema de psicoterapia, lo que caracteriza a la terapia, no es un conjunto particular de técnicas terapéuticas, sino los supuestos teóricos básicos derivados del modelo cognitivo que guían la organización de la terapia (Beck, 1991; Clark, 1995).

2. SUPUESTOS TEÓRICOS BÁSICOS DEL MODELO COGNITIVO DE BECK.

La Terapia Cognitiva asume un principio básico de la psicología cognitiva, el principio de que nuestra habilidad para procesar información y para formar representaciones mentales de nosotros mismos y de nuestro entorno es central para la adaptación y la supervivencia del ser humano. Las representaciones cognitivas o estructuras de la realidad, sin embargo, en el mejor de los casos, pueden ser sólo aproximaciones a la experiencia real. Los esquemas o estructuras de asignación de significado se elaboran mediante ínteracciones repetidas entre el ambiente y las estructuras preexistentes, innatas e indiferenciadas denominadas *protoesquemas* (Beck, 1996). Los *esquemas* son estructuras funcionales de representaciones del conocimiento y de la experiencia anterior, más o menos permanentes, que guían la búsqueda, codificación, organización, almacenaje y recuperación de la información (Beck, 1967, 1987). En este modelo, en que la asignación de significado es la actividad primaria del sistema de procesamiento de la información, lo que los individuos creen y comprenden es mucho más importante que los pensamientos que entran en su flujo de conciencia (Hollon y Beck, 1994). Alford y Beck (1997) ofrecen una representación esquématica del procesamiento de la información correspondiente al modelo cognitivo de Beck que ofrecemos en la FIGURA 24.1.

Organización Cognitiva	***Historia de Aprendizaje***
(Componentes estructurales)	**(Componentes experienciales)**
Esquemas específicos	Experiencias relacionadas con esquemas previos.

Situación actual

Creencias preexistentes

Conducta

Procesamiento (Significación) esquemática

Interpretación de la situación en términos de esquemas específicos

Acticavión de sistemas

Activación de modos dentro de los sistemas cognitivo, afectivo y motivacional

Interpretación

Consciente o inconsciente

FIGURA 24.1. Representación esquemática del procesamiento de la información tomado con modificaciones de Alford y Beck (1997).

Los trastornos psicológicos, para la Terapia Cognitiva, se caracterizan por esquemas idiosincrásicos desadaptativos que dominan el sistema del procesamiento de la información cuando son activados por las circunstancias relevantes del ambiente. Esos esquemas desadaptativos tienden a ser rígidos, impermeables, sobreinclusivos y concretos (Beck, 1967). En los estados psicopatológicos y en los desórdenes de personalidad puede verse una excesiva activación de esquemas relacionados con cuestiones *primarias* tales como la supervivencia, la reproducción, la dominancia y la sociabilidad, así como una activación inadecuada de esquemas *secundarios*, más constructivos, racionales y solucionadores de problemas relacionados con el

incremento de recursos vitales del individuo (Beck, 1996; Beck y otros, 1990). Los esquemas se eslabonan en suborganizaciones cognitivo/afectivo/conductuales más amplias, denominadas *modos* (Beck, 1996). Los modos primarios y sus esquemas constituyentes, desadaptativos, dominan el sistema de procesamiento de la información de las personas con psicopatologías, produciendo *distorsiones cognitivas* características y pensamientos *negativos* automáticos ya descritos en los primeros trabajos sobre el modelo cognitivo (Beck, 1963, 1964; Beck y otros, 1979). El tratamiento de los trastornos psicológicos, pues, para la Terapia Cognitiva de Beck incluye la modificación de estructuras que permiten dar significado a la experiencia mediante la desactivación de modos primarios y de los esquemas disfuncionales, y la activación de modos constructivos más racionales (Beck, 1996).

3. EL MODELO COGNITIVO DE LA DISFUNCIÓN.

Aunque de las primeras formulaciones cognitivas parece deducirse que las cogniciones, por sí mismas, son necesarias y suficientes para crear problemas como la depresión (Beck, 1976, Coyne y Gotlib, 1983), publicaciones más recientes parecen situar el modelo cognitivo de la disfunción dentro de un modelo de diátesis-estrés (Beck, 1987; DeRubeis y Beck, 1988). Dentro de este modelo las disfunciones requieren la presencia de factores predisponentes (diátesis) y de procesos cognitivos negativos que se desencadenan ante experiencias aversivas de la vida. A los pensamientos negativos presentes en los procesos desencadenados les siguen los síntomas afectivos, conductuales y emocionales correspondientes, aunque puede decirse que también hay un proceso a la inversa, de modo que cuando una persona presenta, por ejemplo, un estado emocional deprimido los pensamientos negativos acuden con cierta facilidad.

A partir del modelo de la psicopatología de la depresión de la Terapia Cognitiva se derivan hipótesis de dos tipos. Unas son de *tipo descriptivo*, relacionadas con las características cognitivas de los trastornos, mientras que otras hacen referencia a los factores *causales* implicados en la etiología y mantenimiento del trastorno psicológico (Clark y Beck, 1997).

Beck y colaboradores (Beck, 1976; Beck y otros, 1979; DeRubeis y Beck, 1988) han descrito varios procesos cognitivos que es probable que conduzcan a emociones, conductas y consecuencias motivacionales negativas. Estos procesos se describen como distorsiones cognitivas que tienen el efecto de cambiar lo que podría ser un acontecimiento relativamente ambiguo o inocuo, en uno que se experimenta como negativo. Entre estas distorsiones cognitivas se encuentran:

La *inferencia arbitraria* consistente en extraer conclusiones sin evidencia suficiente o cuando la evidencia es contradictoria. Por ejemplo, creer que le han echado de un trabajo porque no es competente, cuando la empresa está a punto de cerrar porque el negocio acumula pérdidas considerables.

La *abstracción selectiva* consistente en centrarse en un detalle específico e ignorar el contexto total. Por ejemplo, sentirse rechazado porque un amigo al que están llamando con el último aviso para tomar un vuelo no se detuvo a charlar cuando se lo encontró en el aeropuerto.

La *sobregeneralización* consistente en extraer una regla o conclusión general a partir de un incidente o unos hechos aislados. Por ejemplo, concluir que no se va a acabar la carrera porque se haya tenido un suspenso.

La *magnificación y minimización* es un error evaluativo que lleva a ver algo mucho más o mucho menos importante que lo que es. Por ejemplo, pensar que no vale como escritor una persona que recibe con algunas correcciones el primer manuscrito enviado para publicar.

La *personalización* consistente en atribuirse a sí mismo fenómenos externos sin base para ello. Por ejemplo, pensar que un grupo de personas que se ríen al pasar, se están riendo de uno.

El *pensamiento absolutista dicotómico* es la tendencia a clasificar la experiencia según una o dos categorías opuestas, por ejemplo, bueno-malo, blanco-negro.

Estas distorsiones se refieren de forma específica a la depresión (Beck, 1967, 1970, 1976) porque se organizan en torno a cuestiones de pérdida. Muchas de estas hipótesis, dice el propio Beck, se pueden aplicar a otras formas de trastornos psicológicos con ciertas modificaciones. En consecuencia, Beck refiere explícitamente las pautas de pensamiento inadaptado a la mayoría de las categorías de la psicopatología como los estados maníacos, las neurosis de ansiedad, a la histeria, a los trastornos obsesivos y psicosomáticos, a las fobias y a los trastornos de personalidad. De forma ocasional, también se aplica a conductas variadas como las conductas suicidas (Beck. 1967; Freeman y White, 1989), la anorexia (Simon, 1994), la bulimia (Leitenberg y Rosen, 1988), la obesidad (Kramer y Stalker, 1989) e ilusiones esquizofrénicas (Alford y Beck, 1994). Su análisis del contenido de las ideas de ciertas fobias frecuentes y comunes (por ejemplo, miedo a volar, agorafobia) refleja la relativa especificidad de su acercamiento, que se ve también en su análisis de las pautas de pensamiento asociadas con diferentes estados emocionales, incluyendo la ansiedad, la tristeza, la ira y la euforia. Beck y Emery (1985) entienden que los temas cognitivos centrales de la ansiedad están relacionados con la amenaza, que puede ser física, interpersonal, a la autoestima o de cualquier otra naturaleza, mientras que, como hemos dicho, en la depresión se organizan en torno a cuestiones de pérdida.

4. EL PROCESO TERAPÉUTICO.

Clark y Steer (1996) consideran que Beck (1976) defiende que un tratamiento psicológico puede calificarse como un sistema de psicoterapia sólo si facilita: a) una teoría o modelo comprensivo de la psicopatología y b) una descripción detallada de y una guía para las técnicas terapéuticas referidas a este modelo. Por ello, a lo largo de los años, Beck ha enfatizado repetidamente en su investigación y escritos un lazo estrecho entre la teoría cognitiva y la práctica terapéutica (Beck, 1976, 1991) y el libro de Beck y otros (1979) se considera en esta línea que cumple la función de ser una guía de tratamiento cognitivo de la depresión.

4.1. PRINCIPIOS DIRECTRICES DE LA TERAPIA COGNITIVA.

El terapeuta cognitivo adopta como un principio directriz, a lo largo de toda la terapia, la idea de que la manera en que los clientes perciben y, en consecuencia, estructuran el mundo es lo que determina sus emociones y su conducta (Beck, 1976). El papel del terapeuta consiste, pues, en ayudar a los clientes a darse cuenta de sus cogniciones y de cómo éstas median su afecto y su conducta. Las técnicas que se utilizan para conseguir estos objetivos implican:

La *autoobservación*, para aumentar el darse cuenta de los mecanismos psicológicos que están funcionando.

La *identificación* de los lazos entre la cognición, el afecto y la conducta.

El *examen de la evidencia* a favor y en contra de los pensamientos automáticos con el fin de sustituirlos por otros más funcionales.

El *llevar a cabo 'experimentos'*, para comprobar los pensamientos automáticos.

La *determinación de las principales actitudes disfuncionales* que están operando, basándose en los pensamientos automáticos identificados y que predisponen a una persona a distorsionar las experiencias.

Para la consecución de los objetivos se sugiere al terapeuta el empleo de preguntas al modo socrático, el ser sensibles a los momentos oportunos de intervención y el provocar la retroalimentación.

4.2. LAS SESIONES TERAPÉUTICAS.

La primera sesión tiene como objetivo conseguir:

1. Una validación de la experiencia del cliente. Esto supone tomar en serio los sentimientos del cliente escuchándole con empatía y respeto.

2. Una explicación de la naturaleza de la terapia cognitiva adaptada al nivel intelectual de cada uno y partiendo del modelo personal del cliente sobre sus problemas. Por ejemplo, algunos clientes pueden creer que sus problemas derivan sólo del estrés a que les somete el trabajo y sólo parecen dispuestos a atender a estos aspectos.

3) Asignar algunas tareas de autoobservación con el fin de obtener datos de línea base.

La segunda sesión puede comenzar con la evaluación del problema. La primera parte de la evaluación consiste en la recogida de una historia de vida completa que permita al terapeuta comprender al cliente y obtener información sobre los acontecimientos, circunstancias o enfermedades significativas. El objetivo de la evaluación, además de obtener una historia de vida, es establecer la secuencia situación-moduladores-cogniciones-

sentimientos-conducta-consecuencias y el plasmar las quejas principales en objetivos y síntomas a tratar. Las técnicas puestas al servicio de estos objetivos son la entrevista, los cuestionarios y los autorregistros.

Las sesiones siguientes. La estructura de una sesión ordinaria consiste en revisar las tareas asignadas en la sesión anterior, establecer un orden para la presente sesión, cubrir los objetivos marcados para la sesión, revisar la sesión y marcar tareas para casa.

El orden de la sesión lo propone el terapeuta en las primeras sesiones, pero, a medida que se avanza en la terapia, se concede más iniciativa al cliente. En cualquier momento del proceso terapéutico, cuando ha ocurrido algo especial en la vida del cliente durante el periodo transcurrido entre sesiones, es objeto de atención en la sesión.

Las tareas que se asignan para trabajar entre sesiones pueden dividirse en dos categorías: *los experimentos*, que pretenden poner a prueba determinadas cogniciones, y *la evaluación continua* que consiste en el autorregistro de los síntomas, actividades, estado de ánimo, ansiedad, etc... correspondientes al objetivo de tratamiento.

A medida que avanza la terapia se cambia el énfasis desde identificar los pensamientos automáticos a identificar las asunciones o reglas básicas. Estas asunciones o reglas básicas son muy similares a las creencias irracionales de Ellis, aunque Beck no las considera necesariamente irracionales. En este estadio la terapia de Beck es bastante similar a la de Ellis.

La naturaleza de estas creencias varia algo, dependiendo de la categoría diagnóstica, pero en líneas generales pueden situarse en dos dimensiones: *seguridad-peligro*, por ejemplo, sería horrible para alguien tenerme en poca estima o sería terrible si alguien piensa que soy ridículo. La segunda dimensión es la de *placer-dolor*, por ejemplo, nunca seré feliz si no soy famoso.

El tratamiento está diseñado para que se desarrolle en veinte sesiones.

5. TÉCNICAS TERAPÉUTICAS.

Según Beck (1970), en un sentido muy general, cualquier técnica cuyo modo principal de acción sea la modificación de patrones erróneos de pensamiento se puede considerar una técnica cognitiva. Aunque, sigue diciendo el mismo autor, la Terapia Cognitiva se puede definir de forma más específica como el conjunto de operaciones centradas en las cogniciones (verbales o en imágenes) de un cliente y en las premisas, supuestos y actitudes que subyacen a estas cogniciones**.**

5.1. TÉCNICAS CONDUCTUALES.

El uso de técnicas conductuales en la terapia cognitiva es habitual. Su uso puede justificarse en dos tipos de razones: (a) los cambios en las conductas manifiestas de los clientes pueden modificar indirectamente sus cogniciones y emociones. Por ejemplo, una persona con depresión que se queja de que no puede cuidarse y de hecho viste de forma descuidada, si tras un proceso de moldeamiento se logra que mejore su aspecto, terminará por abandonar ese pensamiento y sentimiento, (b) en los casos de clientes muy deprimidos, por ejemplo, pueden ser, en principio, la única vía de cambio, puesto que sus capacidades para el pensamiento abstracto y para verbalizar sus pensamientos pueden estar extremadamente limitadas. No tienen interés, por otra parte, en enfrascarse en un diálogo socrático y en generar interpretaciones alternativas a las que actualmente utiliza.

Las técnicas que suelen utilizarse son: la programación de actividades, la evaluación de la destreza y placer en las actividades que realiza el cliente, el ensayo cognitivo, el entrenamiento asertivo y la representación de papeles. Pero también técnicas más elaboradas como la exposición en vivo, el entrenamiento en habilidades sociales y el entrenamiento asertivo cuando la valoración del cliente respecto a su ineptitud es relativamente precisa.

Otras intervenciones conductuales manifiestas son únicas de la terapia cognitiva como el programa de actividad, la evaluación del placer y maestría y la asignación de tareas graduadas.

El *programa de actividad* se utiliza para planificar las actividades diarias del cliente y es particularmente útil para los clientes ansiosos o depresivos. El cliente y el terapeuta programan las actividades para la mayoría de las horas del día. Esto da a los clientes un sentido de la dirección y el control, necesarios para combatir los sentimientos de desorganización y de estar sobrecargados propios de los clientes ansiosos, y el sentimiento de inactividad que invade a los clientes depresivos.

La *evaluación del placer y la maestría.* Los pacientes ansiosos y depresivos no necesitan sólo estar activos, sino que también necesitan sentir la satisfacción y el placer por lo que están haciendo. La técnica de *evaluación del placer y la maestría* facilita al cliente *feedback* sobre la satisfacción y el placer que experimentan. La *maestría* hace referencia a un sentido del logro alcanzado y el *placer* a los sentimientos de gozo o satisfacción mientras se realiza la tarea. El cliente califica cada actividad en su programa de actividad respecto a la maestría y al placer en una escala de seis puntos, en la que 0 representa ninguna maestría ni placer y 5 representa el máximo (Beck y otros, 1979). El uso de la escala de evaluación fomenta que los clientes reconozcan éxitos parciales y placeres menores.

La *asignación de tareas graduadas* fomenta en los clientes que realicen pequeños pasos consecutivos que conducen a una meta. Es una técnica especializada de moldeamiento que permite que el cliente progrese hacia una meta con un mínimo de estrés.

5.2. TÉCNICAS COGNITIVAS.

Las técnicas cognitivas son el componente más característico de la terapia cognitiva y mediante ellas se pretende refutar los pensamientos automáticos conscientes que provienen de actitudes más centrales y ampliamente disfuncionales. Con estas técnicas se pretende cambiar directamente las cogniciones del cliente. Entre las técnicas cognitivas pueden citarse:

A. *El registro diario de los pensamientos disfuncionales*. Se pretende, mediante este registro, que el cliente se dé cuenta del flujo de pensamientos y el desfile de imágenes que influyen sobre sus sentimientos y su conducta. Ayuda a este objetivo registrar la situación, el texto exacto del pensamiento y sentimientos y los errores lógicos. Ayuda a este registro elaborar una hoja con tres columnas. En la primera escribe el cliente la situación que evoca ansiedad, por ejemplo. En la segunda los pensamientos automáticos. En la tercera los errores lógicos que se dan en los pensamientos automáticos. Al final se le pide al cliente que exprese y considere los pensamientos automáticos como hipótesis que se van a comprobar empíricamente.

B. *La comprobación de la realidad*. Se parte de una descripción precisa de una situación real y sobre ella el cliente debe preguntarse: ¿Cual es mi evidencia de este pensamiento?, ¿Existe una forma alternativa de contemplar la situación?, ¿Hay alguna explicación alternativa?, ¿Estas olvidando hechos relevantes o centrándote excesivamente en hechos irrelevantes?. En caso de que las cosas sean como parecen ¿Es tan malo que las cosas sean así?. La comprobación de la realidad ayuda a que el cliente logre una perspectiva más realista de los acontecimientos. Para comprobar la realidad se enseña a las clientes el *distanciamiento* y el *descentramiento*. El *distanciamiento* es considerado una habilidad para ver los pensamientos de uno más objetivamente, para trazar una distinción entre el "Yo creo" (una opinión, que está abierta a la disconformidad) y "Yo conozco" (un hecho irrefutable). El *descentramiento* supone el separarse uno mismo de sus propios conocimientos, de forma que no experimente vicariamente las adversidades de los otros como si fueran a ocurrirle a ellos. Sería el caso de una persona altamente ansiosa que al oír que un vecino ha muerto de un ataque al corazón ve incrementada su ansiedad porque piensa que eso le va a ocurrir a ella misma.

C. *Técnicas de reatribución*. Se trata de explorar todas las causas posibles de un fracaso. Para ello se hacen preguntas tales como ¿Qué pensaría otra persona sobre la situación? ¿Estas sobrestimando el grado de responsabilidad que tienes en que las cosas marchen de la forma que lo hacen?, etc... El objetivo de esta técnica no es quitarle la responsabilidad al cliente, sino hacerle ver que puede estar atribuyéndose una responsabilidad y control excesivo sobre las situaciones. Por ejemplo, un chico que va a salir con una chica puede estar muy ansioso

porque la chica puede que no lo pase bien con él. A través del diálogo socrático el terapeuta puede ayudar al chico para que acepte que él puede planificar la velada para pasárselo bien él, pero que él no puede controlar los sentimientos de su invitada.

Una forma específica de reatribución es la *descatastroficación* que resulta útil cuando los clientes anticipan las consecuencias horrendas, que es común en los trastornos de ansiedad. A través del diálogo socrático el cliente llega a ver lo absurdo de preocuparse por consecuencias altamente improbables y considera alternativas más probables de naturaleza no catastrófica. Por ejemplo, un dolor de cabeza es más probable que se deba al cansancio, el hambre o el estrés que a un tumor cerebral.

D. *Solución de problemas* tal como ha quedado expuesta en el capítulo 20.

E. *El diseño de experimentos*. Es una forma no directiva de refutar los pensamientos del cliente. Si el cliente dice que no puede realizar una determinada actividad se le sugiere que intente realizarla para demostrarse que realmente no lo puede hacer, porque ¿Cómo va a llegar a saberlo si no lo intenta?. El cliente no debe sentir ninguna presión para lograr éxito en esa actividad. Intentarlo simplemente es suficiente.

F. *Refutación con respuestas racionales*. Estas respuestas racionales se desarrollan al principio junto con el terapeuta y, gradualmente, se va cediendo cada vez más responsabilidad al cliente para que las construya.

6. EVOLUCIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVA DE BECK.

Tres notas queremos destacar como más propias de la evolución reciente de la terapia cognitiva de Beck en el ámbito de la teoría. En primer lugar la reciente elaboración del concepto de *modos*. Los *modos* consisten en pensamientos, emociones y conductas relacionadas. Hacen referencia a las partes del sí mismo que no han sido integradas con consistencia en una personalidad estable. Son como los estados de humor. También se asemejan a las personalidades disociadas que vemos en el trastorno de personalidad múltiple (pero de forma menos extrema). Los modos específicos son particularmente relevantes para cualquier trastorno de personalidad (Beck, 1996). En segundo lugar hay que destacar que Beck (1991) y algunos de sus colaboradores (Clark y Steer, 1996) se han manifestado constructivistas sin que ello suponga una alteración de su posición. Mantienen, como mantenían (Beck, 1967, 1987), que las personas construyen activamente su realidad, que las personas no son receptáculos pasivos de los estímulos del ambiente o de las sensaciones físicas, sino que están implicados activamente en la construcción de sus propias realidades al seleccionar, filtrar e interpretar los estímulos sensoriales que afectan a la persona. Consecuentemente, las personas añaden significados altamente personales e idiosincrásicos a los acontecimientos. En tercer lugar su disposición a servir de paradigma integrador superando las polaridades que se derivan de los cuatro principios filosóficos principales del empirismo. La terapia

cognitiva sugiere que (1) el conocimiento no proviene sólo de la experiencia sino que también está influido por la estructura del sistema nervioso del organismo, (2) los procedimientos científicos no están basados sólo en la observación, sino que también están modulados por la teoría particular que mantiene el experimentador que diseña los procedimientos, (3) la mente del niño no es totalmente una *tabula rasa,* sino que dispone de ciertas potencialidades y (4) la conciencia no puede reducirse enteramente a la *química mental,* puesto que sus partes componentes no pueden explicar las propiedades emergentes (Alford y Beck, 1997).

En el terreno de la práctica estos avances, naturalmente, tienen sus repercusiones. En el terreno de la investigación empírica se hace hincapié en la importancia, para la práctica de la terapia, de investigar el modelo cognitivo subyacente a la psicopatología. Beck (1991) considera que lo propio de la Terapia Cognitiva como un sistema de psicoterapia no depende de las técnicas terapéuticas particulares que se empleen, (muchas son compartidas con otras escuelas terapéuticas), sino de los constructos cognitivos fundamentales y proposiciones que guían la implementación de la terapia. En consecuencia, una investigación orientada a validar estas asunciones es de enorme relevancia para justificar los tratamientos cognitivos. Por otro lado, investigar el modelo cognitivo puede ayudar a aclarar los posibles mecanismos de cambio que dan cuenta de la efectividad de la Terapia Cognitiva. La comprensión de tales mecanismos puede llevar, a su vez, a mejorar el tratamiento cognitivo disponible para atender ciertos trastornos. Esta evolución explicaría la extensión de la Terapia Cognitiva a campos distintos de la depresión tal como hemos recogido más arriba y que la terapia cognitiva use ahora una mayor variedad de formatos de tratamiento, como la terapia de grupo y la terapia familiar (Kingdon y Turkington, 1991)..

7. VALORACIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVA

En líneas generales no hemos venido haciendo valoraciones de cada una de las terapias presentadas, porque hemos dedicado el capítulo 29 para valorar todas las técnicas con unos criterios comunes. Sin embargo, dada la relevancia de este enfoque y su precisa estructuración hacemos una breve valoración general. Puede decirse que existe una impresionante serie de estudios realizados para evaluar la terapia cognitiva para la depresión, la mayoría de los cuales han sido realizados con pacientes depresivos externos representativos absolutamente de esta población. Puede decirse que la terapia cognitiva de Beck es un tratamiento efectivo para los episodios agudos de depresión (Antonuccio, Danton, DeNelsky, 1995; Dobson, 1989) y parece menos efectiva para la depresión crónica (Sanderson, Beck y McGinn, 1994). Una terapia cognitiva exitosa para la depresión crónica requiere más sesiones y repetición, centrar la terapia en uno o dos problemas centrales y enriquecer los ejercicios de maestría y placer (Thase, 1994).

La terapia cognitiva parece que es, al menos en los casos de depresión, tan efectiva como cualquier medicación con antidepresivos tricíclicos en cuanto a reducir los episodios agudos y esto incluso en casos severos (Antonuccio, Danton, DeNelsky, 1995). La terapia cognitiva también puede prevenir la recurrencia de la

depresión en un grado mayor que otros acercamientos (Elkin y otros, 1989; Hollon, Shelton y Davis, 1993; Teasdale, Segal y Williams, 1995). Pudiera ser que la terapia cognitiva (1) sensibilice a los clientes a los tipos de cogniciones asociadas con la depresión y (2) les confiera habilidades de afrontamiento para neutralizar acontecimientos potencialmente evocadores de depresión..

CAPÍTULO 25. EVOLUCIÓN DEL MODELO COGNITIVO EN TERAPIA.

1. INTRODUCCIÓN.

Las terapias cognitivas han venido creciendo en visibilidad y popularidad y se han convertido en un desarrollo significativo de la psicología de finales del siglo XX. En su corta historia hay signos de evolución conceptual y diversificación. Las muchas formas de terapias cognitivas contemporáneas que recogen Caro (1997), Dobson (1988a), Freeman y otros, (1989), Mahoney (1988a) y Vallis, Howes y Miller (1991) sugieren no sólo un fértil territorio para el desarrollo teórico, sino también una diferenciación emergente entre acercamientos en la intersección de las ciencias cognitivas y los servicios psicológicos. Hasta finales de los 80, sin embargo, los temas más sobresalientes de diferenciación, aunque no abiertamente, habían sido de naturaleza filosófica.

Mahoney (1988a), analizando las divergencias dentro del modelo cognitivo, piensa que, aunque puede ser demasiado simplista, una forma de entenderlas es en términos de su aceptación/rechazo del realismo y racionalismo tradicional y sus asunciones básicas sobre ontología, epistemología y causalidad. Sugiere Mahoney que los temas emergentes del constructivismo, las metateorías motóricas, los enfoques evolutivos y de sistemas y los contextos sociales del yo reflejan lo que muy bien puede ser la primera y más importante distinción en lo que él llama revolución cognitiva. Los teóricos y consejeros cognitivos racionalistas argumentan la supremacía causal de las creencias y tienden a enfatizar *el contacto con la realidad, el pensar realista*, y la *racionalidad* como la vía preferida hacia el desarrollo psicológico individual. Para los racionalistas extremos, trastorno e irracionalidad son sinónimos. Los proponentes de un enfoque evolutivo y constructivista, por su parte, desafían los conceptos tradicionales de la realidad, del conocer y de la racionalidad así como los de trastorno, enfermedad y desarrollo (Guidano, 1984, 1987; Hayek, 1952, 1982; Joyce-Moniz, 1985; Mahoney, 1991; Watzlawick, 1984; Weimer, 1977, 1979, 1982).

Como consecuencia de estas diferencias, Mahoney ha venido proponiendo la división entre Terapia Cognitiva Racionalista y Terapia Cognitiva Constructivista para referirse a las orientaciones que representan cada uno de estos dos posicionamientos. Esta división no ha gustado y se sorprende Mahoney de que nadie quiera llamarse terapeuta cognitivo racionalista y prefieran llamarse constructivistas, incluyendo entre ellos a Beck (1987, 1991) y Ellis (1988; 1993b), incluso. En parte por este rechazo y en parte por elegir un término más neutral, que pueda referirse a lo que muchos autores denominan Terapia Cognitivo-Conductual y Terapia

Cognitiva, vamos a llamar a los dos movimientos que podrían distinguirse en la evolución de la Terapia Cognitiva, Terapia Cognitiva Tradicional y Terapia Cognitiva Constructivista.

Algunos de los principales problemas señalados a las terapias cognitivas por Mahoney (1977a, 1977b) representaban críticas al paradigma en que se movía la terapia cognitiva tradicional. La insistencia en esas críticas en un trabajo posterior, (Mahoney, 1980), cuando estaban en auge las terapias cognitivas avisaba no sólo de ciertas limitaciones de la terapia cognitiva, sino también de una forma distinta de entender lo cognitivo y la terapia. Esta nueva forma iba a ser en enfoque constructivista en terapia.

Las críticas resumidas de Mahoney (1980) a la terapia cognitiva tradicional son: 1) Tendencia a pasar por alto, desestimar e, incluso, atacar la importancia de los procesos inconscientes. 2) Tendencia a considerar los sentimientos de forma muy limitada, como artefactos fenoménicos que deben controlarse en lugar de experimentarse. 3) Pobre integración de las terapias cognitivas con las teorías contemporáneas de la cognición. 4) Énfasis excesivo en el isomorfismo entre las palabras y las creencias. 5) Énfasis excesivo en el papel que juega la racionalidad en la adaptación. 6) Distinción, implícitamente atribuida, entre el pensamiento del terapeuta y del cliente. 7) Desarrollo de una ortodoxia y posición defensiva potencialmente peligrosa.

Junto a las críticas de Mahoney, la mayoría de autores coinciden (Carmin y Dowd, 1988; Dobson, 1988b; Safran y Segal, 1991) en preocuparse de aspectos teórico-prácticos relevantes que deben ser mejorados, incluidos, resueltos o integrados. Por ejemplo, se señala: (1) la cuestión del afecto; (2) el tema del inconsciente y (3) la relación entre las terapias cognitivas y los modelos constructivistas. Todo lo anterior supone, principalmente, una importante revisión teórica. Dobson (1988b), por su parte, señala que es importante plantearse a niveles aplicados otras cuestiones relevantes: (a) el desarrollo de nuevas técnicas de tratamiento, la expansión de la terapia a otras poblaciones y el desarrollo de investigaciones controladas que certifiquen dicha posibilidad; (b) trabajos experimentales sobre la eficacia terapéutica comparando la terapia cognitiva con otras terapias psicológicas y no psicológicas; (c) el estudio de los mecanismos del cambio, de los elementos comunes, y de los procesos implicados en el cambio terapéutico.

Frente a estas características y tensiones las terapias constructivistas presentan diferencias y comunalidades con la terapia cognitiva. Inicialmente y sin contemplar su evolución es posible que sean vistas como claramente diferentes entre sí, pero, si nos atenemos a las manifestaciones más recientes de Ellis (1993b, 1997) y Meichenbaum (1993) ambas orientaciones no presentarían diferencias al considerarse constructivistas los mismos promotores de la terapias cognitivas más significativas. Nosotros ofrecemos unas notas características de las terapias cognitivas constructivas con el fin de contrastarlas con las terapias cognitivas tradicionales.

1. La mente es un sistema activo, constructivo, y no sólo un receptor pasivo de datos sensoriales (Weimer, 1977). Dicho de otra manera, conocemos gracias a que obtenemos información mediante la actividad idiosincrásica del organismo en el mundo. Como señaló Weimer (1975) los organismos son teorías de sus ambientes.

2. No se puede asumir la validez del conocimiento (Polkinghorne, 1992). En consonancia con el principio de *incertidumbre* de Heisenberg *todo lo que conocemos es un fenómeno conjunto del observador* y lo *observado*. Las consecuencias psicológicas de este principio fueron claramente desarrolladas por Korzybski (Pula, 1979). Practicar la terapia, como situación en que se construye conocimiento, es estar metidos en un mundo de incertidumbres en el que se debe abandonar la idea de considerar el conocimiento como una aproximación a la 'verdad' (Guidano y Liotti, 1983).

3. Es difícil señalar cuáles son las metas de la psicoterapia constructivista, ya que ésta es básicamente *teleonómica* (con una dirección pero sin un final explícito). La psicoterapia constructivista no busca un resultado estándar para todos los clientes, puesto que la realidad es percibida y conocida de una forma totalmente idiosincrásica por cada cliente (Carmin y Dowd, 1988).

En nuestra opinión la nota primera es una teoría del conocimiento no opuesta, en principio, a la terapia cognitiva tradicional. Las notas segunda y tercera son consecuencias lógicas de asumir una teoría constructivista del conocimiento, que como hemos dicho asumen hoy Beck y Ellis. Esto no impide que las posiciones iniciales de los terapeutas cognitivos estuvieran en desacuerdo con las notas segunda y tercera. La terapia cognitiva en sus inicios era racionalista. Lo que sí podría distinguirles es la aceptación o no de estándares objetivos para validar el conocimiento. En principio los terapeutas cognitivos constructivistas radicales no los admitirían y ahí está, para nosotros, la línea divisoria entre un enfoque cognitivo constructivista, que cabe en nuestra perspectiva conductual de los tratamientos psicológicos, y un enfoque constructivista radical, que principalmente por razones epistemológicas quedaría fuera.

2. NUEVAS APORTACIONES A LA TERAPIA COGNITIVA TRADICIONAL.

Además de los avances dirigidos por los líderes de las terapias clásicas, dentro del modelo cognitivo tradicional se han producido innovaciones interesantes que gozan de cierta presencia en este campo. Nosotros recogemos dos, la Terapia Centrada en Esquemas de Young y la Terapia de Valoración Cognitiva de Wessler.

2.1. LA TERAPIA CENTRADA EN ESQUEMAS DE YOUNG.

Representa esta terapia una nueva e innovadora ampliación del modelo de la terapia cognitiva de Beck y otros (1979). Desarrollada originalmente para la evaluación y el tratamiento de pacientes con trastornos de personalidad, se ha adaptado rápidamente a otros casos problemáticos.

El modelo focalizado en esquemas de Young (1999) surge tras experimentar el autor las limitaciones de las técnicas cognitivas tradicionales para tratar a clientes con trastornos de personalidad y al amparo del movimiento constructivista. La Terapia Centrada en esquemas, frente al trabajo original de Beck, además de centrarse en los esquemas, incluye un mayor énfasis en la relación terapéutica, el funcionamiento interpersonal y las emociones. El modelo de Young presta también una mayor atención a los acontecimientos de la primera infancia como determinantes de los problemas del adulto.

Definición de los Esquemas desadaptativos tempranos (EDTs). Son temas amplios, concernientes al sí mismo y a sus relaciones con los demás que se desarrollan en la infancia. Estos esquemas tienen componentes cognitivos, emocionales, interpersonales y conductuales y quedan, generalmente, fuera de la conciencia, aunque las personas pueden ser entrenadas para identificarlos. Los EDTs tienen varios rasgos que los definen según Young (1999):

1. Son creencias y sentimientos incondicionales sobre uno mismo. Son verdades *a priori* que están implícitas y se dan por supuestos.
2. Son autoperpetuantes y, por tanto, mucho más resistentes al cambio. Puesto que los EDTs se originan prematuramente en la vida, forman el núcleo del autoconcepto del individuo y de la concepción del ambiente.
3. Por definición deben ser disfuncionales de manera significativa y recurrente y Young hipotetiza que pueden llevar directa o indirectamente al distrés psicológico como la depresión o el pánico.
4. Se activan normalmente por acontecimientos ambientales relevantes para un esquema particular.
5. Cuando se activan, normalmente están mucho más estrechamente ligados con altos niveles de afecto que los supuestos subyacentes.
6. Parecen ser el resultado del temperamento innato del niño en su interacción con experiencias disfuncionales con los padres, hermanos y compañeros durante los primeros años de la vida.

Dimensiones de los esquemas y Esquemas Desadaptativos Específicos Tempranos. Young describe dieciocho esquemas desadaptativos tempranos de los que ha hecho una última reformulación en noviembre de 1998 y los agrupa en cinco dimensiones que describen relaciones tempranas disfuncionales con padres y amigos. Estas cinco dimensiones son:

Desconexión y rechazo que comprende a personas carentes de alimentación, afecto, aceptación y estabilidad. Está compuesta por cinco esquemas específicos: *abandono/inestabilidad*, *desconfianza/abuso*, *deprivación emocional* con tres formas de deprivación (alimento, empatía y protección), *imperfección/vergüenza* y *aislamiento social/alienación.*

Desempeño y autonomía deteriorada se refiere a ambientes propios de una infancia complicada y sobreprotectora. Está compuesta por cuatro esquemas específicos: *dependencia/incompetencia, vulnerabilidad al daño o a la enfermedad, inmadurez/complicación* y *fracaso.*

Límites inadecuados. Esta dimensión refleja a personas criadas por padres permisivos y demasiado indulgentes. Se incluyen en esta dimensión dos esquemas específicos que bloquean el desarrollo del niño hasta el límite de sus posibilidades, *derecho/grandiosidad* y *autocontrol y autodisciplina insuficiente.*

Tendencia hacia el otro que implica un centrarse excesivamente en los deseos, sentimientos y respuestas de los otros a expensa de las propias necesidades. Tres esquemas específicos se incluyen en esta dimensión: *subyugación, autosacrificio* y *búsqueda de aprobación/búsqueda de reconocimiento.*

Inhibición e hipervigilancia compuesta por cuatro esquemas específicos que interfieren con el sentido de los niños de satisfacción y espontaneidad: *negatividad/pesimismo, inhibición emocional, hipercrítica/estándares implacables* y *condena.*

Procesos de los esquemas. Los esquemas se asocian con tres procesos: mantenimiento, evitación y compensación. Esos procesos pueden concebirse como estilos de afrontamiento desarrollados en respuesta al esquema. *El mantenimiento del esquema* se manifiesta cuando el individuo reproduce de forma constante pensamientos y creencias y se comporta de tal manera que perpetúa directamente el esquema. *La evitación del esquema* ocurre cuando el individuo procura no reproducir cogniciones, afectos o conductas para que no se active el esquema. La *compensación del esquema* se pone en evidencia cuando el individuo compensa en exceso por un esquema temprano, para no experimentar el afecto desagradable asociado con el esquema. Estos estilos de afrontamiento, como se les viene denominando, son crónicos y se desarrollan en la infancia como resultado del temperamento innato y del modelado de los padres. En la Tabla 25.1. se presentan ejemplos que pueden iluminar la distinción entre los tipos más importantes de conductas impulsadas por esquemas.

TABLA 25.1

EJEMPLOS ILUSTRATIVOS DE PROCESOS CONDUCTUALES IMPULSADOS POR ESQUEMAS (Tomado de Young, 1999 con modificaciones).

ESQUEMA TEMPRANO	CONDUCTA DE MANTENIMIENTO	CONDUCTA DE COMPENSACIÓN	CONDUCTA DE EVITACIÓN	CONDUCTA ADAPTADA

	DEL ESQUEMA	DEL ESQUEMA	DEL ESQUEMA	
Dependencia/ Incompetencia	Depende totalmente de los compañeros para hacer un trabajo.	Realiza un trabajo sólo pudiendo hacerlo en grupo	Demora la realización del trabajo	Realiza el trabajo sólo o con ayuda si la necesita.
Carencia emocional	Elije una pareja que no está libre	Busca de forma constante una pareja	Evita totalmente la intimidad	Tiene una relación profunda y equilibrada en el dar y recibir
Aislamiento social/alienación	Asiste a actividades de grupo, pero se queda apartado	Ataca a los miembros del grupo por falta de compañerismo	Evita totalmente los grupos.	Toma parte en las actividades del grupo con dedicación y entusiasmo

El proceso de la terapia centrada en esquemas. La terapia centrada en esquemas puede presentar un formato de terapia breve, unas 15 sesiones, o, en los casos más graves, puede presentar un formato de terapia más larga y llegar a durar un año aproximadamente. La Terapia centrada en esquemas se compone de las fases de evaluación y comprensión del caso y en la de cambio de esquemas.

Evaluación y comprensión del caso. Requiere esta fase ocho pasos básicos: (1) Identificar los síntomas y problemas presentes en la sesión inicial de evaluación. (2) Administrar el Multimodal Life History Inventory (Lazarus y Lazarus, 1991) y el Young Schema Questionnaire (YSQ) (Young, 1999). (3) Educar al cliente sobre los esquemas y discutir el YSQ. (4) Provocar los esquemas dentro y fuera de la sesión mediante metáforas, por ejemplo discutiendo acontecimientos perturbadores presentes y pasados, examinando la relación terapéutica, etc... (5) Confrontar los esquemas de evitación si fuera necesario. (6) Identificar las conductas impulsadas por esquemas: mantenimiento, evitación y compensación. (7) Integrar la información precedente en una concepción coherente del cliente. (8). Distinguir entre esquemas primarios, secundarios y esquemas conectados.

Estrategias para el cambio de esquemas. El cambio de los EDTs y de los estilos de afrontamiento, que constituye el objetivo de la terapia se consigue mediante cuatro tipos de intervenciones:

Técnicas cognitivas. Se utilizan generalmente para sistematizar el proceso de cambio de esquemas. Se enseña a los clientes técnicas cognitivas que les habilitan para combatir los esquemas cada vez que aparecen fuera de la sesión. Los clientes aprenden qué hacer frente a sus creencias emocionales con argumentos racionales. Los clientes también aprenden cómo los esquemas distorsionan la información y en consecuencia fortalecen la fuerza de las creencias que de otra forma parecerían ilógicas.

Técnicas experienciales. La lógica de estas técnicas es provocar el lado emocional del cliente al mismo tiempo que se trabaja el cambio cognitivo mediante las técnicas cognitivas. Se utilizan técnicas de imaginación, juegos de roles, aireación del afecto y trabajo del niño interior. Cuando las técnicas cognitivas y experienciales cumplen su función el trabajo se centra en el cambio conductual. El cambio conductual es, normalmente, la fase más larga, porque implica cambiar patrones conductuales autodevaluativos que han estado profundamente atrincherados.

Técnicas interpersonales. Estas técnicas se pueden utilizar: (a) con una finalidad educativa, por ejemplo en una *recrianza limitada*, que se puede considerar una experiencia emocional correctiva que ayuda a los clientes a creer en la parte saludable de un nivel emocional. (b) para corregir esquemas cuando surjan en la interacción entre personas, especialmente en la sesión, o (c) con amabas finalidades.

Técnicas conductuales. Cita expresamente (Young, 1999), a este respecto, los cambios ambientales cuando sea necesario y se refiere al entrenamiento en habilidades sociales para el cambio de conductas impulsadas por esquemas en el caso de Carla, junto a otras técnicas como la expresión de la ira.

Concluimos diciendo con Gluhoski y Young (1997) que la terapia centrada en esquemas es una promesa, un tratamiento integrador que ya ha conseguido un alivio significativo en un extenso rango de clientes difíciles, aunque son necesarios estudios empíricos que apoyen esas observaciones.

2.2. LA TERAPIA DE VALORACIÓN COGNITIVA DE WESSLER.

Orígenes. La Terapia de Valoración Cognitiva (TVC) surge a partir de la teoría y terapia cognitiva para el tratamiento de la ansiedad y la depresión en la que Wessler logra escaso éxito mientras las practica de forma ortodoxa (Wessler y Hankín-Wessler, 1991). Wessler explica los fallos que ha encontrado apelando a predisposiciones características de la personalidad en interacción con estresores psicosociales (Millon, 1996), por lo que la TVC se dedicó a atender exclusivamente la vulnerabilidad de la personalidad (Wessler, 1993a, 1993b) y ha evolucionado hacia un enfoque integrado de psicoterapia para los trastornos de personalidad.

La TVC comenzó como una versión alternativa de la TREC (Wessler, 1984, 1987), pero la falta de apoyo empírico a la teoría del procesamiento en paralelo de las emociones y a los *debes* como factores causantes de psicopatología (Wessler, 1996) llevó a Wessler a omitir la piedra teórica angular de la TREC y, por tanto, no podía denominarse ya TREC y comenzó a llamarse TVC, término tomado de los escritos de R.S. Lazarus (Lazarus y Folkman, 1984) sobre el estrés y la emoción, para destacar el hecho de que la *cognición evaluativa* continuaba siendo un objetivo de la intervención terapéutica.

Su teoría se desarrolló como consecuencia de la práctica clínica y se configura sobre el aprendizaje social y la teoría interpersonal (Andrews, 1991a). Sus procedimientos incluyen elementos de la terapia centrada en el cliente, la terapia gestáltica y la TREC. La teoría de Millon (1996) sobre la personalidad influye notablemente en cómo concibe la TVC los trastornos de personalidad.

Supuestos básicos. La TVC mantiene dos supuestos básicos (Wessler, 1997): (1) el afecto, la conducta y la cognición son interdependientes; (2) la búsqueda de seguridad psicológica mediante la repetición de experiencias familiares es una fuente significativa de motivación para la persona.

La TVC ha tomado de la teoría general de sistemas el supuesto de la interdependencia de los componentes de un sistema. Para la TVC los componentes interrelacionados e interdependientes son los procesos psicológicos de afecto (sentimientos emocionales subjetivos y sensaciones corporales), conducta (referida a patrones más que a sucesos aislados) y cognición (entendida como actividad mental).

El afecto es un componente central en la TVC, pero tomado no como respuesta directa a la cognición, enfoque cognitivo e intelectual propio de las terapias cognitivas. La TVC considera este enfoque útil para explicar las reglas, los valores y los juicios morales, pero no para entender el afecto.

Otro supuesto central de la TVC es la admisión de procesos cognitivos no conscientes investigados por Kihlstrom (1987) y Lewicki (1986), entre otros, que representan una alternativa al inconsciente psicodinámico. Wessler considera que las valoraciones más significativas parecen no ser conscientes. Funcionan como algoritmos, rutinas almacenadas para el procesamiento de información social (Wessler y Hankin-Wessler, 1989**).** No se asume que los algoritmos se organicen en grupos formando esquemas, concepto no utilizado en la TVC. Esta consideración supone también pasar de interesarse por las cogniciones conscientemente mantenidas a las cogniciones no conscientes que deben inferirse a partir de lo que la gente hace y dice.

Conceptos teóricos importantes. Conceptos teóricos centrales de la TVC son:

1. *Las reglas personales de vida* (Wessler y Hankin-Wessler, 1990). Son versiones personales de relaciones correlacionales y de causa-efecto que existen en el mundo natural y social, así como versiones personales de principios morales y valores sociales en las que se basan las inferencias y valoraciones.

2. *Las cogniciones justificadoras*. Son negaciones o racionalizaciones defensivas, cuyo propósito es el proporcionar razones para ciertos sentimientos y las conductas que les siguen.

3. *Los afectos personotípicos* (Wessler, 1988). Son experiencias emocionales familiares que proporcionan un sentimiento de seguridad.

4. *Maniobras de búsqueda de seguridad*. Son acciones que construyen la realidad de una manera tal que los resultados producen sentimientos de seguridad a la persona.

5. *Puntos fijos emocionales*. La TVC postula que cualquier persona tiene reglas personales de vida no conscientes que configuran cómo debería sentirse. A estas reglas personales de vida se les conoce como *puntos fijos emocionales.*

El punto fijo emocional varía entre los individuos de acuerdo a su desarrollo histórico personal, aspecto por el que se ha preocupado la TVC más que la terapia cognitiva tradicional (Wessler y Hankin-Wessler, 1991).

Tratamiento. La TVC asume que la persona que actúa en contra de sus intereses, por ejemplo no siguiendo las indicaciones de un terapeuta para resolver sus problemas, está buscando la seguridad de la familiaridad. Ante esta situación la TVC no debate las creencias, como podría hacer la TREC, ni presenta evidencias contrarias a las ideas erróneas del cliente como podría hacer la Terapia Cognitiva. En la TVC se infieren afectos personotípicos, conductas buscadoras de seguridad y justificaciones cognitivas y se da una explicación de su conducta al cliente.

La táctica más importante de la TVC para conocer los patrones cognitivos, afectivos y conductuales es la autocomprensión, o *el insight* de nuestra propia personalidad. La autocomprensión es el fundamento del cambio. Esta es la fórmula para que el cliente pueda entenderlos y trabajar conscientemente contra esa tendencia suya tan poderosa de resistencia al cambio que es la familiaridad. Cuando el cliente llega a este conocimiento, busca de forma consciente la novedad del cambio, sabe que en él se encontrará psicológicamente inseguro, pero ya está preparado para la incomodidad y la disonancia cognitiva. En estas condiciones es cuando puede trabajarse en el autocuidado emocional. Algunos de los mejores métodos para el autocuidado emocional provienen de la terapia cognitiva tradicional, especialmente las autoafirmaciones que crean tranquilidad sean presentadas como autoinstrucciones o inoculación de estrés.

3. LAS TERAPIAS COGNITIVAS CONSTRUCTIVISTAS.

Los desafíos más poderosos al realismo y al racionalismo, propio de las terapias cognitivas tradicionales, derivan de fuentes históricas y contemporáneas. G. Vico, con una perspectiva que enfatizaba los aspectos activos y generativos de los procesos cognitivos humanos, ha sido llamado el padre del constructivismo (Mahoney, 1988a). En esencia el constructivismo afirma que los seres humanos crean y construyen activamente sus realidades personales y sociales. Los defensores más recientes de alguna forma de constructivismo (Mahoney, 1991; Neimeyer, 1993) coinciden en señalar a W. Wundt, F. Brentano, E. Kant, Vaihinger, F. Bartlett, J. Piaget y G. Kelly como antecesores de los modernos planteamientos constructivistas.

En la evolución del constructivismo Neimeyer y Martin (1996), siguiendo el modelo sociológico de Mullins (1973) para analizar los aspectos del funcionamiento social de una disciplina, distinguen las siguientes etapas:

1. Etapa de *ciencia normal* que extienden hasta 1955 caracterizada por el dominio de otro paradigma. Kelly trabaja prácticamente en solitario y va prefigurando la teoría que vendrá. Sólo contó en esta etapa con la colaboración de Howard (Howard y Kelly, 1954). Al final de esta etapa los estudiantes de Kelly delinearon programas de investigación sobre evaluación clínica que siguieron la novedosa teoría de Kelly, por ejemplo el trabajo de Jones (1954) sobre las distancias entre el yo y el otro. Kelly al final de esta etapa publicó poco, pero muchos estudiantes de los que fue tutor llegaron a ser figuras eminentes (p. e. David Hunt, Al Landfield, Brendan Maher, Walter Mischel).

2. La etapa de red (1955-1966): el *nuevo paradigma*. Se inicia con la publicación de Kelly en 1955 de la Psicología de los Constructos Personales. En esta obra se bosquejan primero los principios de la psicología de los constructos personales y se elaboran después con esmero, en más de 1.200 páginas de teoría, métodos e ilustraciones clínicas. Por citar alguna aportación de los muchos estudiantes que acudieron al Estado de Ohio atraídos por la obra de Kelly nos referimos a la realizada por Landfield y sus estudiantes referidas a los sistemas de constructos de los clientes y de los terapeutas anteriores y posteriores a la terapia (Landfield y Nawas, 1964; Nawas y Landfield, 1963). También en notoria la aportación de Bannister y su exportación de la Terapia de los Constructos Personales al Reino Unido. En esta etapa puede decirse que el empuje teórico y empírico ayudó a ganar los seguidores necesarios para el despliegue en EE.UU. y el Reino Unido, pero dejó menos trabajadas las implicaciones de la teoría para el tratamiento.

3. La etapa de 'cluster' (1967-1972): la *consolidación de una tradición*. En esta etapa se fraguaba el enriquecimiento de la Terapia de los Constructos Personales con la orientación humanista y el modelo cognitivo. Maslow había invitado a Kelly a la Universidad de Brandeis en 1965 y en 1967 Kelly leyó el trabajo pionero de Neisser (1967b) sobre psicología cognitiva. Un infarto fatal acabó con su vida en 1967. Su muerte supuso una organización social del grupo más democrática, aunque la teoría acusó falta de cohesión. Los continuadores de esta obra fueron Landfield en EE.UU. y Bannister en el Reino Unido. Éste último produjo una explosión de publicaciones en la Universidad de Londres.

4. La *etapa primera de la especialidad* (1973-1985) se caracteriza por la proliferación del paradigma, de modo que a mediados de la década de los 70 la teoría de los constructos personales alcanzó el estatus de una especialidad clínica identificable, cuyas características más notorias fue el estudio intensivo de la estructura conceptual asociada con distintos tipos de trastornos psicológicos. Estos estudios se centraron en los cambios en el sistema de constructos de los clientes producidos como resultado del tratamiento. Por ejemplo,

Bannister se centró en el estudio de la esquizofrenia (Bannister y otros, 1975) y Fransella en los trastornos de la alimentación (Fransella y Crip, 1979).

5. La *etapa tardía de la especialidad* (1986 hasta el presente): el desafío de la integración. En esta etapa empezó a converger con otras tradiciones psicoterapéuticas en particular con acercamientos cognitivo-conductuales (por ejemplo, Dryden y Golden, 1986), con variantes constructivistas de la terapia de familia (p. e., Hoffman, 1992). Es más, a comienzos de los 90 Ellis y Meichenbaum reinterpretaron la TREC y la modificación de conducta cognitiva como constructivistas, aunque como dicen Neimeyer y Martin (1996), para perplejidad de algunos constructivistas. Estas confluencias crearon una crisis de identidad al ver que tradiciones de terapia, previamente racionalistas u objetivistas, de pronto se han convertido en constructivistas, al menos nominalmente.

Las reacciones dentro de la Terapia de los Constructos Personales han sido variadas. Quienes durante tiempo contribuyeron a la teoría han defendido la singularidad de la Terapia de los Constructos Personales y prevenido contra la posibilidad de ser absorbidos por modelos teóricos potencialmente hostiles (Fransella, 1988). Los terapeutas y teóricos provenientes de la segunda y tercera generación han tendido a dar la bienvenida a la oportunidad de enriquecerse con otras teorías clínicas que comparten una epistemología constructivista. En consonancia con esta postura a lo largo de 1a década de los 90 la perspectiva de los constructos personales comenzó a aparecer junto a las perspectivas narrativa (Gonçalves, 1994), del constructivismo radical (Efran y Fauber, 1995) del construccionismo social (McNamee, 1996) y del constructivismo dialéctico (Greenberg y Pascual-Leone, 1995) en libros y revistas. El florecimiento de estos acercamientos constructivistas a la psicoterapia representó un cambio agradable en el *Zeitgeist* de la psicoterapia, pero también supone una amenaza para la singularidad de una perspectiva de los constructos personales.

3.1. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL ENFOQUE CONSTRUCTIVISTA.

Los proponentes contemporáneos del constructivismo cuestionan si la realidad es fundamentalmente externa y estable y si el pensamiento del hombre concreto es del todo comprensible al separarlo de la acción y el pensamiento humano. Un aspecto fundamental del constructivismo moderno ha sido su aceptación de lo que Weimer (1977) denominó las metateorías motóricas de la mente. Estas son familias o grupos de teorías que conciben la mente humana como de naturaleza proactiva al mismo tiempo que reactiva. Aquí el contraste importante está en la concepción activa, *'de dentro a fuera'* del conocimiento y la perspectiva más pasiva *'de fuera a dentro'* ofrecida por las metateorías sensoriales. La última metateoría sensorial, la del procesamiento de la información, concibe el cerebro como un colector de información vía sentidos y la información recogida se presume que reside en el mundo externo. Donde las metateorías sensoriales destacan el papel de los mecanismos de *feedback* en el aprendizaje y adaptación, las metateorías motóricas enfáticamente añaden mecanismos de proalimentación (*feed-forward*) que activamente constriñen e influyen momento a momento los patrones de experiencia. Los constructivistas, pues, cuestionan la clásica distinción entre *input* y *output*.

Neimeyer (1993) resume en estas notas las características básicas del modelo constructivista:

1. Asunción parcial de los presupuestos del construccionismo social y, sobre todo, de la construcción social de los sistemas de creencias.

2. Presunción de la viabilidad del conocimiento, no de su validez. La existencia de un constructo es función de su grado de coherencia respecto al sistema personal o social en que se incluye y la viabilidad está en función de las consecuencias que tiene para el individuo o el grupo que lo mantiene en un momento determinado.

3. El significado de la experiencia es construido, individual o colectivamente, por los seres humanos que son agentes activos.

4. El conocimiento humano es interpersonal, evolutivo y proactivo (anticipatorio), en oposición a enfoques que ven al conocimiento como siendo reactivo, pasivo y determinado.

5. Los sistemas humanos se caracterizan por un desarrollo autoorganizativo, que busca proteger y mantener la coherencia y la integridad interna (Guidano, 1991).

3.2. ORIENTACIONES CONSTRUCTIVISTAS EN TERAPIA.

Dice R. Neimeyer (1993) que la psicoterapia constructivista aparece como un 'conjunto borroso' con demarcaciones indistinguibles, cuyos miembros manifiestan una considerable diversidad e incluso contradicciones ocasionales. Para facilitar una representación equilibrada de esta familia de acercamientos, presentamos una reseña selectiva de las líneas interactivas que constituyen esta tradición clínica sugiriendo algunas de sus contribuciones a esta perspectiva emergente.

3.2.1. La Terapia de los Constructos Personales de Kelly.

El primer intento sistemático para articular una teoría constructivista de la práctica clínica lo hizo G. Kelly (Neimeyer, 1995). Antes de articular su teoría experimentó las limitaciones del modelo psicodinámico en su trabajo como psicólogo clínico en Kansas durante la Gran Depresión y a falta de un modelo alternativo de terapia bien desarrollado se dispuso a elaborar el suyo. Integró la semántica general de Korzybski (1933), que insistía en la función del lenguaje como definitorio de la realidad, con procedimientos inspirados en el psicodrama de Moreno (1937) como exponen Stewart y Barry (1991). Con este maridaje practicó y fue perfeccionando la terapia del desarrollo de roles durante la década de los 40 y primeros años de la década de los 50 con notable éxito.

A pesar de este éxito, y quizás por él, Kelly estaba insatisfecho con este enfoque puramente pragmático y por ello se esforzó por construir un sistema cuyo fruto fue la *Psicología de los constructos*

personales (1955), una teoría inusualmente comprensiva de la personalidad y de la práctica clínica. Kelly (1955) reconoce su deuda con los enfoques fenomenológicos y, además, subraya que su postura estaría más cercana a la defendida por los desarrollos que se produjeron a partir de la influencia de la escuela de la Gestalt. Para Kelly, estos enfoques habrían superado ampliamente la fenomenología de Husserl y se adhiere a lo que llama punto de vista neofenomenológico que recoge de Snygg y Combs (1959).

Algo fundamental para este autor será que *la manera de pensar de un individuo es un fenómeno real, prescindiendo de lo mal que pueda representarse a si mismo el resto de la realidad*. Kelly veía al ser humano como un científico que constantemente está deseando anticipar y predecir los acontecimientos. La forma en que anticipe tales acontecimientos o, dicho de otra forma, sus constructos personales conformarán y guiarán su conducta (Bernstein y **N**ietzel, 1980). El sistema de constructos de una persona, que es único, puede progresar y desarrollarse cuando se pone en contacto con los de otras personas.

Por lo que respecta a la terapia, Kelly afirma que los constructos se pueden validar a partir de su adecuada corrección o incorrección para predecir los acontecimientos. La mejor forma, para Kelly, es contrastar experimentalmente con la realidad tales constructos. Los clientes suelen experimentar miedo ante el posible cambio de su sistema de constructos en caso de que éstos no fueran validados y los terapeutas deben prestar atención a ello intentando transmitir confianza**.**

La teoría de Kelly consta de un postulado fundamental y once corolarios fundamentales. El postulado fundamental viene a decir que '*los procesos de una persona están psicológicamente canalizados por el modo en que anticipa los acontecimientos'*. Habría que decir a este respecto que la teoría y los planteamientos terapéuticos globales de Kelly son bastante complejos y, quizás por eso, en su momento no tuvo muchos seguidores. Hoy, sin embargo, se aplica a campos muy variados, la terapia de pareja (Kremsdorf, 1985), la terapia de familia (Feixas, 1990) y la terapia para personas con trastornos severos o personalidad *borderline* (Leitner, 1988; Soldz, 1987). La terapia de Kelly, entendida de forma global, está dirigida a reconstruir el sistema de constructos del cliente y un método fundamental para lograr este propósito, es la terapia del rol fijo**.**

Los teóricos constructivistas han ideado el método usado con más frecuencia para elicitar el sistema de creencias de una persona, el sistema de rejilla. La técnica de rejilla está viendo incrementado su uso gracias a los avances informáticos (Sewell y otros, 1992) y a los avances matemáticos que permiten explicar la estructura de los sistemas de constructos personales.

3.2.2. La Terapia Cognitiva Evolutivo-Estructural.

El movimiento evolutivo, afín en cierta medida con la perspectiva interesada en el análisis de los sistemas complejos, se refiere no solamente al incremento del interés en el desarrollo psicológico humano a lo largo del ciclo vital, sino también al interés creciente en los procesos fundamentales del cambio. Ilustraciones de estas tendencias dice Mahoney (1988a) son la epistemología evolutiva y la autopoyesis. La epistemología evolutiva implica el estudio de los sistemas de conocimiento y su desarrollo a lo largo del tiempo. La autopoyesis se refiere al autodesarrollo en los sistemas abiertos, complejos y en desarrollo. Estos demuestran una capacidad organizativa poderosa que transforma su propia estructura básica cuando el equilibrio dinámico del sistema está suficientemente amenazado por perturbaciones. El desorden y el desequilibrio son fenómenos naturales que juegan un papel integral en la transformación del sistema hacia una organización más viable y de un orden superior (Brent, 1978, 1984; Dell, 1982; Jantsch, 1980, 1981; Maturana, 1975; Maturana y Varela, 1980; Varela, 1979; Zeleny, 1980).

Para Dobson (1988b) la perspectiva estructural comparte ciertos aspectos con las terapias cognitivas tradicionales, pero se distingue en que admite una base estructural formal para la conducta, emoción y cognición humana (Guidano, 1984; Guidano y Liotti, 1983; Mahoney, 1984). Se asume que el conocimiento del mundo tiene una base evolutiva y que la evolución de estructuras cognitivas únicas hace que la alteración posterior de estas estructuras sea cada vez más dificultosa. Otro aspecto importante de estas terapias es que asumen la resistencia al cambio y que el cambio mismo puede ser, a veces, perjudicial más que beneficioso para el cliente.

A nivel técnico estas terapias promueven muchas de las mismas intervenciones técnicas que las terapias de aprendizaje cognitivo. Sin embargo, enfatizan también aspectos de funcionamiento que son ampliamente ignorados en otras orientaciones cognitivas, como la exploración histórica de las fuentes de una disfunción actual como medio de comprender la base evolutiva del problema presente en la terapia. También es más probable que estas terapias asuman que están operando mecanismos cognitivos de los que el cliente tiene poca o ninguna conciencia.

Otra característica importante, dice Caro (1995), derivada de la epistemología evolutiva que defienden, es que el terapeuta constructivista debe definir el cambio dentro de la perspectiva total del cliente (Guidano, 1987) y situar la finalidad de la terapia en el mundo del cliente, no en el del terapeuta. Para lograr esta meta, los terapeutas alientan a los clientes a descubrir (o inventar) sus propios conceptos, creencias, valores, etc..., coherentes con sus estructuras sociocognitivas. Esta posición de los terapeutas significa primar o equiparar el conocimiento y comprensión que los clientes tienen de sus problemas frente a los del terapeuta (Joyce-Moniz, 1985).

Esta posición nos permite entender la distinción que se hace entre la realidad de primer y la de segundo orden (Watzlawick, 1990**).** La *realidad de primer orden* se refiere a una realidad objetiva, mientras que la *realidad de segundo orden* se refiere a la que construimos al dar significado o valor a la realidad de

primer orden. El terapeuta constructivista trabaja con esta realidad de segundo orden, trabaja con las consecuencias que para el cliente tiene su forma de ver el mundo, sus pensamientos, sentimientos, acciones, etc..., y no intenta dirigir al cliente para que logre un ajuste al mundo de lo *real* entendido en el sentido de la realidad de primer orden.

Entre las contribuciones importantes del acercamiento evolutivo estructural a la terapia constructivista Neimeyer (1993) cita el estudio de la relación entre los patrones problemáticos del apego infantil (Bowlby, 1973) y las *autoteorías* restrictivas propias de edades posteriores (Liotti, 1986). Guidano y Liotti (1983) citan la posible relación entre el apego ansioso a un educador sobreprotector incapaz de demandar conductas de ayuda y compañerismo y el caso de los agorafóbicos. Modelos similares se han desarrollado para ayudar a explicar estados fóbicos y de ansiedad y otros trastornos (Lorenzini y Sassaroli, 1987; Mancini y Semerari, 1990).

Aunque el desarrollo evolutivo estructural ha hecho contribuciones teóricas sofisticadas a la literatura constructivista, especialmente en el área de los procesos de identidad personal (Guidano, 1991), también han realizado contribuciones importantes a la psicoterapia en general tal como ya hemos hecho notar. Este enfoque legitima, más que otras terapias cognitivas, la exploración de las primeras relaciones de apego, lo que le acerca a las terapias psicodinámicas (Mahoney, 1988b), y ha permitido generar técnicas terapéuticas novedosas (revisión de vida y 'tiempo ante el espejo' (*mirror time* = método de observación en que se pide a una persona que pase tiempo delante de un espejo reflexionando sobre sus experiencias) que ayudan al cliente a confrontar e integrar aspectos de su identidad que puedan experimentar como dolorosos o conflictivos (Mahoney, 1991).

Además de Guidano y Liotti se mueven en esta línea de pensamiento Ivey (1986) y Rosen (1985). Este último defiende que el pensamiento piagetiano contribuye a sentar las bases para una reflexión metateórica sobre la tarea terapéutica, más que a delinear una terapia propiamente dicha.

3.2.3. La Reconstrucción Narrativa**.**

La reconstrucción narrativa es un fenómeno relativamente reciente que se ha manifestado en diversas áreas de la psicología como la psicología social (Harvey, 1989), la psicología cognitiva con la teoría de los *scripts* (Abelson, 1989; Carlson y Carlson, 1984). Bruner (1990) y la psicología cultural (Bruner, 1990). Desde esta perspectiva Bruner argumenta que el objetivo último de un programa de esta naturaleza es interpretar más que explicar los significados lingüísticos y discursivos mediante los que las personas construyen sus vidas para sí mismos.

La asunción común de estos acercamientos *literarios* al fenómeno psicológico es que la estructura de las vidas humanas es inherentemente narrativa en su forma. Las personas constituyen y son constituidas por las historias que viven y las historias que cuentan y se cuentan (Mair, 1988).

La reconstrucción narrativa tiene en O.F. Gonçalves un representante importante que se centra en el proceso de construcción de significados. En esta línea Harré (1994) considera una *segunda revolución cognitiva* el esfuerzo por retomar el lenguaje como elemento central de la construcción del conocimiento. El carácter significador del lenguaje es el resultado del modo en que las palabras se van relacionando unas con otras mediante el establecimiento de una matriz narrativa. Las exigencias, pues, de comprender cómo los seres humanos construyen, organizan y transforman el conocimiento, impone constituir el significado en objeto central de la psicología e implica recurrir a la narrativa como matriz de esta organización de significados.

La terapia de reconstrucción narrativa tiene como objetivo llevar al cliente a construir, en el curso de su interacción con el terapeuta y con su comunidad conversacional, una realidad múltiple de experiencias sensoriales, emocionales, cognitivas y de significación. Desde esta perspectiva, el trastorno psicológico está provocado por la incapacidad de dar cuenta de la diversidad y potencialidad de la experiencia a través de la organización de un discurso narrativo que sea, simultáneamente, diverso, complejo y coherente. La incapacidad para dar cuenta de la diversidad deriva de asumir la existencia de una realidad externa o interna absolutas y, en gran medida, insustituibles y de ser el constructor único de esa realidad (Gonçalves, 1997a).

La psicoterapia de reconstrucción narrativa procura responder a estos problemas facilitando una construcción narrativa que proporcione al cliente una elaboración múltiple de los contenidos de la narración, que sea, procesualmente, más compleja y, estructuralmente, más coherente en un contexto de elaboración discursiva y conversacional con el terapeuta, o con otros elementos significativos de la comunidad lingüística del cliente.

El desarrollo de una actitud narrativa se logra a través de un proceso que permite estructurar cinco elementos esenciales a lo largo de otras tantas fases del proceso terapéutico: recuerdo, objetivación, subjetivación, metaforización y proyección (Gonçalves, 1997b). Mediante este proceso el cliente se ejercitará en la construcción de nuevos significados de su realidad pasada, presente y futura.

Este enfoque no es ajeno a la investigación que se centra en cuatro interrogantes fundamentales (Gonçalves, 1997a): (1) La organización del conocimiento de un modo narrativo a lo largo del proceso de desarrollo. (2) La existencia de narrativas patológicas prototípicas. (3) El efecto terapéutico resultante de la elaboración narrativa y (4) Los elementos o mecanismos de la narrativa que potencian su eficacia terapéutica. Esta investigación se desarrolla en torno a la Universidad de Minho y al Centro de Psicoterapia Cognitiva que dirige O.F. Gonçalves.

Otras contribuciones prácticas, en la perspectiva de ver la psicoterapia como una reconstrucción narrativa, son el uso creativo de un diario de trabajo para ampliar y profundizar en la autoexploración y autoexpresión del cliente (Mahoney, 1991; Rainer, 1978) y las estrategias para la transformación de las mitologías personales conflictivas que guían las acciones y elecciones de la gente (Feinstein y Krippner, 1988).

Entre las contribuciones nuevas del acercamiento narrativo a la terapia están la objetivación del problema viéndolo como un *script*, un texto o un oponente metafórico que buscara destruirte y que el cliente tuviera que desafiar. White y Epston (1990) han trabajado en esta línea compartiendo con los clientes notas referidas al progreso bajo la forma de preguntas, *declaraciones de independencia* o *certificados de un conocimiento especial* ganados como resultado de esforzarse y superar las dificultades.

Los terapeutas que trabajan dentro de la tradición narrativa son altamente reflexivos y ven la explicación y reconstrucción de sus propias historias terapéuticas a lo largo del curso del tratamiento en los mismos términos que las revisiones narrativas hechas por sus clientes (Viney, 1990).

BLOQUE 3. EL MOVIMIENTO HACIA LA INTEGRACIÓN.

A pesar de que actualmente existen aproximadamente unas 400 (Karasu, 1986) o 500 versiones de la psicoterapia (Mahoney, 1994), la fuerza centrífuga y diferenciadora que este número de psicoterapias representa se ve contrabalanceada por un fuerte interés en la exploración de las semejanzas y los factores comunes de esta diversidad expansiva. Puede que la psicología se acerque o no a una unificación atribuida a otras ciencias y profesiones (Bower, 1993; Koch, 1993), pero un diálogo abierto sobre esta diversidad será, probablemente, un fruto enriquecedor en el siglo que se aproxima (Alford y Norcross, 1991; Arnkoff y Glass, 1992; Beck, 1991).

El panorama de la psicoterapia en los años recientes y en el momento presente ofrece muchas contradicciones. Por ejemplo, la mayoría de los psicoterapeutas tienen un fuerte compromiso con un enfoque concreto de la psicoterapia a pesar de que hay poca evidencia de que uno de ellos sea más efectivo que otro (p. e. Beckham, 1990; Elkin y otros, 1989; Lambert, Shapiro y Bergin, 1986; Sloane y otros, 1975; Smith, Glass y Miller, 1980; Stiles, Shapiro y Elliott, 1986). Por otro lado, existen diversos indicadores (revistas, centros, asociaciones, institutos) de la existencia de diferentes enfoques en psicoterapia. Es más, a partir de finales de los 70, aparecieron numerosos manuales dedicados a tratamientos específicos (Beck y otros, 1979; Luborsky, 1984; Strupp y Binder, 1984), pero la mayoría de los terapeutas profesionales se identifican a sí mismos como *eclécticos* o *partidarios de una psicoterapia integradora* (Garfield y Kurtz, 1976; Norcross y Prochaska, 1983, 1988) y los psicólogos, en general, creen que el eclecticismo ofrece la mejor esperanza para un acercamiento comprehensivo al tratamiento (Smith, 1982). La emergencia con fuerza, a partir sobre

todo de la década de los 80, del movimiento hacia la integración de la psicoterapia es una respuesta a estas contradicciones, aunque, como dice Murray (1983), ha ocurrido más como un estado de opinión que como un progreso científico ordenado.

CAPÍTULO 26. POSICIONES INTEGRADORAS.

1. DELIMITACIÓN DE TÉRMINOS.

Dos son los términos que con más frecuencia aparecen en las publicaciones que versan sobre acercamientos plurales a la terapia, integración y eclecticismo.

El término eclecticismo ha sido usado de forma indiscriminada e inconsistente. Es un término vago y nebuloso cuyas connotaciones van desde un sinónimo desgastado para referirse a cierta vaguedad teórica hasta un término que hace referencia a una psicoterapia comprehensiva. Sobre él existe el debate de si el eclecticismo constituye una orientación teórica o simplemente es la ausencia de una orientación teórica definida. Thorne (1973), entre otros, insiste en que el eclecticismo es la aceptación activa de una orientación, aunque más amplia y más integradora. Garfield (1980), por el contrario, usa el término ecléctico para indicar que uno no se adhiere a una escuela particular de psicoterapia. Arkowitz (1997) considera que el término eclecticismo denota un acercamiento pragmático en el que el terapeuta usa cualesquiera técnicas que cree probable que sean efectivas, con poca o ninguna teoría en que sustentar o guiar estas elecciones.

El término integración, para Norcross (1986), se refiere a incorporar partes en un todo y lo considera una forma de eclecticismo, la forma, actualmente, más prevalente de eclecticismo, según él. Arkowitz (1997), por su parte, considera la posición integradora actual como todo intento de construir algún marco coherente para comprender o predecir el cambio y para determinar las elecciones de los procedimientos de terapia.

Nosotros consideramos, y en esto coincidimos con Norcross (1986), que la práctica clínica puede verse como un continuo que va desde un polo, en que se situaría una orientación singular, a otro polo en que tendría cabida la integración de todas las orientaciones. La práctica del psicoanálisis ortodoxo o el conductismo radical representarían un extremo. Un acercamiento combinado, por ejemplo el enfoque cognitivo-conductual, podría ser una posición ulterior en el continuo y serían, seguramente, muchas las posiciones que podrían marcarse hasta llegar al polo en que se integraran todas las orientaciones. ¿Dónde situar el inicio del eclecticismo?. No hay ningún corte arbitrario en el continuo en que situar el inicio del eclecticismo. Como hemos venido defendiendo respecto a las adscripciones teóricas, la clasificación de ecléctico, como la mayoría de las orientaciones no singulares, sólo se puede atribuir desde la decantación personal de los terapeutas. Los oscuros límites del

eclecticismo se encuentran entre el acercamiento de dos orientaciones combinadas y la integración inalcanzable de todas las teorías.

2. DETERMINANTES Y MANIFESTACIONES DEL MOVIMIENTO HACIA LA INTEGRACIÓN.

La idea de ser capaces de integrar los diferentes acercamientos psicoterapéuticos ha interesado a los profesionales de la salud mental durante más de 50 años. Ha sido a partir de la década de los 80, sobre todo, cuando la integración de la psicoterapia ha comenzado a desarrollarse como un área de interés claramente definida y, por ello, cabe preguntarse por qué se produce o qué determina ese interés especial en un tiempo concreto.

La explicación a este desarrollo tiene que partir de considerar cómo se han desarrollado las psicoterapias. Gold (1993) hace notar que las escuelas de psicoterapia se desarrollaron en situaciones y momentos de la historia de los servicios de salud mental que originalmente contribuyeron a su aislamiento. La segregación y las actitudes sectarias asociadas con la psicoterapia fueron las responsables, en gran medida, de la falta de deseos de los psicoterapeutas de cualquier orientación de aprender de las teorías, técnicas, éxitos y fracasos ajenos. Como ha hecho notar también Gold (1990), los desarrollos en psicoterapia casi siempre han sido integradores. Los psicoterapeutas han estado deseosos de incorporar ideas y métodos de las ciencias sociales y naturales, de la medicina, filosofía, teología y literatura, pero la práctica de la psicoterapia creció exponencialmente en las décadas posteriores a la segunda guerra mundial en que se produjo una división en bloques y se marcaron fronteras profesionales que inicialmente separaron a los practicantes de diferentes orientaciones.

A pesar de esta situación, el grado de comunicación e integración de sistemas terapéuticos y de los profesionales afines a cierta integración fue alentado por dos desafíos al estatus y seguridad de la psicoterapia y de los psicoterapeutas que se plantearon en las décadas de los 70 y 80. Estos fueron:

1. *La necesidad de responder a la disminución de recursos económicos* para los servicios de salud demostrando, al mismo tiempo, la efectividad de estos servicios.
2. *La poderosa tendencia en psiquiatría y medicina para concebir y tratar la psicopatología desde una perspectiva biomédica*.

Ambas presiones fueron críticas para cambiar el punto de vista de muchos terapeutas. En vez de buscar la mejor terapia empezaron una búsqueda más pragmática, buscar y encontrar la mejor terapia entre muchas para así poder sobrevivir económica y profesionalmente. A estos dos factores de naturaleza socioeconómica se unieron otros factores de naturaleza sociológica.

3. *El cambio generacional de líderes en terapia*. En la década de los 80, las escuelas más importantes de psicoterapia habían generado ya, cada una de ellas, varias generaciones de profesionales, muchos

de los cuales no respetaban la frontera entre el sectarismo ortodoxo y la integración heterodoxa. Muertos los líderes (Eysenck, Freud, Rogers, Skinner, recientemente Wolpe) o modificados sus centros de interés, los nuevos líderes (Beck, Ellis, Mahoney y otros), permanecen vitales y activos, pero no pueden comandar en exclusiva. En consecuencia, muchos terapeutas nuevos toman lo que aprendieron en sus familias de origen y lo llevan a campos socioculturales más amplios donde se esfuerzan en engranar sus tradiciones con nueva información y nuevas formas de trabajar clínicamente.

4. *La creación de clínicas para el tratamiento de trastornos específicos*, (disfunciones sexuales, agorafobia, depresión, trastornos de la alimentación, etc...) que tuvo lugar a finales de los 70. Estas clínicas tuvieron equipos de dirección formados por profesionales de diferentes orientaciones terapéuticas, que pusieron el énfasis en su experiencia clínica en estos problemas más que en la orientación teórica que profesaban. Esta situación suponía un contraste con el énfasis inicial en institutos dedicados a la práctica de terapias específicas.

Todo esto ha propiciado tanto una reducción en la pugna ideológica como el revuelo de la aproximación. Los debates entre sistemas teóricos parecen ser menos polémicos, o, al menos, más centrados en cuestiones específicas. El substrato teórico de cada sistema está siendo objeto de una intensa reevaluación y los psicoterapeutas reconocen las inadecuaciones de cualquier sistema y el valor potencial de los otros.

Por otro lado se han producido aportaciones teóricas o evolución de los modelos previos y de la práctica terapéutica que facilitan la integración, por ejemplo:

5. *La mayor proximidad entre modelos* contrapuestos a medida que éstos evolucionan históricamente, por ejemplo terapia de conducta y psicoanálisis (Gallatin, 1983).

6. *El interés creciente por la psicoterapia breve* durante los últimos 20 años (Budman, 1981). Este interés se unía al desarrollo de terapias centradas, principalmente, en el problema y esto facilitó el darse cuenta de los elementos comunes en las terapias.

7. *La irrupción del cognitivismo* con la consiguiente importancia concedida a determinadas variables internas como factores causales de la conducta que ha supuesto no sólo un aumento en los intentos de integración entre el psicoanálisis y la Terapia de Conducta (Egan, 1975; Ferster 1974; Grinker, 1976; Kaplan, 1974; Silverman, 1974; Strupp 1976), sino que el propio Beck (Alford y Beck, 1997; Beck, 1991) postule su terapia cognitiva como matriz de integración entre terapias o como lenguaje -en un esfuerzo que recuerda los intentos de Dollard y Miller en la década de los 50- para facilitar la comunicación entre las distintas orientaciones terapéuticas (Goldfried y Strupp, 1980). Este lenguaje podría establecerse a partir de los conceptos acuñados por la psicología cognitiva experimental (Goldfried y Padawer, 1982; Landau y Goldfried, 1981; Ryle, 1978; Sarason, 1979).

8. *El desarrollo de redes profesionales*. La apertura a las contribuciones provenientes de diversas orientaciones ha dado lugar a numerosas publicaciones, organizaciones y conferencias. Han florecido sistemas específicos de práctica ecléctica (p. e., Beutler, 1983; Garfield, 1980; Hart, 1983; Lazarus, 1981; Palmer, 1980; Prochaska y DiClemente, 1984; Thorne, 1973), antologías influyentes (p. e., Goldfried, 1982a; Marmor y Woods, 1980; Wachtel, 1977) y compilaciones de tratamientos prescriptivos (p. e., Frances, Clarkin y Pemg, 1984; Goldstein y Stein, 1976).

9. *Han aparecido diversas revistas eclécticas* (p. e., International Journal of Eclectic Psychotherapy, Comprehensive Psychotherapy y Journal of Psychotherapy Integration que se empezó a publicar en 1991 patrocinada por la SEPI) y series especiales de artículos (p. e., Brady y otros, 1980; Garfield, 1982; Goldfried, 1982b; Kendall, 1982, Wachtel, 1982).

10. Tres *organizaciones interdisciplinarias y no ideológicas* -the Society for Psychotherapy Research (SPR), the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI), y the International Academy of Eclectic Psychotherapists (IAEP)- ejemplifican también el espíritu de una investigación abierta y una colaboración creciente. Otra manifestación de esta tendencia son las conferencias y *symposia* sobre eclecticismo.

3. ORIENTACIONES EN EL MOVIMIENTO HACIA LA INTEGRACIÓN.

Actualmente hay tres orientaciones principales en el campo de la integración de las psicoterapias (Arkowitz, 1989; 1992; 1997): 1) La integración teórica. 2) Los factores comunes y 3) El eclecticismo técnico. Las tres comparten la idea central de que hay mucho que aprender si miramos más allá de los límites de un acercamiento único. Tienen, sin embargo, sus matizaciones.

En la ***integración teórica*** se integran dos o más terapias con la esperanza de que el resultado de las terapias integradas sea superior al de cada una de las terapias que la componen. Como su nombre indica se pone un cierto énfasis en integrar las teorías que están a la base de las técnicas que entran a formar parte de lo que London (1986) llama la fusión técnica. Las propuestas de integrar el psicoanálisis y la terapia de conducta ilustran esta posición y, particularmente, los trabajos de Greenberg y Safran (1987), Gurman (1981), Thoresen (1973) y Wachtel (1977, 1982, 1987, 1997).

El acercamiento de los ***factores comunes*** busca en las diferentes terapias los elementos que pueden tener en común. Se parte del supuesto de que, para explicar el éxito de las terapias, los elementos comunes pueden ser tan importantes como los factores únicos que les diferencian. Los factores comunes identificados pueden entonces llegar a ser la base más parsimoniosa de la teoría y la práctica. Arkowitz (1997) identifica a Frank (1961, 1982) y a Goldfried (1980, 1991) como los líderes de este acercamiento.

El ***eclecticismo técnico*** es menos teórico que los dos enfoques anteriores y es visto como la estrategia de seleccionar lo que parece mejor de entre varias alternativas para una persona y un problema particular. La selección de técnicas se hace con el criterio pragmático de elegir lo que ha funcionado mejor en el pasado con otras personas con similares características y problemas. La fundamentación del eclecticismo técnico es más actuarial que teórica, se preocupa más por saber para quienes resultan beneficiosas determinadas técnicas que por conocer los mecanismos explicativos del éxito. El trabajo de Beutler (1983), Beutler y Clarkin (1990) y Lazarus (1976, 1981) son ilustraciones de esta forma de integración.

4. EVOLUCIÓN Y VITALIDAD DEL MOVIMIENTO HACIA LA INTEGRACIÓN A FINALES DEL SIGLO XX.

No podemos en este punto hacer una exposición detallada de la evolución del movimiento hacia la integración. Este objetivo lo cubren sobradamente Goldfried (1982b) y Goldfried y Newman (1986), por lo que se refiere al eclecticismo o a la integración en general, y Arkowitz (1984) en lo referente a la integración teórica. Una perspectiva general del momento presente puede verse en Stricker (1993). Aquí nos vamos a centrar en las propuestas más recientes y significativas en cada uno de los enfoques que hemos distinguido en el movimiento a la integración y puede consultarse para más detalle Arkowitz (1997).

4.1. EVOLUCIÓN Y VITALIDAD DEL MOVIMIENTO HACIA LA INTEGRACIÓN TEÓRICA.

Es claro que la integración teórica está teniendo impacto sobre el pensamiento y la práctica en el campo de la psicoterapia, pero parece vislumbrarse una contradicción en la integración: la integración de hoy puede ser la orientación de escuela única de mañana. Tal es el escenario que sugieren los Institutos para una Psicoterapia Integradora y la certificación de psicoterapeuta integrador.

Arkowitz (1997) considera que esto no es lo que se espera del movimiento hacia la integración teórica y propone, como modelo de integración teórica, la visión original de Wachtel (1977) sobre la integración psicodinámica-conductual. Él pretendió un marco que diera forma a la integración más que la integración definida de un acercamiento con otro.

El problema que tiene esta propuesta de Arkowitz (1997) es cómo concebir ese marco que encuadra la integración. Él considera que puede ser el modelo de *sistema abierto* al que se refiere Schwartz (1991). Este modelo contempla no sólo la interacción de los elementos que lo componen, sino que toma en consideración los nuevos elementos que se van a introducir y los viejos ya existentes. Se valora la cohesión interna del sistema, de

modo que no cualquier elemento es susceptible de entrar en un sistema determinado. Además, el modelo de *sistema abierto* puede generar diferentes modelos en distintos tiempos que conduzcan a nuevas teorías, variaciones en la terapia clínica y nueva investigación.

Existe una tendencia reciente en la teoría sobre psicoterapia que va más allá de un marco de referencia psicodinámico-conductual en que se pretenden integrar aspectos cognitivos, afectivos, conductuales e interpersonales del funcionamiento humano (p e. Andrews, 1991b; Beckham, 1990; Goldfried y Safran, 1986; Greenberg y Safran, 1987, 1989; Horowitz, 1988; Schwartz, 1991). Es más, algunos defensores de esta tendencia cuestionan que pueda establecerse una clara distinción entre estos sistemas de respuesta (p. e. Schwartz, 1991). Beckham (1990) plantea la depresión desde esta perspectiva y sugiere que la depresión puede verse como un sistema homeostático en la medida en que implica muchos componentes diferentes de la vida del cliente y consiste en bucles de *feedback* entre los componentes que se mantienen recíprocamente. Beckham argumenta que las diferentes terapias para la depresión pueden ser igualmente efectivas porque todas alteran este balance homeostático al intervenir a partir de una parte o componente del sistema.

Una idea más reciente sobre la integración teórica la expone Arkowitz (1997) al ver las reflexiones y propuestas de Gold y Wachtel (1993), Messer (1992) y Stricker y Gold (1996) sobre la integración. Arkowitz piensa que la mayoría de los terapeutas integradores parecen funcionar mejor desde la perspectiva de un acercamiento básico único, pero ampliando ese acercamiento con la asimilación de otras ideas y técnicas. Por otro lado, hace notar que no sólo se produce un cambio en la técnica que es asimilada en un contexto. También se produce una acomodación del contexto básico al asimilar las estrategias y teorías clínicas. La acomodación será mínima cuando se asimile una técnica aislada o puede ser más profunda, por ejemplo, cuando se asimile un enfoque cognitivo-conductual en una orientación psicoanalítica interpersonal como es el caso de Wachtel. Por ello, termina Arkowitz diciendo que la integración teórica no es tan integradora y es probable que en el futuro se hable de integración asimiladora y también de acomodación.

4.2. EVOLUCIÓN Y VITALIDAD DEL ENFOQUE DE LA BÚSQUEDA DE FACTORES COMUNES.

Uno de los fundamentos que guía la investigación de factores comunes es el convencimiento de que todas las terapias son igualmente efectivas. Hasta 1970 esta era una creencia no confirmada. Después de esta fecha, apareció un número amplio de estudios bien controlados cuyos resultados fueron consistentes con esta conclusión (Beckham, 1990; Elkin y otros, 1989; Lambert, Shapiro y Bergin, 1986; Sloane y otros, 1975; Smith, Glass y Miller, 1980; Stiles, Shapiro y Elliott, 1986). Por otro lado, algunas revisiones (Beutler y otros, 1991; Lambert, 1989) sugerían que las técnicas explicaban menos del 15% de la varianza de los resultados de la psicoterapia.

Se pregunta Arkowitz (1997) cómo puede la identificación de algo que ya está en las terapias crear algo mejor que la terapia original. La respuesta puede estar en el concepto de *bootstrapping* procedimiento que crea algo mejor sin ayuda externa. En términos estadísticos, el *bootstrapping* intenta mejorar nuestra habilidad para predecir reduciendo los sesgos y errores de medida que están asociados con cada predictor individual. En el caso de las terapias, los predictores individuales son las diferentes terapias. Crucial para los procesos de *bootstrapping* es la relación de los factores identificados con un criterio importante. El criterio importante en este caso es el resultado terapéutico positivo y la meta del enfoque de factores comunes es descubrir el perfil de factores asociados con este criterio. Es concebible que en este perfil el *bootstrapping* arroje un peso diferente de los factores para diferentes problemas clínicos.

Desde 1980 ha habido un aumento claro del interés en el acercamiento de los factores comunes, de modo que se han publicado más libros y artículos durante estos años que quizás en todos los años previos combinados y las propuestas y discusiones se han hecho más específicas.

La década de los 80 se abrió con dos artículos significativos. Brady y otros (1980) se plantearon la cuestión de conocer los ingredientes efectivos en psicoterapia y confirmaron que facilitar a los clientes nuevas experiencias, dentro y fuera de la terapia, era un ingrediente central a todas las terapias. Facilitar nuevas experiencias es una descripción muy general, por lo que una tarea que se ofrece como perspectiva de investigación es cómo se sugieren en las distintas terapias y cómo estas nuevas experiencias facilitan el cambio. Goldfried (1980) sugirió que la existencia de factores comunes se investiga a un nivel intermedio de abstracción, entre teorías amplias y técnicas específicas. Goldfried llama a esta estrategia *estrategia clínica*. Además indicó dos estrategias importantes en todas las psicoterapias: (a) tener al cliente implicado en nuevas *experiencias correctoras* y (b) facilitar *feedback* corrector.

Goldfried ha centrado su trabajo posterior en conocer el *feedback* que se facilita (1991) y ha desarrollado un extenso sistema de codificación para medir los diferentes aspectos del *feedback*. Su trabajo apunta a que en toda terapia hay dos tipos de factores, comunes y únicos. Por ejemplo, los terapeutas cognitivo-conductuales y los psicodinámicos-interpersonales tienden a centrarse con preferencia en un *feedback* sobre temas interpersonales y no tanto sobre temas intrapersonales, a pesar de las diferencias teóricas. Aparece, sin embargo, una diferencia provocadora. El *feedback* de la terapia psicodinámica está asociado más estrechamente con los resultados que el *feedback* de la terapia cognitivo-conductual. El aspecto único, central en cada terapia, es que la terapia cognitivo-conductual se centra en la acción, mientras que la psicodinámica-interpersonal se centra en las emociones y expectativas. Vemos, pues, que la misma estrategia puede tener un impacto diferente en el contexto de diferentes clientes, problemas y relación terapéutica y que, en consecuencia, hay que huir de una concepción demasiado unitaria y simplista y atender al contexto de la terapia.

Otro enfoque importante es el de Prochaska (Prochaska, 1984; Prochaska y DiClemente, 1986; Prochaska, Rossi y Wilcox, 1991) centrado en los componentes comunes de los procesos de cambio ante problemas diferentes y con diferentes métodos de cambio. Prochaska distingue etapas de cambio (p. e. contemplación, acción y mantenimiento), niveles de cambio (p. e. síntomas, cogniciones disfuncionales, conflictos interpersonales) y procesos de cambio (p. e. despertar de la conciencia, control de estímulos, reevaluación ambiental). Prochaska ha demostrado que es posible medir estos diferentes objetivos y ha demostrado también, en los trabajos citados, interacciones interesantes entre ellos.

Un trabajo final que habría que citar es el de Grencavage y Norcross (1990) en que investigaron las comunalidades en los factores comunes sugeridos en los escritos de diferentes terapeutas.

Una crítica a este acercamiento es que los resultados de los estudios que mantienen la equivalencia de las psicoterapias podrían deberse a que la mayor parte de las propuestas de búsqueda de factores comunes no limitan su atención a un conjunto particular de personas, problemas o terapias y se dedican a buscar factores generales que se asume están presentes en todas las terapias y con todos los clientes. Esto podría ser correcto respecto a la *experiencia emocional correctora* de Alexander y French (1946), a las ideas de Frank (1985) sobre restaurar la moral a través de los mitos y rituales y a las discusiones más recientes de Horvath y Luborsky (1993) sobre los factores de alianza y relación. Pensamos, pues, que siendo posible que pueda darse una uniformidad general en todas las terapias, quizás se haya caído en lo que Kiesler (1966) llamó el mito de la uniformidad, en el que amplias generalidades enmascaran una complejidad de relaciones específicas. Como dice Arkowitz (1997) quizás algunos factores son comunes para unas técnicas y no para otras, para unas personas y no para otras y para unos problemas y no para otros. Se hace necesario, pues, ser más precisos en la propuesta de factores comunes.

4.3. EVOLUCIÓN Y VITALIDAD DEL ECLECTICISMO TÉCNICO.

Con anterioridad a 1980 había poco interés en el eclecticismo que era poco más que una mezcla idiosincrásica de técnicas seleccionadas sin una base conceptual claramente discernible. Esta caótica situación llevó a Eysenck (1970) a describir el eclecticismo como una masa informe de teorías, una confusión de procedimientos y un galimatías de terapias.

Desde 1980 ha aparecido un número de artículos y libros que han presentado bases más sistemáticas para el eclecticismo e incluido debates sobre este acercamiento. Singularmente señalamos la aparición en este período del International Journal of Eclectic Psychotherapy, llamado con posterioridad Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy y el Handbook of Eclectic Psychotherapy (Norcross, 1986).

Se pregunta Arkowitz (1997) por el interés en el eclecticismo y considera que parte de la respuesta puede estar en el desarrollo de la Terapia de Conducta. Sugiere tres influencias concretas:

1. La célebre pregunta de G. Paul (1969b) sobre la mejor relación tratamiento x terapeuta x persona x problema x circunstancia x procedimiento, que dirigió la atención de los terapeutas e investigadores sobre las muchas variables que podrían influir el resultado de la terapia.

2. El desarrollo de la Terapia de Conducta durante las décadas de los 60 y 70. La Terapia de Conducta disponía de muchas técnicas y su estrategia consistía en seleccionar la mejor técnica para cada problema sobre la base de una eficacia posible. El éxito de esta especie de eclecticismo es posible que estimulara el interés en un eclecticismo más amplio.

3. El hecho de que una de las primeras y más importantes propuestas de eclecticismo se hiciera por una figura líder en Terapia de Conducta, A. Lazarus.

Entre las propuestas eclécticas destacan el eclecticismo técnico de Lazarus que defiende que los clínicos pueden usar técnicas de sistemas terapéuticos diferentes sin aceptar necesariamente las bases teóricas asociadas con ellos (Lazarus, 1971a). Lazarus llamó a su eclecticismo *terapia de conducta multimodal* (Lazarus, 1973, 1976) y más tarde *terapia multimodal* (Lazarus, 1981, 1986), queriendo significar la importancia de evaluar e intervenir en las distintas modalidades que caracterizan el funcionamiento humano incluyendo la conducta, el afecto, la sensación, la imaginación, la cognición, las relaciones interpersonales y la biología. A pesar de su falta de énfasis en la teoría, Lazarus (1986) reconoce que cada terapeuta tiene, al menos, una teoría que guía sus elecciones. En él domina la teoría del aprendizaje social, recibiendo influencias también de la teoría general de sistemas y la teoría de la comunicación. La selección de técnicas la realiza a partir de la evidencia acumulada en favor de su efectividad, aunque es predominante el uso de técnicas conductuales y cognitivas. Por eso, el acercamiento ecléctico de Lazarus se sitúa entre una versión amplia de la terapia de conducta y una estrategia ecléctica. Él defiende (1973), de todos modos, que los paradigmas conductismo-psicoanálisis son intrínsecamente incompatibles.

Otra propuesta relevante es la Psicoterapia Ecléctica Sistemática de Beutler. Comparte con el eclecticismo de Lazarus la especificidad del tratamiento, el seleccionar las técnicas en función de la persona, del problema y de la evidencia de efectividad y el énfasis limitado en la teoría. Se distingue, sin embargo, en seleccionar sus técnicas de todo el amplio rango de psicoterapias. Es más, en este empeño por adecuar las técnicas a la persona y al problema, Beutler (Beutler 1983, 1986; Beutler y otros, 1991) insiste en contemplar variables referidas al terapeuta y a la interacción entre todas ellas e indica que el número de variables potenciales a considerar en tal matriz es ilimitado. Beutler y otros (1991) señalan que una guía en este casi laberinto sólo puede venir de la teoría, una teoría funcional según Beutler (1986), de marcado cariz actuarial. En una extensión reciente del eclecticismo sistemático, Beutler y Clarkin (1990) intentan identificar empíricamente las cualidades del cliente que sustentan un ajuste más preciso entre clientes específicos y tratamientos.

En la evolución más reciente del eclecticismo (Beutler y Consoli, 1992; Lazarus, 1992) se sigue manteniendo la necesidad de una teoría que guíe la práctica. Por eso, Arkowitz (1997) recoge en un título de uno de los apartados de su colaboración que el eclecticismo técnico no es tan ecléctico y Striker (1994) sugiere que los enfoques de Beutler y Lazarus se definen mejor con los términos de *Integración asimilativa*. Stricker considera que un eclecticismo auténticamente ateórico es un indisciplinado surtido de técnicas que se usan al azar dependiendo del estado de ánimo del terapeuta.

5. VALORACIÓN DEL MOVIMIENTO HACIA LA INTEGRACIÓN.

Son diversas las razones que se han aducido desde la perspectiva conductual en contra de la integración de las diferentes corrientes terapéuticas (Franks, 1984b; Labrador, 1986; Wilson, 1982b; Yates, 1983). El enfoque mantenido en esta obra nos lleva a centrarnos en los aspectos fundamentales que separan el enfoque psicoanalítico y el enfoque conductual entre sí: el modelo de conducta anormal (determinantes internos fundamentalmente *versus* externos principalmente) y los planeamientos metodológicos (evitación del empirismo y admisión de cierta acomodación dentro de la perspectiva hermenéutica *versus* verificación de la teoría y de los resultados apelando casi exclusivamente a la evidencia empírica, especialmente a la evidencia experimental). Desde esta perspectiva el recurso a cualquier forma de integración encubre, en gran medida, un confusionismo conceptual y una debilidad del modelo teórico asumido que limitan la evolución a nuevos desarrollos. Desde una perspectiva epistemológica, si a lo que se aspira es a que la Psicología, Clínica y de la Salud en nuestro caso, constituya una rama aplicada de la psicología científica, es una tarea irrenunciable observar rigurosamente las variables que parecen ser significativas para el cambio, formular hipótesis dentro de un marco conceptual y contrastar empíricamente las mismas. Esta es, consideramos, una línea de trabajo irrenunciable cuando se tiene un compromiso con el avance del conocimiento.

Otro podría ser el posicionamiento si tuviera que primar el criterio de efectividad sobre el de coherencia teórica. En este sentido, sin proclamarnos defensores de la integración de enfoques diferentes y dejando constancia de que no todas las técnicas o modelos son igualmente efectivos, argumento de Frank para sugerir la búsqueda de factores comunes en psicoterapia, parece que no habría que escandalizarse de la utilización conjunta de técnicas afines o pertenecientes a modelos teóricos diferentes. Hemos visto cómo se registraban como eficaces muchos procedimientos cognitivo-conductuales con componentes múltiples y sabemos que dentro del enfoque conductual son muchos los que se encuentran muy cómodos dentro del enfoque cognitivo-conductual. Desde la perspectiva práctica, pues, no parece que existan hoy demasiadas reticencias a integrar no todo, pero sí procedimientos que no violen la explicación de la conducta porque apelen a modelos contrapuestos y a estándares de evaluación que no se ajusten a las exigencias del empirismo lógico. Desde este punto de vista, la terapia de conducta, por ejemplo, puede enriquecerse con las aportaciones provenientes de disciplinas científicas afines (y

coherentes metodológicamente con ella), como la psicología básica, la psicología cognitiva experimental, la psicopatología, la psicología social, la psicología de la personalidad, etc., o complementarias, como la psicofarmacología, la neurofisiología o la genética. Las aportaciones de disciplinas que no recurren al método científico tienen, en cambio, un valor heurístico muy reducido para la terapia de conducta. Resultan intuiciones muy sugerentes, pero necesitadas, en todo caso, de una contrastación empírica ulterior. Ahí estaría, para nosotros, el límite de la integración en la práctica. No creemos, pues, que se pueda propugnar una estrategia terapéutica común entre psicoanálisis y terapia de conducta ante, por ejemplo, las fobias, la enuresis o la tartamudez cuando estas orientaciones atribuyen los trastornos a que hemos hecho referencia a orígenes dispares y desarrollan, en consecuencia, procedimientos de intervención acordes con los mismos. No se puede, en suma, soslayar la íntima relación que debe establecerse entre teoría y terapia ni tratar de *reconciliar lo irreconciliable* (Yates, 1983).

Las diferentes perspectivas sobre la realidad que mantienen el psicoanálisis y la terapia de conducta y la vaguedad de la propuesta de buscar factores comunes en las diversas terapias psicológicas hacen mucho más prometedora la vía de buscar los factores específicos y continuar en el empeño de diseñar estrategias terapéuticas potentes. Como dicen Barbrack y Franks (1986) el desarrollo de la teoría en la terapia de conducta es necesario. La ausencia de la teoría puede contribuir a la tendencia alarmante de los psicólogos clínicos (Garfield y Kurtz, 1976) y de los terapeutas de conducta (Swan y MacDonald, 1978) a definirse a sí mismos como eclécticos. El movimiento al eclecticismo oscurece los efectos perversos de no tener teoría. El eclecticismo no orienta sobre métodos de evaluación, fomenta una planificación del tratamiento a partir de la intuición, guarda silencio sobre la necesidad de predicciones sobre la efectividad del tratamiento, no indica cómo debe evaluarse la terapia, y, además, las explicaciones *ad hoc* de sentido común no pueden arrojar mucha luz sobre el significado de los datos de evaluación.

6. LA TERAPIA/ANÁLISIS CONDUCTUAL PSICOLÓGICO COMO PROPUESTA DE INTEGRACIÓN.

Esta propuesta unificadora de la psicología y de los tratamientos psicológicos procede del conductismo psicológico. Surge del propio contexto en que se ha desarrollado la terapia de conducta y es propuesto por una figura reconocida y presente en el campo de la Terapia de Conducta desde los inicios de la misma (Staats, 1988, 1990, 1997). El conductismo psicológico, como llama hoy Staats (1997) a su propuesta teórica, es presentado como marco de unificación de los distintos campos de la psicología científica, ciertamente, desunidos. Comenzó llamándole conductismo social, pero para diferenciar su conductismo social del aprendizaje social de Bandura le redenominaría conductismo paradigmático (con clara resonancia kuhniana) a comienzos de los 80 (Staats, 1983) para así mejor recoger su vocación unificadora.

Staats (1997) considera importante fundar la terapia en una teoría sobre el funcionamiento psicológico, por lo que, previamente a presentar una propuesta de terapia, presenta la teoría sobre la que se

funda. Propone una teoría de niveles múltiples que integra nueve campos de la psicología. En los primeros niveles sitúa los mecanismos biológicos del aprendizaje, la teoría básica del aprendizaje y los principios teóricos del aprendizaje/cognitivo humano. A continuación sitúa el nivel de estudio de la personalidad social y el desarrollo del niño. En el sexto nivel coloca la personalidad integrada por tres sistemas de repertorios, el lingüístico-cognitivo-, el emocional-motivacional y el sensorial-motor. El nivel séptimo está dedicado a la psicometría de la personalidad, que, como puede observarse, juega un papel relevante en el conductismo psicológico. Es interesante hacer notar su consideración trifuncional afectiva-reforzante-discriminativa tanto de los estímulos como de las respuestas (el célebre sistema A-R-D).

Los últimos dos niveles integran los ámbitos aplicados de la psicología anormal y de la psicología clínica, aunque en versiones previas (p. e. Staats, 1995) incluía además dos niveles más, la psicología educativa y la organizacional. La terapia de conducta se inscribía en el nivel de la psicología clínica. En la psicología clínica Staats distingue la modificación de conducta de problemas simples, la terapia psicológico conductual, el cambio y evolución de la personalidad y los métodos de tratamiento lingüístico-cognitivos. El conductismo psicológico plantea, pues, un modelo *diacrónico* en el análisis de la conducta, distinto en este sentido al determinismo recíproco de Bandura que, según Fenández-Ballesteros (1994), sería más bien sincrónico. La conducta se analizaría en función de cuatro variables fundamentales: *condiciones ambientales pasadas* (aprendizaje acumulativo jerárquico) *condiciones ambientales actuales* (estímulos discriminativo-afectivo-reforzan*tes), condiciones biológicas* (constitucionales y circunstanciales), y *repertorios básicos de la personalidad* (cognitivo-verbales, emotivo-motivacionales y sensorio-motores).

Algunas derivaciones interesantes desde la teoría del conductismo psicológico hacia los tratamientos psicológicos, que recoge M. Pérez (1996b) y subraya Fernández-Ballesteros (1997), son: (1) Los *Tratamientos Psicológicos se insertan en la psicología*, de modo que cuentan con una teoría que facilita una concepción de la conducta humana, aunque podría argumentarse que pretende abarcar demasiado (2) El *triple sistema de personalidad* podría ser una buena alternativa a la *triple modalidad de res*puesta afectivo-fisiológica-conductual (Burns, 1990). (3) Ofrece un *enfoque multinivel* que permite tratar cada caso de acuerdo con el nivel de complejidad que presente. (4) *Permite resolver dicotomías clásicas en terapia*: directiva versus no-directiva, tratamiento de síntomas versus tratamiento de causas, análisis histórico versus ahistórico, técnicas multimodales versus simples, separatista versus unificador. (5) Facilita una *relación estrecha entre el estudio básico y la práctica clínica*. (6) Ofrece una *metodología empírica* para introducir conceptos y principios empíricos.

Además del aparente intento de unificación indiscriminada, que puede parecer una modalidad de eclecticismo (Plaud, 1995; Ulman, 1990) más que una teoría-marco para la Terapia de Conducta, otra objeción que puede hacerse al conductismo psicológico es su análisis del lenguaje. El conductismo

psicológico, aunque pretende presentarse como el conductismo de la tercera generación, es, más bien, pre-skinneriano en cuanto a su tratamiento del lenguaje.

A pesar de las posibles objeciones, el conductismo psicológico va cobrando una presencia importante como se deduce de algunas referencias en contextos variados (Fernández-Ballesteros, 1994; Fishman y Franks, 1992; O'Donohue y Krasner, 1995b; Plaud y Eifert, 1998). Por ello debería sumarse, y así lo hemos querido hacer nosotros, a la relación de enfoques conceptuales relevantes de la terapia de conducta. De hecho, hay que decir que la propuesta de Staats ya figuraba en la terapia de conducta desarrollada en España, como figura en otros países (Fernández-Ballesteros, 1997).

PARTE CUARTA.

VALORACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.

Las orientaciones generales más importantes dentro de los Tratamientos Psicológicos aquí contemplados - Psicoanálisis, Tercera Vía y Tratamientos Conductuales- se insertan en paradigmas amplios que implican un número determinado de dimensiones. Una comprensión completa de los Tratamientos Psicológicos, en general y de cada uno de ellos en particular, depende, en parte, de la consideración de las interrelaciones entre los diferentes componentes del paradigma global en que se inserta cada uno de ellos. Nosotros pensamos con Fishman y Franks (1997) y Krasner (1982, 1988, 1990) que el desarrollo de la teoría en Tratamientos Psicológicos hay que verlo como un reflejo del contexto filosófico, social, cultural, político y ético en que está inserto y no como un empeño independiente y aislado. Por ello esta exposición ha venido precedida de su contextualización correspondiente. En esta cuarta parte transcendemos las consideraciones teóricas particulares y las propuestas realizadas por cada autor para centrarnos en el capítulo 27 en un marco metateórico al que referir los Tratamientos Psicológicos que hemos creído más relevantes desde un punto de visto teórico y desde la perspectiva de su difusión y reconocimiento. Poco o casi nada hemos dicho respecto a la efectividad de los tratamientos presentados y, sin que queramos pecar de pragmáticos, existen muchas propuestas, más de 400 (Karasu 1986), que no tienen más justificación para figurar en la lista de **Tratamientos Psicológicos**, que el aparecer referidas o relatadas en los manuales o ensayos. Perviven gracias al contexto de transmisión institucional que actúa como determinante externo, y no gracias a determinantes empíricos. En conformidad con el paradigma pragmático al que nos adherimos, presentamos en los capítulos 28 la investigación que debe hacerse y, sobre todo, los requisitos necesarios para obtener resultados válidos. En el capítulo 29 ofrecemos la valoración que merecen los resultados obtenidos con las técnicas correspondientes a los distintos modelos terapéuticos contemplados dentro de los Tratamientos conductuales.

CAPÍTULO 27. MARCO METATEÓRICO PARA LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.

Parafraseando la afirmación de Mahoney, Kazdin y Lesswing (1974) que dicen que, en cierta medida, la Terapia de Conducta representa una poderosa tecnología en busca de una teoría, nos proponemos presentar en este apartado no las notas teóricas definitorias de los distintos paradigmas existentes en Tratamientos Psicológicos, que expusimos en el capítulo 1, sino un marco metateórico que nos permita comprender con mayor profundidad el campo de los Tratamientos Psicológicos.

Definen Fishman y Franks (1997) una teoría psicológica como un marco conceptual que identifica dimensiones importantes de la conducta y experiencia humana y que describe las relaciones entre estas dimensiones. Una metateoría es, para estos autores, un punto de vista fundamental que está detrás o es lógicamente anterior a la teoría. En consecuencia, la metateoría se compone de las asunciones que se hacen o de las que se participa antes de la propuesta, validación o refinamiento de una teoría. Las asunciones que consideramos más importantes, y que exponemos a continuación, son las de tipo epistemológico y las visiones filosóficas del mundo.

1. PARADIGMAS EPISTEMOLÓGICOS.

La epistemología es la rama de la filosofía que investiga los orígenes, la naturaleza, los métodos y los límites del conocimiento humano. Los paradigmas epistemológicos muestran los criterios conforme a los cuales se juzga la relevancia y validez de un particular cuerpo de conocimientos. En otras palabras, ningún conocimiento se da de forma absoluta. Más bien hay una variedad de sistemas epistemológicos posibles y coherentes y la evaluación de la verdad o falsedad de una proposición dependerá, en parte, de los criterios epistemológicos elegidos para la evaluación, y no del contenido de la proposición *per se* (Fishman, 1988; Gergen, 1982).

Los Tratamientos conductuales descansan en los valores propios del modernismo entre los que destaca la afirmación de la posibilidad de un conocimiento objetivo. Una consecuencia del creciente escepticismo sobre la posibilidad de descubrir estándares epistemológicos objetivos es un giro hacia la epistemología postmodernista. La epistemología postmodernista está en este momento en vías de tomar una configuración definitiva, pero, a pesar de eso, está comenzando a tener impacto en el campo de la psicoterapia y es probable que crezca su influencia pues, como dice Held (1995), su desarrollo en psicoterapia ha sido exponencial.

Modernismo y postmodernismo son dos ejes que nos permitirían situar los paradigmas y aportaciones relevantes existentes en Tratamientos Psicológicos, pero quizás estén cargados en exceso de significado y, por tanto, sean vagos. Por eso, preferimos precisar dentro de cada posición y nos centramos en términos más definidos, aunque no equivalentes, el positivismo lógico y el constructivismo entendido en sentido amplio en que denota los conceptos de constructos y la construcción social del conocimiento.

.

1.1. EL PARADIGMA MODERNISTA: EL POSITIVISMO LÓGICO.

El paradigma modernista se caracterizaría, según Gergen (1992), por las siguientes cuestiones: (1) La creencia de que existe un mundo conocible por lo que cada disciplina debe especificar su objeto material (qué se estudia) y formal (desde qué perceptiva) de conocimiento. (2) La creencia de que existen propiedades universales, principios o posibles leyes que se pueden descubrir sobre ese objeto de estudio. (3) La asunción de que a través del método surge la verdad, sobre todo del método empírico usado en experimentos controlados. La verdad resultante por esta vía sobre la naturaleza del objeto de estudio y las redes causales en que se inserta es incontrovertible y ajena a valores o ideología. (4) Como consecuencia de los supuestos anteriores se cree en la naturaleza progresiva de la investigación y conocimiento obtenido, que permite lograr una certeza cada vez más fiable sobre nuestro objeto de estudio. La modernidad, en definitiva, gira alrededor de la *ideología de la representación* que marca cuatro mitos fundamentales en opinión de Ibáñez (1992): (1) El mito de que existe un conocimiento válido como representación correcta y fiable de la realidad. 2) El mito de que el mundo está constituido por objetos. (3) El mito de que existe una realidad como entidad independiente de nosotros. (4) El mito de la verdad como criterio decisorio.

Estas creencias y mitos han sido defendidas y puestas en práctica por quienes se consideran positivistas lógicos, que han dominado, casi en exclusividad, la psicología hasta muy recientemente. El propio Gergen (1992) reconoce que la mayor parte de la investigación en psicología se desarrolla todavía dentro del marco modernista. A grandes rasgos el positivismo lógico, presentado ya en el capítulo 2 como contextualización filosófica de los Tratamientos Conductuales, sostiene que existe un mundo externo independiente de la experiencia humana. Defiende, pues, el realismo, que, en sus formas más extremas e ingenuas, presume una realidad singular, estable, externa que es revelada fielmente por los propios sentidos. Esta asunción comporta, a su vez, posicionamientos de naturaleza ontológica y epistemológica por las afirmaciones que se hacen sobre la naturaleza de la realidad y el papel implícito de los datos de los sentidos para llegar al conocimiento de tal realidad. Tradicionalmente el realismo ha marcado una clara diferencia entre lo que es interno/externo, cambiable/inmutable y claro/ambiguo. A través de la experiencia sensorial directa se puede obtener un conocimiento objetivo, *científico*, sobre este mundo interpretado en el marco de una teoría apoyada en hipótesis comprobadas en experimentos de laboratorio. Los datos en que se funda este conocimiento consisten en *hechos* discretos, moleculares, basados en los sentidos, muchos de los cuales pueden cuantificarse. El conocimiento existe bajo la forma de un cuerpo acumulativo descontextualizado, en leyes universales sobre los fenómenos estudiados. Los psicólogos que adoptan una perspectiva positivista, generalmente, asumen que las leyes universales que emergen del estudio *científico* tendrán una forma tal que puedan ser aplicadas para ayudar a resolver problemas sociales y psicológicos significativos de forma unívoca y apelando a la racionalidad. Aunque no niegan el mundo de la conciencia, las relaciones humanas complejas y los productos culturales como la literatura y la política son dominios que pasan por alto o

deliberadamente excluyen, porque son altamente subjetivos y no claramente susceptibles de un estudio científico y objetivo en la tradición del positivismo lógico.

1.2. EL PARADIGMA POSTMODERNISTA: EL CONSTRUCTIVISMO.

El pensamiento postmoderno no se puede entender como un enfoque unitario, ya que esto sería ajeno al propio sentido de la postmodernidad (Kvale, 1992). El postmodernismo, también para la psicología, supone cuatro cuestiones centrales: (1) La evanescencia de los objetos de estudio, pues se asume que nuestro lenguaje con el que nos preguntamos sobre el mundo opera como un espejo de ese mundo. (2) El desplazamiento desde un conocimiento universalmente válido a un conocimiento que adquiere valor en función de los distintos contextos. (3) La marginación del método experimental en favor de un mejor conocimiento de la historia, la filosofía y el análisis crítico. (4) La gran importancia concedida al discurso, que es el responsable del relato en que se cuenta el progreso habido (Gergen, 1992).

La postmodernidad entendida desde su vertiente terapéutica supondría cuatro premisas básicas (Polkinghorne, 1992): (1) Ausencia de fundamentación. Se asume que no existe una base epistemológica para afirmar la verdad indudable del conocimiento humano. (2) Fragmentariedad. El núcleo de nuestro conocimiento es la ocurrencia, local y temporal, de acontecimientos debidos a las fuerzas que componen el sistema de lo que llamamos *real*, pero que cada uno interpreta según sus esquemas. (3) Constructivismo: el conocimiento humano, la experiencia humana es una construcción personal, el fruto de una interpretación. No es nunca una reproducción precisa de lo real. (4) Neopragmatismo. El objetivo de la práctica profesional y la finalidad del conocimiento es su utilidad pragmática, lograr los resultados pretendidos. Clamar por una evidencia empírica no tiene sentido, puesto que, como se dice en el punto anterior, la realidad no existe independientemente de nuestra construcción.

Algunos autores usan los términos *epistemología postmodernista* para referirse al constructivismo más otros puntos de vista antiobjetivistas como los recogidos en el párrafo precedente, mientras que otros se refieren sólo a las doctrinas epistemológicas constructivistas. Nosotros, sin desconocer la importancia de los puntos de vista antiobjetivistas, nos centramos en el constructivismo como doctrina epistemológica.

Por una variedad de razones filosóficas, científicas, culturales y prácticas, desde aproximadamente 1960, ha habido un movimiento creciente en psicología y otras ciencias sociales que rechazan el positivismo como epistemología apropiada para sus respectivos campos y proponen en su lugar el *construccionismo social* (Fishman, 1988; Gergen, 1985; Krasner y Houts, 1984; Scarr, 1985).

El construccionismo social, en contraste con el positivismo lógico, mantiene que, en un grado substancial, la realidad tal como el individuo o el grupo la experimenta es construida conceptualmente más que

sensorialmente descubierta por los individuos o grupos. El conocimiento objetivo sobre el mundo es significativamente limitado, porque los *hechos* y los *datos puros* pueden ser conocidos sólo dentro de un contexto lingüístico, social y cultural particular establecido preempíricamente.

Dentro del constructivismo existen dos enfoques: el radical y el crítico (Mahoney, 1991). El *constructivismo radical* asumiría que no existe la *realidad* al margen de las experiencias humanas. Según él seríamos nosotros los creadores únicos y autosuficientes de nuestras experiencias. El *constructivismo crítico*, por su parte, asume la postura del *realismo crítico,* en la que no se niega la existencia y la influencia de un mundo que se nos escapa. Para los defensores de este enfoque, existen los llamados *objetos*, aunque estos no pueden ser directamente conocidos. El *conocimiento se* lleva a cabo en una interacción y una interdependencia continua con nuestros ambientes sociales y físicos porque nosotros no somos los únicos productores de nuestras experiencias, sino los *cocreadores* de nuestras realidades personales.

El construccionismo social ha estimulado sobre todo el desarrollo de un paradigma radical no-positivista, el paradigma hermenéutico que enfatiza la interpretación cualitativa, el significado fenomenológico y experiencial y una psicología contextualizada históricamente. Este paradigma ve los objetivos y métodos propios de la psicología como similares a los de la historia y la crítica literaria (Messer, Sass, y Woolfolk, 1988; Packer, 1985).

1.3. EL PARADIGMA PRAGMÁTICO: UNA PROPUESTA ALTERNATIVA.

Una propuesta alternativa generada desde el construccionismo social y el positivismo es el paradigma tecnológico o pragmático (Fishman, 1988; Fishman y Neigher, 1987). Este paradigma es un híbrido entre los acercamientos hermenéutico y experimental. Como el paradigma hermenéutico, el paradigma pragmático se basa en el construccionismo social y renuncia al experimento de laboratorio basado en la teoría y la investigación de leyes psicológicas generales, prefiriendo el conocimiento basado en el caso. Sin embargo, como el paradigma experimental, el paradigma pragmático valora un acercamiento observacional, elementalista y cuantitativo y adopta métodos de investigación propios del laboratorio en diseños de investigación de sujeto único y cuasi-experimentales (Barlow y Hersen, 1984). En vez de la comprensión científica per se, el paradigma pragmático valora la relevancia humanista adoptando, de la ingeniería y del campo de la investigación y el desarrollo, acercamientos orientados a la acción (p. e. Azrin, 1977; Fishman, 1988; Fishman y Neigher, 1987; Morell, 1979; Neigher y Fishman, 1985).

Esta posición comienza con la crítica de Erwin (1978) al conductismo ideológico tradicional, que afirma que, en principio, sólo la conducta públicamente observable es digna de estudio científico. Erwin entonces introduce el concepto de conductismo pragmático.

En el paradigma pragmático se diseñan programas conceptualmente coherentes para hacer frente a un problema social o psicológico significativo en un determinado lugar del mundo real, natural, de forma tal que sea realizable, efectivo y eficiente. La cuantificación se usa para desarrollar indicadores del funcionamiento de un sistema. Este paradigma se centra en desarrollar un proyecto o programa para trabajar en un contexto particular. La generalizabilidad de lo particular, los principios substantivos del programa son secundarios, aunque hay un interés en la utilidad general del marco conceptual como un todo.

Las razones para cambiar de un paradigma experimental a otro pragmático a juicio de Fishman y Franks (1997) son, al menos, tres: (1) El fallo de las teorías basadas en el aprendizaje animal en: (a) coincidir en una teoría única; (b) aplicar los modelos disponibles a la conducta humana compleja de forma teóricamente rigurosa (Baars, 1986; Kimble, 1985). Esta situación hace que Erwin (1978), tras revisar la investigación hasta la mitad de los 70 concluya que no hay ninguna teoría o ley conocida de ninguna clase que sea de amplitud suficiente para servir de fundamento a la terapia de conducta y que haya sido, al mismo tiempo, empíricamente confirmada. (2) El descubrimiento por parte de los practicantes de la terapia de conducta de que podían trabajar sin tener que mostrar una conexión estrecha entre sus actividades y la literatura experimental (Barlow, Hayes y Nelson, 1984, Marshall, 1982). (3) La pérdida general de apoyo del positivismo lógico entre los filósofos a partir de la década de los 70 (Campbell, 1984; Gergen, 1982; Putnam, 1984).

Uno de los exponentes más notorios de este tránsito hacia un paradigma pragmático fue Azrin (1977). En línea con el paradigma pragmático, Azrin tomó sus métodos de medida de la tradición experimental, pero lo que hacía tenía una orientación pragmática, con un énfasis en las técnicas clínicas emergentes y en el éxito con problemas específicos en situaciones específicas, no en leyes generales derivadas de la teoría.

Agras, Kazdin y Wilson (1979), por otra parte, proponen un modelo de orientación pragmática para validar los tratamientos de Terapia de Conducta al afirmar que, aunque los nuevos procedimientos pueden generarse en la investigación experimental básica, pueden generarse también desde la observación clínica. En cualquier caso, la validación última de los procedimientos procede de su utilidad para producir el cambio psicológico deseado, cambio idealmente medido de forma similar a como se mide en los estudios rigurosos de los resultados, usando los métodos cuantitativos de la ciencia positivista.

Sobre la base de la perspectiva de Erwin (1978) y la de Mahoney (1974), Fishman (1988) ha definido el conductismo pragmático en términos de un compromiso con diez principios metodológicos para la práctica de la Terapia de Conducta, de los que aquí sólo enunciamos algunos: (a) un énfasis en el empirismo; (b) uso de variables que son objetivas, específicas y concretas; (c) análisis de los problemas en sus componentes más pequeños para ocuparse de cada uno a su tiempo; (d) cuantificación; (e) consideración de la conducta como ejemplo más que como signo de la personalidad; (f) análisis funcional de la relación entre la conducta y el

ambiente; (g) un compromiso en relacionar cualesquiera variables cognitivas y afectivas que se empleen con los referentes conductuales y ambientales.

1.4. EVALUACIÓN DE LOS PARADIGMAS EPISTEMOLÓGICOS.

Al intentar evaluar los paradigmas epistemológicos no podemos comenzar por preguntarnos sobre la verdad de las tesis planteadas, pues tal pregunta supone decantarse a favor de la existencia de doctrinas verdaderas, planteamiento contrario al posicionamiento de los postmodernistas. La pregunta, pues, que cabe hacerse es sobre la utilidad de las ideas que comparten o se derivan de los planteamientos de los paradigmas expuestos.

1.4.1. Evaluación del paradigma postmodernista: El constructivismo.

Erwin (1997) analiza las críticas de Neimeyer (1993) desde la epistemología postmodernista a la función de los pensamientos irracionales en la terapia cognitiva y concluye Erwin que no hay evidencia que justifique la utilidad de tener pensamientos correctos y que tanto la terapia cognitiva como la epistemología postmodernista tienen mucho que demostrar sobre la disfuncionalidad o funcionalidad de los pensamientos erróneos. Un veredicto similar es el que ofrece Erwin sobre la contribución de la epistemología postmodernista a la discusión del psicoanálisis.

Independientemente de la cuestión anterior las ideas postmodernistas pueden ser útiles para discutir cuestiones epistemológicas de relevancia para los Tratamientos Psicológicos. Erwin (1997), a quien seguimos en este apartado, analiza los criterios para validar el conocimiento propuestos por Neimeyer (1993) que, según este autor, podrían ser compartidos por la mayoría de los contructivistas. Afirma Erwin que decir que la realidad admite significados múltiples, tesis central propuesta por Neimeyer, es no ofrecer ningún criterio para validar el conocimiento. A esta tesis central subordina Neimeyer otras dos. La primera mantiene que el conocimiento se valida a través de la consistencia interna con las estructuras de conocimiento existentes y el consenso social entre los observadores. Esta tesis, aunque parece admitir una referencia empírica, no es suficiente para validar el conocimiento. Validar el conocimiento supone, a juicio de Erwin, descartar otras teorías explicativas del fenómeno igualmente plausibles, condición que no se cumple aquí. La segunda tesis subordinada de Neimeyer afirma que la precisión de las interpretaciones proviene del acuerdo con ese marco de referencia. Esta tesis plantea a un constructivista el problema de decir cuando una predicción es precisa, problema que se complicaría con la necesidad de establecer un criterio de precisión, criterio que no puede ser el de correspondencia porque tal criterio es rechazado por los constructivistas y por el propio Neimeyer (1993). La cuestión, entonces, no está en rechazar la teoría de la correspondencia de la verdad y en rechazar la llamada a las observaciones empíricas sobre la base de que están cargadas de teoría. La cuestión está en proponer alternativas, y las alternativas propuestas por Mahoney (1989), Polkinghorne (1992) y Gergen (1994), independientemente de que sean verdaderas o falsas,

tienen el inconveniente de no ser útiles para validar el conocimiento, termina diciendo Erwin. Críticas muy profundas y serias a la epistemología postmodernista pueden encontrarse también en la obra de Held (1995).

La posición alternativa sería admitir una epistemología objetiva, lo que significa un conjunto de estándares epistemológicos cuya verdad sea independiente de lo que cualquier persona cree. Esta alternativa es rechazada por los postmodernistas por las siguientes razones: (1) El rechazo de la teoría de la verdad como correspondencia entre los hechos y las proposiciones. (2) El antifundacionalismo, rechazo de que nuestras creencias no-básicas se justifican, en última instancia, por *creencias básicas* que tienen la característica de justificarse a sí mismas o de no necesitar justificación. (3)) La creencia en la impureza de la observación. Los postmodernistas insisten en que no hay observaciones puras. Las observaciones están cargadas de teoría. (4) Relativismo al admitir que diferentes paradigmas tienen estándares diferentes para evaluar la evidencia. Esta alternativa, pues, es inviable.

1.4.2. Evaluación de una epistemología objetiva.

Exponemos y discutimos, siguiendo a Erwin (1997), algunos estándares que ya han jugado una función importante en la evaluación de la evidencia psicoterapéutica o tienen potencial para jugarlo dentro de una epistemología objetiva.

La relevancia causal. Hace referencia a factores no necesarios o suficientes, sino, como su nombre indica, a factores relevantes, esto es, que son capaces de influir en un efecto, independientemente de la clase que sea. Salmon (1984) mantiene que comprobar la hipótesis de que un factor es causalmente relevante para la producción de un efecto requiere que encontremos evidencia en forma de una relación relevante estadísticamente en un diseño experimental correctamente planteado.

La comprobación diferencial. Requiere este estándar la exclusión de una teoría incompatible igualmente buena o, incluso, mejor para explicar un hecho. Este estándar es una precisión del anterior. Si no comprobamos diferencialmente nuestra hipótesis ante hipótesis alternativas incompatibles igualmente probables, nuestra hipótesis queda sin confirmar. Este estándar es muy importante en Tratamientos Psicológicos, pues, si no demostramos la relevancia causal de una técnica ante técnicas pertenecientes a modelos incompatibles, no queda probada la eficacia de la técnica. La controversia sobre el tema queda abierta y el progreso no es posible.

Inferencia de la mejor explicación. La cumplimentación de este estándar necesita que se cubran dos requisitos: (1) Determinar cual es la mejor explicación disponible. La conclusión sobre la mejor explicación disponible se logra con el uso de criterios de evidencia empírica relevante y criterios pragmáticos tales como la simplicidad, la parsimonia y el poder explicativo. Erwin (1997) se da por satisfecho para considerar una explicación como la mejor si la explicación es plausible, aunque la plausividad venga determinada únicamente por

consideraciones lógicas. (2) Proceder con cierta prudencia antes de: (a) rechazar *a priori* todas las hipótesis explicativas que se refieren a entidades inobservables; (b) adoptar estándares absurdamente bajos para la confirmación de una hipótesis. No parece que sea suficiente el simple hecho de considerar que una determinada hipótesis es la mejor que se ha podido concebir para considerar, en caso de que se confirme, que es verdadera. Erwin (1996) presenta una larga e interesante discusión sobre este requisito refiriéndose a las teorías psicoanalíticas de Freud.

2. VISIONES FILOSÓFICAS DEL MUNDO.

Pepper (1942) propuso la existencia de cuatro *hipótesis del mundo* cada una asociada con lo que él llamó una *metáfora radical*: *el formismo, el mecanicismo, el organicismo y el contextualismo*. Altman y Rogoff (1987) propusieron cuatro perspectivas del mundo, semejantes a las propuestas anteriormente por Pepper (1942, 1967), y las llamaron *rasgista*, *interactiva*, *organísmica* y *transaccional*. Ellos describen estas perspectivas, que presentamos a continuación, como acercamientos filosóficos que en el presente e históricamente están a la base de la investigación y la teoría en psicología.

La perspectiva rasgista ve la conducta como emergente del individuo. Los individuos, de acuerdo con esta perspectiva, actúan como lo hacen, principalmente, debido a las naturalezas que les son propias, sin demasiada atención a los aspectos temporales de la conducta o a los contextos en que la conducta se inserta.

La perspectiva interaccionista trata a la persona y al ambiente como entidades que subsisten separadas y que interactúan de forma predecible, causal y lineal. Los fenómenos psicológicos se analizan en términos de las condiciones antecedentes que inducen ciertas conductas, conductas que conllevan consecuencias variadas y consecuencias, que, a su vez, llegan a ser antecedentes de ciertos sucesos subsiguientes.

La perspectiva organísmica concibe la persona y el ambiente como un sistema con relaciones e influencias entre partes dinámicas, recíprocas y complejas. El cambio, habitualmente, ocurre de acuerdo con mecanismos reguladores subyacentes (homeostasis) y mecanismos teleológicos de larga proyección (tales como el desarrollo psicológico desde el nacimiento a la vida adulta). Un sistema se concibe como teniendo un punto final ideal hacia el cual éste evoluciona óptimamente.

Finalmente, **la perspectiva transaccional** se concentra en las relaciones cambiantes entre los aspectos psicológicos y ambientales de entidades holísticas. Como los acontecimientos históricos, un acontecimiento psicológico es visto como intrínsecamente inserto en su contexto circundante y revelándose en el tiempo. Por tanto, el acontecimiento es visto como un fenómeno complejo y holístico cuyas partes se interpenetran. La persona y el ambiente no son partes o elementos separados, sino que más bien se definen mutuamente. Los

cambios ocurren de continuo. Las direcciones del cambio son emergentes más que preestablecidas y la cuantificación se rechaza porque ésta se desprende de la riqueza del contexto.

Como puso de manifiesto Pepper (1942), cada una de estas visiones del mundo es sólo relativamente adecuada desde una perspectiva epistemológica. Cada una cumple la apreciada tarea de ofrecer una perspectiva de la experiencia humana conceptualmente coherente y empíricamente razonable. Sin embargo, ninguna es completamente adecuada. Más bien cada una comporta un particular balance de características adecuadas e inadecuadas. Por ejemplo, mientras la teoría puramente interactiva facilita la fiabilidad, especificidad, observabilidad y manipulabilidad, la misma tiene dificultades para responder cuestiones tales como la naturaleza de la libertad humana, el pensamiento consciente y la empatía. La teoría transaccional, por su parte, tiene una estructura opuesta en su balance. Sería capaz de explicar las cuestiones relacionadas en último lugar, pero no tiene capacidad de afrontar las cuestiones planteadas en primer lugar.

3. PERSPECTIVA DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN UN MARCO DE REFERENCIA METATEÓRICO.

A modo de ejemplo presentamos en la TABLA 27.1, tomada con modificaciones de Fishman y Franks (1992), la ubicación de algunas propuestas de Tratamientos Psicológicos en un marco de referencia construido por la intersección de los paradigmas epistemológicos y las visiones filosóficas del mundo.

La TABLA está organizada como una rejilla formada por dos tipologías de asunciones metateóricas que se entrecruzan: Los **paradigmas epistemológicos** clasificados en *experimental, pragmático, y hermenéutico* y las **visiones del mundo** de Altman y Rogoff (1987): *rasgista, interaccionista, organísmica y transaccional*.

TABLA 27.1

PERSPECTIVA DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN UN MARCO DE REFERENCIA METATEÓRICO. (Tomado con variaciones de Fishman y Franks, 1992).

PARADIGMAS EPISTEMOLÓGICOS

Positivismo Lógico Construccionismo Social

VISIONES

TEÓRICAS DEL MUNDO	Paradigma Experimental	Paradigma Pragmático	Paradigma Hermenéutico
Rasgista	Enfoque analítico-factorial de la personalidad (p.e. Cattell, 1966)	Modelos psicométricos para predecir conductas concretas (p.e. el voto)	Teoría de Freud de los tipos de carácter oral, anal y fálico (p.e. Freud, 1968)
Interaccionista	Teoría de la Terapia de Conducta de la primera y segunda ola	Teoría de la Terapia de Conducta de la segunda ola solamente (p. e. Azrin, 1977)	a
Organísmica	Teoría general de Sistemas aplicada a los sistemas vivos (p. e. Miller, J. 1978)	Teoría de la evaluación de programas (p. e. Morell, 1979)	Teoría estructural de la terapia familiar (p.e., Minuchin, 1974)
Transaccional	a	a	Teoría de las Terapias, Fenomenológica y existencial (p.e. Rogers, 1961).

a. Estas celdillas implican perspectivas lógicamente incompatibles y, por tanto, no caben en ellas teorías viables.

Como hemos expuesto con anterioridad y se refleja en la TABLA 27.1, los orígenes de la Terapia de Conducta se enmarcan clara y directamente en el positivismo lógico y su paradigma experimental. Watson, Skinner y los seguidores de ambos asumieron que, para aprender, había unas pocas leyes básicas y universales, que se aplicaban al hombre y a los animales. Este modelo les permitió, como pretendían, apresar las características centrales de la ciencia física positiva.

Como también se recoge en la TABLA 27.1, algunos grupos de terapeutas de la segunda ola permanecieron en el paradigma experimental (p. e., Wilson y Franks, 1982), mientras que otros se situaron en el paradigma pragmático como es el caso de Azrin (1977). En estos paradigmas, en su intersección con la perspectiva interactiva, el objetivo del desarrollo de la teoría es mejorar la habilidad para predecir y controlar la

conducta con la diferencia de que el paradigma experimental pretende formulaciones de proyección general, mientras que el paradigma pragmático busca predecir y, a ser posible, controlar conductas en contextos concretos.

Los posicionamientos interaccionistas de los terapeutas conductuales permiten establecer matices. Los orígenes del movimiento de la Terapia de Conducta y su desarrollo bajo la forma de condicionamiento encubierto están, clara y directamente, insertos en una ***perspectiva puramente interaccionista***.

A partir del trabajo de Mischel (1968) y su propuesta de que los constructos de personalidad y situación fueran reconceptualizados en términos de la teoría del aprendizaje social y la psicología cognitiva, se abre una ***perspectiva interaccionista con componentes rasgistas*** que puede ser ilustrado por el enfoque de Cantor (1990). Cantor no niega que las personas tengan disposiciones de personalidad subyacentes, pero enfoca su atención sobre cómo estas disposiciones se expresan cognitivamente y se mantienen en la interacción social, lo que ella llama el componente agente de la personalidad. Cantor toma una posición media entre el rasgo y la interacción al situar constructos de personalidad emanados del modelo cognitivo como los *esquemas*, las *tareas* y las *estrategias* que se sitúan a mitad de camino de la inferencia de *la personalidad*.

La importancia del ambiente y del contexto social para los terapeutas que participaban de un modelo operante hizo que los teóricos de la Terapia de Conducta se interesaran muy pronto en el ambiente social en general. Peterson (1968) ilustró cómo se podría aplicar el análisis funcional, usando una perspectiva similar, en la solución de disfunciones en los individuos, la familia y los sistemas sociales. De esta forma Peterson mostraba una ***perspectiva interaccionista con conceptos organísmicos y sistémicos***, tales como la noción de causalidad de dos vías en las reacciones de los individuos entre sí y la noción de un patrón de interacciones sociales recurrentes que se convierten en una red de relaciones sociales que crea una entidad emergente a un nivel superior y más complejo que el de la acción humana (Miller, J. 1978).

Como se comentó previamente, Azrin (1977), Fishman (1988), Kanfer y Schefft (1988), y algunos otros pusieron el énfasis en la especificidad contextual de la conducta. La atención en estos casos se centra en desarrollar estrategias prácticas para resolver problemas particulares en situaciones particulares, no en la deducción de leyes generales confirmadas empíricamente. Esta perspectiva se inserta en el paradigma pragmático que participa del construcionismo social. Fishman (1988) indica que esta perspectiva lleva a centrarse en el estudio del caso individual y que cada programa de intervención con un cliente, sea un individuo, un grupo o una organización, consiste en un proceso de interacción social. Sería ésta una ***perspectiva interaccionista con elementos transaccionales*** en los Tratamientos Psicológicos.

La perspectiva interaccionista en cualquiera de sus extensiones es opuesta al paradigma hermenéutico que se centra en los actos conscientes y propositivos y adopta una visión fenomenológica que enfatiza los fenómenos holísticos y no la interacción lineal y los fenómenos discretos. Por ello, en la TABLA 27.1 esta fila

está en blanco bajo la columna del paradigma hermenéutico. A la inversa, el hecho de que la perspectiva transaccional rechace la cuantificación hace que la intersección con el paradigma experimental y pragmático esté en blanco.

Finalmente, en el paradigma hermenéutico, la teoría de Freud de los tipos de carácter oral, anal y fálico y la terapia humanista-fenomenológica-existencial emergen de contextos cualitativos y clínicos opuestos a cuantitativos y científicos. Cada una de estas teorías y terapias enfatizan vías innovadoras para interpretar fenómenos psicológicos y sociales centrándose en significados simbólicos y metafóricos, con altos niveles de inferencia y dejando para el interprete o terapeuta, en este caso, una función con altos niveles de subjetividad e intuición.

El estilo epistémico de las terapias cognitivas es *empírico* y supone que la percepción precisa existe, y por tanto, el conocimiento *verdadero* (Lyddon, 1991). Las terapias cognitivas tradicionales (Beck, Ellis, Young, etc) mantienen una dicotomía fundamental entre el conocimiento verdadero y el falso, o lo que es lo mismo, entre percepciones correctas e incorrectas. Esta perspectiva empírica se conecta necesariamente con una postura realista, donde se asume que existe una realidad, estable, singular, externa y revelada de forma correcta por los sentidos que permite juzgar la validez del conocimiento. Se mueve, pues, dentro de los presupuestos del positivismo lógico, aunque decantándose últimamente más por modelos de alcance más reducido y por tanto más en consonancia con las características del paradigma pragmático.

La TABLA 27.1 recoge, resumiendo, que los Tratamientos Conductuales, desde sus orígenes a su forma actual y bajo las denominaciones de Terapia de Conducta y Terapia Cognitiva, ha estado principalmente inserta en una visión interactiva del mundo en su intersección con los paradigmas experimental o pragmático. La teoría de Freud de los tipos de carácter psicosexual ha estado asociada con la perspectiva rasgista y la *Tercera Vía*, por su parte, ha estado, principalmente, asociada con la perspectiva transaccional, interseccionadas ambas con el paradigma hermenéutico.

CAPÍTULO 28. LA INVESTIGACIÓN EN TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.

1. INTRODUCCIÓN.

La investigación en **Tratamientos Psicológicos** ha sido y continúa siendo, como dice Barrios (1990) refiriéndose a la modificación de conducta, la búsqueda de una respuesta a la pregunta formulada por Paul (1967): ¿Qué tratamiento administrado por quién, es más efectivo para una persona concreta con un problema determinado bajo qué conjunto de circunstancias?. En esta pregunta, que Poch y Ávila (1998) llaman el paradigma de Paul, se incluyen preguntas múltiples, de modo que la investigación en **Tratamientos Psicológicos**

no pretende responder a una pregunta sino a muchas. Si a esta realidad unimos que la investigación es un proceso en el que la respuesta a una pregunta probablemente altera la naturaleza de la cuestión planteada y de las cuestiones que puedan seguirse planteando, nos queda claro que cualquier respuesta a una cuestión concreta es provisional y que el campo de la investigación es inagotable.

El objetivo final de la investigación en **Tratamientos Psicológicos** puede que sea desarrollar técnicas eficaces, pero la consecución de este objetivo final requiere una serie de pasos o comprobaciones intermedias que, aunque íntimamente relacionadas, se realizan de forma independiente. El punto de partida en este proceso supone la elaboración de métodos de tratamiento que, posteriormente, serán evaluados empíricamente y refinados en función de los resultados obtenidos, para, finalmente, ser aplicados de forma amplia. Las cuestiones que el investigador se plantea en cada uno de los niveles del proceso de elaboración y refinamiento de una técnica y la metodología que emplea para su verificación son diferentes. Autores como Agras y Berkowitz (1980), Agras, Kazdin y Wilson (1979), Bayés (1984), Kazdin (1982c) y Wilson (1982a), entre otros, han propuesto diversos niveles de comprobación que se deben llevar a cabo en la investigación de un tratamiento psicológico. Tal como señalan O'Leary y Wilson (1987), la secuencia de investigación que se describe es ideal, por lo que no resulta aventurado afirmar que no ha sido cumplimentada al investigar la mayoría de los procedimientos de intervención psicológica. Las propias técnicas encuadradas dentro de los Tratamientos Conductuales, que han sido sometidas sistemáticamente a evaluaciones profundas, muestran grados muy diversos de verificación empírica, desde técnicas fundadas en estudios de casos anecdóticos hasta técnicas que están avaladas por estudios experimentales bien diseñados y desarrollados. En las páginas que siguen exponemos de forma breve las principales estrategias para investigar los tratamientos y algunas cuestiones referidas a la investigación sobre el proceso terapéutico. Dedicamos, sin embargo, la mayor parte de este tema a exponer los estándares y las técnicas de análisis para investigar y, en definitiva, validar los resultados que se obtienen en las distintas orientaciones de **Tratamientos Psicológicos**. No exponemos los diseños de investigación correspondientes por entenderlo propio de otra área de conocimiento.

2. ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN DE LAS TÉCNICAS Y/O PROGRAMAS DE TRATAMIENTO.

Hay varias vías para investigar las técnicas terapéuticas dependiendo de la cuestión específica que se plantee y de la estrategia de investigación que se emplee. Comparar diferentes técnicas terapéuticas, por ejemplo, representa solamente una estrategia de investigación que quizás haya recibido más énfasis en la literatura que la que ha justificado. Para plantearse convenientemente la comparación entre técnicas deberían conocerse sus componentes más eficaces y ver si, por ejemplo, pueden eliminarse algunos componentes sin que se resienta su efectividad. Es más, comparar los diferentes tratamientos sin suscitar de forma adecuada otras cuestiones a investigar puede limitar el progreso en el desarrollo de técnicas terapéuticas efectivas. Repasamos brevemente

algunos aspectos a investigar y remitimos para una exposición más detallada a Agras, Kazdin y Wilson (1979), Botella (1986), Kazdin (1995b), y Stiles, Shapiro y Elliot (1986).

2.1. LA ESTRATEGIA DE PAQUETE DE TRATAMIENTO.

La estrategia de paquete de tratamiento se refiere a evaluar los efectos de un tratamiento tal y como se aplica normalmente o sus proponentes sugieren. La idea de considerar el tratamiento un *paquete* indica que pueden distinguirse tanto en el terreno operativo como en el conceptual componentes variados del tratamiento. En esta estrategia la técnica se evalúa como un todo sin hacer referencia a la contribución específica de los componentes sobre los efectos totales del tratamiento.

Investigar un procedimiento de tratamiento siguiendo esta técnica, a menudo, es la primera elección. La cuestión que se plantea es si el tratamiento afecta al problema para el que había sido diseñado. Para comprobar esta cuestión las condiciones mínimas de comparación exigen contar con dos grupos experimentales, uno con tratamiento y otro sin él. A este diseño mínimo se puede añadir la condición de tratamiento placebo, que Erwin (1997) considera indispensable.

Investigar la eficacia de un tratamiento para resolver un problema particular es un ejemplo de *investigación orientada a la técnica*, orientación opuesta a la *investigación orientada al problema*. Esta segunda orientación en investigación tiene como objetivo prioritario resolver el problema y cuando son múltiples las variables que determinan un problema clínico, se requiere un programa de tratamiento complejo, como es el caso de los paquetes de tratamiento, generalmente. Se deduce de esta doble orientación en la investigación que el desarrollo de un paquete de tratamiento, en general, deriva del interés por mejorar un problema específico. El enfoque de la investigación orientada al problema está en línea con el enfoque pragmático de Azrin (1977) dentro del enfoque de condicionamiento operante.

Ambos enfoques no están en absoluto reñidos. Con frecuencia se analizan los componentes de los paquetes de tratamiento para determinar en qué medida contribuyen a la eficacia del paquete. Para que esta investigación tenga sentido hay que demostrar primero que el *paquete* de tratamiento es eficaz y para hacerla viable es importante asegurar que el programa no sea tan complejo y de tan amplio rango que sea difícil identificar las técnicas específicas que forman parte de los programas. Por otro lado, los programas no deberían estar formados por componentes tan diversos que hagan difícil distinguir el enfoque teórico en que se enmarca el programa. De no ser así resultará difícil distinguir el programa de otros enfoques tanto desde el punto de vista conceptual como práctico.

2.2. LA ESTRATEGIA CONSTRUCTIVA.

La estrategia constructiva del tratamiento hace referencia al desarrollo de un paquete de tratamiento mediante la adición de componentes que mejoren los efectos terapéuticos de una técnica inicial (McFall y Marston, 1970). En el acercamiento constructivo, el investigador usualmente comienza con un componente básico del tratamiento que se circunscribe estrechamente al núcleo de un enfoque terapéutico. A continuación se inicia una investigación que añada nuevos componentes al tratamiento básico para determinar lo que mejoran los efectos del tratamiento o técnica inicial. A medida que continúa la investigación, los componentes efectivos se retienen, mientras que se retiran los menos efectivos. De este modo se construye un amplio paquete de tratamiento. La adición ulterior de técnicas al paquete primero puede no ser necesariamente el resultado de consideraciones teóricas. Este puede ser el caso del eclecticismo práctico en que prima la orientación a resolver los problemas y en el que el posicionamiento teórico no es un compromiso prioritario. En estos casos se dice que prima la finalidad terapéutica en la construcción del paquete o programa de tratamiento. Esencialmente la cuestión que domina en el acercamiento propio de la estrategia constructiva al tratamiento es qué se puede añadir a este tratamiento para hacerlo más efectivo. Un ejemplo ilustrativo del acercamiento constructivo en la investigación de una técnica es la investigación desarrollada en el área del modelado (Bandura, 1971a; Rachman, 1976; Bandura, Blanchard y Ritter, 1969).

La ventaja del acercamiento constructivo es que el paquete de tratamiento se establece empíricamente. Los componentes que muestran mejorar los resultados del tratamiento se añaden al procedimiento básico, mientras que se rechazan los que no contribuyen significativamente a incrementar la efectividad. A medida que este proceso continúa, la eficacia del paquete debería incrementarse. El desarrollo empírico de un paquete de tratamiento es, especialmente, refrescante en la psiquiatría y psicología clínica, donde los métodos de tratamiento proliferan sin fin.

2.3. LA ESTRATEGIA DE DESMANTELAMIENTO.

Una vez se ha demostrado que funciona un programa de tratamiento, puede comenzar la investigación para analizar la influencia precisa de cada uno de los componentes específicos. El propósito de una investigación de desmantelamiento del tratamiento es comprender cuál es el fundamento para el cambio de conducta. Para desmantelar un programa o una técnica determinada el procedimiento que se sigue consiste en eliminar diversos componentes del tratamiento inicial y comparar en cada paso del desmantelamiento la eficacia del tratamiento de partida con la eficacia del tratamiento de partida menos el componente cuya contribución al paquete se investiga. Las comparaciones, usualmente, se hacen a partir de diseños de grupos. Los diferentes componentes del tratamiento son considerados variables independientes separadas, que se eliminan para unos clientes y se presentan para otros o a unos y otros se les presentan en varios grados. Las diferencias entre grupos que pudieran darse, dependiendo del diseño específico, pueden sugerir si ciertos componentes son necesarios y suficientes para producir un cambio de conducta y si los componentes específicos producen efectos aditivos o interactivos.

Los resultados de una estrategia de desmantelamiento usualmente van más allá de las implicaciones para el desarrollo del tratamiento y afectan a las nociones teóricas que sirven de base para derivar o explicar la técnica. Mediante el desmantelamiento del programa, el investigador puede conocer si los ingredientes que se consideran cruciales para el cambio de conducta, de hecho lo son. En consecuencia, la investigación sobre desmantelamiento, a menudo, tiene implicaciones teóricas importantes y pueden producir resultados que demanden una revisión de la teoría.

La estrategia de desmantelamiento ha sido usada extensivamente en la evaluación de la DS con el fin de investigar cuales son los componentes esenciales de la técnica y a qué modelo teórico puede adscribirse (Lange, 1969). También se está utilizando para conocer los componentes efectivos del reprocesamiento y desensibilización mediante el movimiento de los ojos (Renfrey y Spates, 1994).

2.4. LA ESTRATEGIA PARAMÉTRICA.

La estrategia paramétrica en la investigación de las técnicas y/o programas de tratamiento hace referencia a la variación de aspectos específicos del tratamiento para determinar cómo puede producirse un cambio terapéutico máximo. Esta estrategia se parece a la estrategia constructiva del tratamiento, puesto que el propósito es examinar las dimensiones que pueden utilizarse para mejorar los efectos del tratamiento. Sin embargo, en la estrategia constructiva, los componentes del tratamiento usualmente se añaden a un tratamiento inicial existente. La estrategia constructiva suele evaluar los efectos de añadir o combinar técnicas distintas en un tratamiento existente. En contraste, en la estrategia paramétrica suelen variarse una o más dimensiones dentro del tratamiento ya existente sin añadirse nuevos componentes. Lo que se estudian son los efectos de variar ciertas dimensiones dentro del tratamiento existente. Estas variaciones, con frecuencia, tienen relación con dimensiones *cuantitativamente* diferentes facilitando más o menos de un componente determinado del tratamiento. Por ejemplo, las investigaciones paramétricas se han centrado sobre variables referidas a la cantidad de tratamiento facilitado variando el número, espaciamiento y duración de las sesiones de tratamiento.

La investigación paramétrica también puede variar aspectos *cualitativos* de un tratamiento. Muchas técnicas terapéuticas dejan sin especificar algunas dimensiones del tratamiento y, en consecuencia, al investigar una técnica pueden alterarse distintos aspectos para determinar su efecto sobre el resultado, por ejemplo, en un procedimiento terapéutico como el modelado, el ingrediente básico es observar o imaginar a alguien ejecutando una conducta particular. En consecuencia, el tratamiento deja sin especificar *quién* debe ser el modelo o *cómo* debe comportarse el modelo mientras ejecuta la conducta. Aspectos, pues, del tratamiento como los aquí mencionados pueden variarse sistemáticamente y permitirnos conocer los parámetros de ese tratamiento que pueden mejorar el cambio terapéutico. Un ejemplo de esta estrategia de investigación de los tratamientos puede ser el estudio de Stern y Marks (1973) sobre la duración de una exposición continua a los estímulos fóbicos

(largos periodos de exposición frente a periodos cortos) y la modalidad de la exposición (en imaginación o en vivo). Variar dimensiones específicas del tratamiento puede facilitar información que apoye o que sea incompatible con el mecanismo de cambio asumido en una técnica determinada.

2.5. ESTRATEGIA COMPARATIVA.

A pesar de la aparente simplicidad de comparar diferentes tratamientos, la investigación comparativa está rodeada de numerosas dificultades metodológicas y conceptuales. La naturaleza de estas dificultades puede resumirse en la objeción hecha a la comparación de programas de tratamiento mal definidos que se aplican a trastornos de conducta heterogéneos en cuya evaluación se usan, además, medidas globales y/o poco fiables. El hecho de que la investigación tradicional de comparación de grupos se haya desfigurado de esta forma no significa que no sean posibles y útiles estudios de comparación de grupos bajo determinadas circunstancias bien definidas. Por ejemplo, Bandura, Blanchard y Ritter (1969) demostraron que un método de modelado participante basado en la ejecución es, significativamente, superior a las técnicas que descansan en la representación simbólica de los acontecimientos (p. e. la DS imaginaría y el modelado simbólico). Este programa de investigación basado en el laboratorio ha mostrado no sólo la eficacia relativa de los diferentes métodos conductuales, sino que ha facilitado también un campo de comprobación teórica en el que analizar los mecanismos del cambio de conducta (Bandura 1977b).

2.6. ESTRATEGIA DE VARIACIÓN DEL CLIENTE Y DEL TERAPEUTA.

La exposición de estrategias de investigación realizada hasta aquí parece implicar que las técnicas específicas logran sus efectos de una manera relativamente directa, sin relación alguna con los clientes y terapeutas implicados en el tratamiento ni con la influencia que sus atributos y conducta pueden tener sobre el resultado de la terapia.

La estrategia de variar al cliente y al terapeuta persigue analizar estas influencias. Pretende lograrlo mediante dos estrategias diferentes, seleccionando a los clientes y terapeutas por atributos específicos, o manipulando experimentalmente la conducta de los clientes o, más probablemente, de los terapeutas. Los clientes pueden ser seleccionados por razón de sus diferencias en edad, genero, situación socioeconómica, estatus marital, educación o en razón a medidas de personalidad tales como introversión-extroversión, susceptibilidad, etc... (Garfield, 1971; Meltzoff y Kornreich, 1970). Las variables referidas al terapeuta han sido estudiadas de forma similar atendiendo a características tales como entrenamiento del terapeuta, años de experiencia, edad, intereses, rasgos de personalidad, empatía y cordialidad durante las sesiones, etc. (Meltzoff y Kornreich, 1970; Truax y Mitchell, 1971). Finalmente, las variables del cliente y del terapeuta pueden ser combinadas para estudiar combinaciones particulares de las variables del sujeto o de las variables derivadas de una díada particular cliente-terapeuta (p. e. Parloff, 1961).

La cuestión que se plantea, cuando cliente y terapeuta se clasifican de acuerdo con algunas dimensiones concretas (p. e. Sloane y otros, 1975), o cuando se manipula una variable independiente comportándose el terapeuta diferencialmente respecto a una variable determinada (p. e. la respuesta cálida o no del terapeuta Morris y Suckerman, 1974a, 1974b), es si el tratamiento es más o menos efectivo con ciertas clases de participantes, sean estos clientes o terapeutas. Esencialmente, es una cuestión de validez externa. Una interacción de los efectos del tratamiento con las características del cliente o del terapeuta sugiere que el tratamiento resulta más o menos eficaz dependiendo de ciertas variables presentes en el terapeuta o en el cliente. Tales hallazgos son, potencialmente, útiles para tomar decisiones sobre el tipo de tratamiento apropiado para clientes con cierto tipo de características, sobre el mejor terapeuta a elegir o sobre la mejor conducta a adoptar por el terapeuta. Esta estrategia permite incrementar la precisión de la evaluación de los resultados del tratamiento y acercarnos más a la pregunta formulada por Paul (1967).

2.7. PROCESO DE INVESTIGACIÓN DE LAS TÉCNICAS Y/O PROGRAMAS DE TRATAMIENTO.

La estrategia inicial para investigar una técnica terapéutica puede que sea la de paquete, constructiva o paramétrica con el objetivo final de probar que una técnica o programa claramente especificado es efectivo para alterar un problema particular. Después de esta verificación es deseable evaluar la técnica o programa con estrategias más analíticas, por ejemplo desmantelar la técnica o programa o variar al cliente y/o al terapeuta. Una vía crucial para probar la efectividad de una técnica antes de que se haya establecido su efectividad mediante cualquier otro procedimiento, es realizar un estudio comparativo. Si se demuestra que la técnica es superior a otra existente de probada eficacia, es lógico considerar este resultado tan satisfactorio o más que el que se hubiera obtenido con una estrategia de evaluación del paquete de tratamiento. En consecuencia, la investigación comparativa puede ser la primera estrategia a adoptar. Sin embargo, su mayor costo en número de participantes, terapeutas y grupos si la comparamos con la estrategia de investigación del paquete de tratamiento en que se utilizara un grupo control o un grupo de tratamiento placebo y otro control puede hacer recomendable su demora, a menos que se tenga alguna seguridad preliminar de que el nuevo tratamiento será un éxito. Otra razón para demorar los estudios comparativos es la necesidad de conocer previamente los parámetros que maximizan la eficacia del tratamiento.

Aparte del estado de la investigación con relación a una técnica dada, los objetivos prioritarios del investigador, p. e. investigación básica o aplicada, determinan también la estrategia de investigación del tratamiento a adoptar. Si el objetivo primario es descubrir un tratamiento que mejore un problema clínico es conveniente adoptar un acercamiento comparativo, constructivo o de paquete de tratamiento. Por el contrario, en la investigación basada en el laboratorio, donde es menos urgente afectar al cambio del cliente, la mayor prioridad puede venir dada por analizar el tratamiento para aislar sus componentes efectivos. Hay que hacer notar, sin

embargo, que los objetivos de hacer que cambie un problema clínico y comprender la base para el cambio no son incompatibles. Los conflictos pueden producirse, más bien, por los intereses en juego al conceder prioridad a uno u otro tipo de investigación o las cuestiones derivadas de encontrar las estrategias de investigación más adecuadas en cada caso.

3. INVESTIGACIÓN DEL PROCESO.

Las estrategias de investigación recogidas hasta ahora se refieren a las técnicas y/o programas y, en general, se trata de conocer cómo modificar y/o aplicar las técnicas o programas para obtener mejores resultados. Hasta cierto punto estas estrategias de investigación pueden incluirse dentro de lo que tradicionalmente se ha conocido como investigación de los resultados, pues lo que se pretende al investigar las técnicas es conocer si son eficaces, cuales son los componentes eficaces o cómo podemos modificarlas para hacerlas más eficaces o para mantener su efectividad modificando, reduciendo o eliminando alguno de sus componentes o parámetros. La investigación de resultados se ha distinguido de la investigación del proceso que plantea cuestiones referentes a las transacciones entre el terapeuta y el cliente, el tipo de interacciones y sus efectos inmediatos y transitorios sobre la conducta del cliente y del terapeuta (Hill, 1990).

Usualmente la investigación del proceso y de los resultados del tratamiento se plantean de forma dicotomizada. La investigación del proceso es vista como el estudio de la actividad dentro de la sesión de terapia y mientras el tratamiento está en proceso. En contraste, la investigación de los resultados evalúa el efecto final del tratamiento cuando el tratamiento ha terminado. Mientras la distinción tiene sentido en ciertos tipos de investigación, para la mayoría de la investigación es preferible rechazar la dicotomía (Kiesler, 1971). La mayoría de la investigación del proceso examina los efectos de diferentes variables sobre la conducta del cliente dentro de la sesión de tratamiento. En la medida en que los cambios en las conductas del cliente a lo largo de las sesiones de tratamiento son deseables, la conducta que se desarrolla dentro de una sesión es una medida intermedia o anticipada del resultado final. Es preciso, sin embargo, hacer notar que no toda la investigación sobre el proceso de la terapia puede considerarse una medida de los resultados. Por ejemplo, la investigación sobre la estructura interna de la terapia puede examinar aspectos de la conducta del terapeuta a lo largo de las sesiones de terapia, que es puramente un estudio de los cambios internos al tratamiento que no dicen nada directamente sobre cómo o qué está haciendo el cliente. En otros casos, las respuestas evaluadas en el cliente pueden no conducir directamente al problema para el cual el cliente solicitó el tratamiento. Por ejemplo, la investigación del proceso puede enfocarse sobre la percepción del cliente y del terapeuta de las sesiones de terapia y los correlatos de las diferentes impresiones habidas en el tratamiento. En esta clase de investigación, las características de los acontecimientos dentro del tratamiento son el foco central y pueden o no referirse a conductas relacionadas con la mejora del cliente.

La investigación sobre el proceso, presumiblemente, es más apropiada después de que un tratamiento concreto haya demostrado su eficacia terapéutica. La interacción entre un terapeuta y un cliente es un tema de interés por derecho propio, pero seleccionar una técnica particular para evaluar este proceso podría arrojar poca luz si no se ha demostrado previamente que el tratamiento afecta al cambio. Como regla general puede decirse que la investigación sobre procesos o la estructura interna de la terapia plantea cuestiones más propias de una investigación orientada a la técnica y su desarrollo que orientada al problema. Sin embargo, aislando procesos particulares asociados con resultados de éxito, pueden generarse y comprobarse hipótesis sobre componentes esenciales de un tratamiento dado. De aquí que la investigación sobre *el proceso* y sobre *los resultados*, incluso concebida tradicionalmente, esté muy relacionada.

La relevancia que conceden e, incluso, la cierta beligerancia que parecen mostrar los terapeutas de orientación psicoanalítica (Poch y Ávila, 1998) al presentar la investigación del proceso, pensamos que debería mantenerse dentro de los límites que establece la respetable diferencia de criterios a la hora de determinar cada investigador la mejor estrategia a seguir para conseguir, mediante tratamientos psicológicos bien definidos, resultados eficaces en pacientes concretos. Personalmente consideramos que la investigación sobre la efectividad de una técnica o programa debe preceder a la investigación sobre sus componentes o variantes del proceso que pudieran hacerlos más eficaces.

4. INVESTIGACIÓN DE LOS RESULTADOS.

En este apartado nos planteamos los aspectos metodológicos de la investigación de resultados de los **Tratamientos Psicológicos** para fundamentar el pronunciamiento que hagamos sobre la evidencia disponibles a favor o en contra de los mismos. El hecho de que hayamos contemplado **Tratamientos Psicológicos** que no se adscriben al paradigma experimental hace necesario referirse, en primer lugar, a los estándares según los cuales deben valorarse los resultados.

4.1. ESTÁNDARES PARA VALORAR HIPÓTESIS Y RESULTADOS.

Los estándares de investigación hacen referencia a los criterios a que deben ajustarse o cumplir los planes estructurados de acción orientados a obtener datos relevantes para los problemas y/o cuestiones que se plantea el investigador. Arnau (1990) llama a estos planes estructurados de acción diseños de investigación. No deben confundirse, pues, los estándares de investigación con los diseños de investigación. Los estándares son criterios, los diseños son planes concretos. Los estándares a que pueden referirse las teorías y técnicas terapéuticas de ellas derivadas son los experimentales y los no experimentales. A continuación exponemos distintos modelos que Erwin (1997) incluye en cada categoría de estándares.

4.1.1. Estándares no experimentales.

Erwin recoge tres estándares o modelos que él considera no experimentales:

1. El *modelo hermenéutico.* Contempla este modelo posicionamientos variados. Viene a decir, refiriéndolo a Freud, que la teoría freudiana se refiere en primer lugar al significado de los acontecimientos más que a las causas de los mismos (Ricoeur, 1970). Los psicoanalistas que toman esta posición consideran las interpretaciones que hace el analista sobre la conducta del paciente de forma similar a las interpretaciones que hace un lector del texto que lee. De forma semejante a la lectura de un texto, puede y debe apelarse al *insight* y a la intuición como elementos definitivos para juzgar las hipótesis que se formulan en la terapia. Gran parte de los terapeutas constructivistas se adscriben a este modelo y algunos freudianos se inclinan por incluir en él a Freud (Taylor, 1979, 1985).

2. El *modelo de la afinidad del significado*. Mantiene que cuando hay una afinidad en el significado entre proposiciones referidas a síntomas, sueños o acciones y proposiciones sobre deseos uno tiene justificación para inferir una conexión causal. Un ejemplo puede aclarar este modelo. Si digo, 'él está tomando un helado', como hay una similaridad en el contenido entre esa proposición y 'él quiere tomar un helado' yo tengo justificación para inferir una conexión causal, 'el toma un helado *porque* quiere tomar un helado'. Según este modelo, la teoría de Freud sobre los deseos inconscientes, por ejemplo, se refiere a causas.

3. El *modelo de psicología popular*. El término es usado por los filósofos para referirse a la psicología del sentido común. Las explicaciones en esta psicología, vendría a decirse, facilitan una 'comprensión desde dentro' y deben evaluarse por un estándar distintivo. Por ejemplo, si sé que una persona se está dando un baño, y sé, también, que hace mucho calor, puedo inferir que se baña porque quiere refrescarse. No necesito realizar un experimento controlado para ver si, generalmente, hay una conexión causal entre bañarse y refrescarse. De acuerdo con este modelo al ofrecer explicaciones debemos ponernos en la piel del otro y darle significado a sus síntomas y respuestas atribuyéndole creencias, deseos, sentimientos y percepciones. La particularidad de este modelo, dice Nagel (1995), es que las atribuciones son nuestras y pudieran no coincidir con las motivaciones del paciente. También algunos quieren situar en este modelo la teoría de Freud.

La contraposición más clara a estos tres modelos es el estándar propio de las ciencias naturales, que nosotros conocemos como experimental y que exponemos a continuación.

4.1.2. Estándares experimentales.

En las ciencias naturales la comprobación de una hipótesis o la evaluación de la eficacia de una técnica depende de un control cuidadoso de las hipótesis opuestas que puedan dar explicación de un resultado. Para eliminar las hipótesis explicativas opuestas, el investigador emplea diseños de investigación adecuados. Mediante estos diseños el investigador debe poder evaluar sin ambigüedades que la hipótesis se cumple o que los efectos de sus manipulaciones de la variable independiente (en nuestro caso, tratamiento) explican los cambios en la variable dependiente (conducta del cliente). Hay que tener presente, sin embargo, que la validez de las conclusiones a las que llegue el investigador dependerá del grado de control que haya ejercido sobre otros factores (variables extrañas) que puedan ser los responsables del cambio de la conducta del sujeto falseando la relación causa-efecto establecida a partir de los resultados obtenidos. Así pues, demostrar la validez interna de un experimento es uno de los retos constantes a los que se enfrenta el investigador en el campo de los **Tratamientos Psicológicos** ya que, por las características propias de su área de contenido, se encuentra permanentemente con variables extrañas que pueden crear confusión a la hora de establecer las relaciones causa-efecto entre la variable independiente y los cambios observados en la variable dependiente.

Diversos autores han clasificado los diferentes tipos de fuentes de distorsión o amenazas a la validez interna y discutido las estrategias para controlar y modificar su influencia (por ejemplo, Cook y Campbell, 1979; Kazdin, 1980a; Kratochwill y Mace, 1984; Labrador, 1982), señalando entre las más importantes las siguientes: (1) la ocurrencia de acontecimientos específicos entre la fase de preintervención y el tratamiento; (2) la maduración del sujeto como función del paso del tiempo; (3) los efectos reactivos que pueden producir las diversas evaluaciones realizadas a lo largo de todo el proceso de intervención; (4) los cambios en la variable dependiente como consecuencia del empleo de procedimientos de medición inconsistentes durante el proceso de evaluación; (5) los efectos de la regresión estadística a la media; (6) el conocimiento por parte del sujeto sobre ciertas condiciones de su participación en un experimento; (7) la comunicación entre los diversos sujetos que participan en un experimento; (8) la mortalidad experimental o abandono de sujetos que fueron evaluados al inicio del experimento y que no finalizaron la fase de intervención, produciendo desigualdad entre los grupos; (9) el efecto que produce la atención del terapeuta en el inicio mismo del tratamiento; (10) las características del problema o trastorno que padece el sujeto; (11) el posible condicionamiento verbal del cliente por parte del terapeuta; (12) el efecto de las expectativas del sujeto y del terapeuta.

Además de ser capaces de controlar las amenazas a la validez interna o, al menos, de intentarlo, el investigador debe ser capaz de demostrar la validez externa de sus hipótesis o del estudio realizado, entendiéndose por tal la posibilidad de generalizar su hipótesis o resultados de la investigación a condiciones, muestras o situaciones diferentes de las del estudio realizado. Diversos factores que amenazan a la validez externa son, por ejemplo: (1) el sesgo en la selección de los sujetos; (2) la interacción de las características de los sujetos con las variables experimentales; (3) los efectos del empleo de procedimientos de medición inconsistentes durante el proceso de evaluación; (4) los efectos reactivos de la toma de

mediciones que pueden producirse en las diversas evaluaciones realizadas a lo largo de todo el proceso de intervención; (5) la interferencia entre tratamientos múltiples; (6) el conocimiento que tenga el sujeto sobre su participación en un experimento; (7) el efecto de las expectativas del experimentador, etc...

La mayoría de estos y otros factores que amenazan tanto a la validez interna como a la validez externa de una investigación, como veremos a continuación, pueden controlarse con éxito mediante el empleo sistemático de los diseños de investigación. Con todo, a veces, el investigador se encuentra en la disyuntiva de decidir sobre el tipo de validez que prima. A veces se encuentra con que los controles que establece para demostrar la validez interna de una investigación pueden estar limitando la posibilidad de generalizar con claridad los resultados, de modo que tiene que decidirse por el control riguroso de la validez interna con el riesgo de limitar el alcance de la validez externa o a la inversa.

4.2. FUNCIONES DE LOS DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN.

La investigación en **Tratamientos Psicológicos**, como en cualquier ámbito de la psicología, debe realizarse de acuerdo con un plan estructurado de acción que, en función de unos objetivos básicos, está orientado a la obtención de datos relevantes para los problemas y las cuestiones planteadas. Arnau (1990) llama a un plan de acción así definido diseño de investigación.

Considera Arnau (1996) que en los diseños de investigación cabe destacar los objetivos o propósitos de la investigación y la clase o cantidad de datos que pueden obtenerse.

Desde la perspectiva de *lo que pretende el investigador* cabe remarcar dos dimensiones: (1) La *dimensión evaluativa* que daría lugar a diseños de evaluación de los efectos del tratamiento o impactos y a diseños de evaluación de programas. 2) La *dimensión temporal* que permite clasificar los diseños en transversales, conocidos también como diseños de comparación de grupos, que tienen como objetivo el estudio de los efectos de los tratamientos sobre un resultado final, y los diseños longitudinales en que se pretende estudiar el proceso del cambio a través del tiempo.

Desde la perspectiva de *los datos* se pueden establecer también dos ámbitos de investigación: (1) *transversal/longitudinal*, aunque aquí se pone el énfasis en la cantidad de puntos o registros que se toman. Las medidas de las respuestas a los tratamientos tomadas en un sólo punto da lugar a diseños de carácter transversal. Las observaciones en más de un punto o serie de observaciones dan el carácter de diseño longitudinal. (2) *cuantitativa/cualitativa* fundada en la naturaleza métrica o no métrica de los datos, que ha dado lugar a dos grandes vertientes analíticas en estadística conocidas precisamente como cuantitativa y cualitativa. La vertiente cualitativa, más afín a las orientaciones psicoanalítica, humanista-fenomenológica-existencial y constructivista

(Neimeyer, 1993), ha producido un fuerte incremento y desarrollo en los modelos estadísticos aplicables a este tipo de datos y ha sido, en gran parte, responsable e impulsora de un nuevo enfoque en investigación, 'la metodología cualitativa'.

La asignación de los sujetos a los diferentes grupos de tratamiento permite finalmente establecer dos categorías de diseños: *cuasi-experimentales y experimentales*, distinción debida a Campbell y Stanley (1963) que ha marcado, de forma definitiva, el panorama metodológico actual. Hasta mediados de la década de los 70 los diseños cuasi-experimentales gozaban de escasa consideración por no controlar las amenazas o riesgos asociadas a la asignación no aleatoria de los sujetos a los grupos. El trabajo de Cook y Campbell (1979) apunta, por primera vez, la posibilidad de control para las fuentes de sesgo y desde entonces, estos diseños están en progresivo desarrollo.

Los diseños de investigación resultan ser técnicas, más potentes que las técnicas estadísticas, que permiten controlar las variables que amenazan a la validez interna. La extensión e importancia del campo de los diseños experimentales es tal que le ha permitido ser un campo definido en otra Área de Conocimientos de los estudios universitarios, por lo que aquí nos limitamos a remitir al trabajo de especialistas en la materia. Para el necesario conocimiento de la metodología cuasi-experimental remitimos a los trabajos de Ato (1995a, 1995b, 1995c) y Vallejo (1995a, 1995b, 1995c) y para introducirse en la metodología cualitativa a los trabajos de Anguera (1995a, 1995b, 1995c) y Cook y Reichardt (1986). La metodología de encuesta quizás sea más apropiada para el trabajo en psicología social, pero a nosotros puede sernos muy útil para seguir a largo plazo los efectos de los tratamientos. Puede verse en R. Martínez (1995a, 1995b, 1995c).

4.3. EL ANÁLISIS DE RESULTADOS DE ESTUDIOS MÚLTIPLES.

Una reflexión adecuada sobre el análisis de los resultados de la investigación debería contemplar el análisis de los resultados que provienen de una sola investigación y a los provenientes de más de una. En el primer caso estaríamos ante el análisis de los datos obtenidos conforme a un diseño determinado y en el segundo nos encontramos ante la tarea de valorar resultados obtenidos a partir de una técnica, un programa o un modelo determinado en una serie de manifestaciones conductuales seleccionadas como variables dependientes de una intervención.

El análisis de los resultados de un sólo estudio está estrechamente relacionado con el diseño utilizado en tal estudio. Por ello lo referimos al análisis de datos de los diseños de investigación presentados de forma muy clara, didáctica y profunda por los distintos colaboradores de 'Métodos de investigación en psicología' (Anguera y otros, 1995).

El análisis de los resultados de estudios múltiples se encuentra con los problemas epistemológicos, conceptuales y metodológicos inherentes a la mayoría de los estudios y hacen difícil, si no imposible, llegar a conclusiones firmes sobre resultados tras comparar los obtenidos con diferentes tratamientos. Los procedimientos de análisis y valoración de los resultados de estudios múltiples pueden clasificarse en dos categorías: cualitativa y cuantitativa. Inicialmente se ponía el énfasis en la valoración cualitativa utilizando procedimientos analítico-racionales. Posteriormente, sobre todo a partir de la introducción del meta-análisis por parte de Smith y Glass (1977), el énfasis se puso en la valoración cuantitativa de los resultados.

4.3.1. Procedimientos analítico-racionales.

Los procedimientos analítico-racionales de valoración de los resultados parten de consideraciones de tipo cualitativo. El procedimiento en estas revisiones suele seguir estos pasos:

- Revisión de los estudios referidos a un tópico determinado.
- Selección de los estudios que cumplan determinados requisitos, generalmente, de tipo metodológico establecidos como criterio o estándar al que se ajusta la revisión.
- Ordenación de los estudios a partir de un número de dimensiones relevantes.
- Valoración de los resultados de los estudios en diferentes aspectos de las dimensiones contempladas.
- Extracción de conclusiones sobre los efectos del tratamiento basadas en las valoraciones de los resultados.

Ejemplo de una revisión cualitativa puede ser la que hacen Matthews y Haynes (1986) sobre la relación entre la conducta tipo A y la enfermedad coronaria.

4.3.2. Procedimientos cuantitativos.

El interés por la valoración cuantitativa de los resultados registra dos etapas asociadas a distintos procedimientos de análisis.

El procedimiento 'Box-Score'. Fue éste el procedimiento inicial para afrontar los problemas que planteaba la interpretación de los resultados de los tratamientos y las comparaciones entre ellos. El procedimiento utilizaba un criterio de medida dicotómica (cambio significativo estadísticamente frente a no significativo). Se sumaban de forma indiscriminada los resultados logrados con distintos tratamientos en diferentes estudios y se representaban en tres categorías distintas: 'procedimiento mejor que' 'procedimiento peor que' o 'procedimiento no diferente de' un acercamiento terapéutico alternativo o de no recibir ningún tratamiento. Esta estrategia de

evaluación global, en gran medida cualitativa, era un primer esfuerzo por facilitar respuestas a cuestiones tales como si la terapia de conducta era más efectiva que la psicoterapia, cuestión candente y así planteada en ese momento. Ejemplo de este procedimiento es el trabajo de Luborsky, Singer y Luborsky (1975).

El Meta-análisis. La metodología '*box-score*' fue criticada entre otros por Glass (1976) y Gardner (1966) y, en su lugar, Smith y Glass (1977) propusieron un acercamiento que llamaron meta-análisis. La unidad base del meta-análisis es el 'tamaño o magnitud del efecto', definido como la diferencia entre las medias del grupo de tratamiento y el grupo de control dividido por la desviación típica del grupo de control o del grupo general. Una de las ventajas del meta-análisis sobre las revisiones cualitativas y el procedimiento de '*box-score'* es, precisamente, usar una métrica común para medir el tamaño del efecto que tiene más significado y es menos sensible al tamaño de la muestra que la significación estadística. En su análisis de los estudios sobre el resultado de la terapia, Smith y Glass calcularon el tamaño del efecto para cualquier tipo de medida obtenida sobre la que se informara en la literatura. Mezclaron más de 830 dimensiones de 375 estudios. Anticipando las críticas que se les podrían hacer por tratar las diferentes medidas obtenidas como equivalentes, Smith y Glass salieron al paso diciendo que todas las medidas obtenidas se refieren en mayor o menor grado al *bienestar* en general y, en consecuencia, son comparables. Pero, quizás, no sea del todo conveniente apelar a la generalidad de los resultados. La investigación sobre la evaluación de la personalidad ha mostrado que lo que se necesitan son medidas específicas de conductas particulares (Mischel, 1977). De todos modos, desde la propuesta inicial del meta-análisis hasta nuestros días, se ha avanzado mucho en esta vía de análisis y valoración de resultados, convirtiéndose hoy en un tema estrella en todas las revistas y en un campo de investigación interesante en el área de la metodología. Su actualidad no la deja a salvo de tener que emplearse con cautela cuando se utiliza para valorar los resultados obtenidos mediante el psicoanálisis o cualquier otro enfoque terapéutico que no participe o se adhiera con agrado a las expresiones de resultados mediante cifras.

Algunas consideraciones que deben tenerse en cuenta para situar en una posición más matizada los resultados de los meta-análisis son las siguientes:

1. Una serie de estudios metodológicamente inadecuados que, en un grado o en otro, repiten errores básicos de diseño y/o procedimiento no es mejor que un sólo estudio bien diseñado y desarrollado.
2. Hay que extremar las medidas de rigor y prudencia a la hora de seleccionar los estudios que merecen ser incluidos en un meta-análisis para no extraer conclusiones de estudios inadecuados que comparan tratamientos mal definidos, terapeutas con cualificaciones muy diferentes, pacientes heterogéneos y problemas definidos sobre la base de medidas no uniformes.

El procedimiento tipo del meta-análisis podría resumirse así:

1. Se recogen los estudios referidos a un tópico seleccionado, por ejemplo los efectos de la exposición en vivo sobre la agorafobia.

2. Se seleccionan los estudios que se ajusten a ciertos criterios, generalmente de tipo metodológico, definidos con precisión por parte de los autores del meta-análisis.

3. Se calcula el tamaño del efecto para cada una de las variables dependientes incluidas en los estudios que resulten pertinentes para el objetivo de un estudio. El tamaño del efecto sirve de índice cuantitativo que responde a una métrica común de los resultados del tratamiento de los diferentes estudios.

4. A partir de los resultados estadísticos, se finaliza con una serie de conclusiones sobre la probabilidad de que las diferencias entre las dimensiones del efecto no se deban al azar. Ejemplos de revisiones mediante el meta-análisis son las de Booth-Kewley y Friedman (1987) sobre conducta tipo A y enfermedad coronaria y Dobson (1989) sobre la eficacia de la terapia cognitiva para la depresión.

Algunas limitaciones que pueden señalarse a los estudios de meta-análisis, entre las muchas que se han realizado, son:

1. mezclar estudios de calidad muy diferente, aunque todos superen los criterios mínimos establecidos para su inclusión.

2. Posibilitar la confusión de las variables independientes, sobre todo al incluir estudios correlacionales.

3. Hacer uso de varios tamaños del efecto en un mismo estudio que pudieran no ser independientes como se requiere para tal prueba estadística.

4. El tamaño de la muestra de los estudios que hace más probables los resultados positivos en muestras de gran tamaño. Aunque existen procedimientos estadísticos para corregir los efectos debidos al tamaño de muestra, hay que tener en cuenta que no todos los meta-análisis corrigen este efecto.

CAPÍTULO 29. VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.

1. INTRODUCCIÓN.

Nos planteamos en este capítulo la valoración que podemos hacer de los distintos enfoques en **Tratamientos Psicológicos** basándonos en los resultados obtenidos por cada uno de ellos ante distintos objetivos terapéuticos. Hacer una valoración de este tipo requiere, a nuestro juicio, que establezcamos algunas precisiones previas.

La publicación del ya épico artículo de Eysenck (1952), que ha sido reimpreso en el número 5 de 1992 del *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, hizo una llamada a la necesidad de cuestionarse la eficacia de la psicoterapia e inició un debate que todavía está vigente entre nosotros (Beutler, 1998; Nathan, 1998). El debate

ha estado marcado, con cierta frecuencia, por puntos de vista extremistas y por cierto resquemor profesional. Después de más de cuatro décadas de investigación clínica, las respuestas a las dos cuestiones básicas del debate continúan siendo objeto de vivas disputas. La primera era si la terapia es superior o no a la no-aplicación de terapia. Revisiones comprensivas de la literatura pertinente realizadas por expertos desde diferentes posiciones teóricas han producido interpretaciones encontradas (p. e. Bergin, 1971 y Rachman, 1971). La segunda cuestión era si algunas formas de terapia son superiores a otras.

Algunas publicaciones de los años 70 ayudaron a renovar la atención y el interés por el problema de los resultados de los tratamientos. Estas publicaciones comprenden un estudio comparativo de los resultados de amplio espectro publicado por Sloane y otros (1975), y dos revisiones influyentes de la literatura de los resultados del tratamiento realizadas por Luborsky, Singer y Lubosrky (l975) y Smith y Glass (1977). Estos estudios fueron objeto de críticas (Cooper, 1979; Rachman y Wilson, 1980) debido a ciertas limitaciones en la selección de estudios y por algunas de las asunciones previas del meta-análisis, pero indudablemente suponen un gran avance sobre la revisión realizada por Eysenck (1952).

Estas cuestiones, que en cierta medida son ya historia, van a ser analizadas por nosotros, pero sin referirnos a los efectos de la psicoterapia en general, sino refiriéndonos a trastornos precisos tratados con técnicas o programas bien definidos.

2. LIMITACIONES EN LA VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS.

Recogemos en este apartado algunos problemas que, a nuestro juicio, se producían con excesiva frecuencia a la hora de valorar los resultados de los **Tratamientos Psicológicos**. Lo situamos en tiempo pasado porque estimamos que estos errores de enfoque se producían en otros tiempos y hoy sólo se producen en investigadores menos informados.

2.1. LA ASUNCIÓN DE LA UNIFORMIDAD DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.

Kiesler (1966), refiriéndose a los problemas inherentes a la investigación sobre resultados de la psicoterapia, identificó varios mitos. Uno de estos mitos era la asunción de la uniformidad, esto es, que la psicoterapia e, igualmente, la terapia de conducta se refieren a un tratamiento homogéneo y uniforme. Este mito ha estado vigente cuando la psicoterapia y la terapia de conducta se han comparado entre sí en tiempos en que las tradiciones de que derivaban estaban en conflicto, como fue el caso tras el nacimiento de la terapia de conducta. No suele ocurrir así hoy en que suele investigarse la mayor o menor evidencia empírica disponible a favor de las distintas técnicas, terapias o programas de **Tratamientos Psicológicos** con independencia de que se les considere

afines a la psicoterapia o a la terapia de conducta. Es más, hoy, incluso dentro de cada orientación, se distinguen técnicas representativas de distintos modelos terapéuticos que comportan presupuestos teóricos y procedimientos terapéuticos diferentes. Caracterizar a cualquiera de estas técnicas de forma que represente a la psicoterapia o a la terapia de conducta sería inadecuado, porque ninguna de las técnicas es capaz de representar adecuadamente al universo predicado, psicoterapia o terapia de conducta. Algunos autores, Luborsky, Singer y Luborsky (1975), intentan justificar su evaluación comparativa de la terapia de conducta afirmando que las diferentes técnicas de tratamiento conductual no difieren entre sí en términos de eficacia comparativa. Esta afirmación, sin embargo, no es totalmente cierta, porque hay evidencia abundante de que algunas técnicas como, por ejemplo, los métodos basados en la ejecución como el modelado participante son superiores a las técnicas que descansan en la imaginación (p. e. la DS o modelado simbólico, Bandura, 1977a; Kazdin, 1977; Marks, 1975).

Otra faceta del mito de la uniformidad en los **Tratamientos Psicológicos** es considerar que existe un tratamiento placebo uniforme. Los tratamientos considerados placebo varían enormemente. Se extienden desde los que incluyen varios componentes activos de tratamiento a los que sólo comprenden condiciones mínimas de control sin principio activo de tratamiento.

2.2. LA INADECUADA MEDIDA DE LOS RESULTADOS.

La falta de medidas adecuadas de los resultados de los tratamientos ha sido, posiblemente, la deficiencia más seria a señalar en lo referente a la literatura sobre los tratamientos y, en consecuencia, sobre su valoración. Conceptualmente el problema ha sido que las estrategias de medida empleadas han derivado del modelo convencional de investigación de resultados en el que la conducta anormal es vista como una cuasi-enfermedad. El ver la conducta anormal de esta forma llevó a preferir y , en consecuencia, hacer más frecuente el uso de medidas cualitativas que el de medidas cuantitativas. En consecuencia, los resultados del tratamiento se evaluaban en términos de conceptos cualitativos tales como *cura*, *recaída* y *remisión.* Hoy, en que empieza a desarrollarse una metodología de investigación cualitativa, este acercamiento puede encontrar más apoyo si se acompañan este tipo de medidas de la necesaria consistencia y el cuidadoso registro y descripción de los datos (Anguera, 1995a).

Directamente relacionada con esta concepción de la conducta anormal está considerar los resultados de la terapia basándose en supuestos tradicionales sobre la personalidad, esto es, una personalidad estructurada y concebida como conjunto de rasgos.

Guiados por estos supuestos sobre la naturaleza de la conducta anormal y personalidad, las medidas de los resultados se restringían tradicionalmente a distintos tests de personalidad (p. e. el Rorschach o el MMPI) o a escalas clínicas globales sobre el funcionamiento psicológico del cliente (Meltzoff y Kornreich, 1970). Los tests que infieren rasgos o disposiciones permanentes de personalidad a partir de signos indirectos han sido la medida psicodinámica estándar del resultado de la terapia. Hoy, después de los trabajos de Mischel (1968) y Peterson

(1968), parece bastante claro que estos juicios clínicos de la estructura de la personalidad no son muy útiles y que hay que buscar escalas clínicas referidas a los objetivos específicos de las intervenciones o, preferentemente, medidas directas de las conductas conexas con el objetivo de la intervención.

Otro problema con la medida o valoración de los resultados es la forma de cumplimentar los instrumentos de medida o de valorar los resultados. Las escalas clínicas usualmente se cumplimentan por el terapeuta y un asesor psiquiátrico independiente que puede o no ser desconocedor del tipo de tratamiento que está recibiendo el cliente. En algunas ocasiones se han hecho intentos de obtener evaluaciones comparables del estado psicológico del cliente entrevistando a un amigo íntimo o a un pariente. Aunque la mayoría de los investigadores conductuales han abandonado el uso de los tests tradicionales de personalidad, las escalas clínicas continúan siendo ampliamente empleadas como medidas del resultado del tratamiento. Las limitaciones que presentan, en base a quienes las cumplimentan, generalmente el terapeuta, el cliente, el asesor independiente o el informador, son las siguientes:

1. Las valoraciones del terapeuta y del paciente están sujetas a sesgos obvios.

2. Los asesores independientes se basan, al dar su evaluación, en la entrevista clínica. Como tal es consistente con la teoría de rasgos de personalidad y los presupuestos de la terapia psicodinámica de que la entrevista clínica es el vehículo primario a través del cual se evalúa el cambio que tiene lugar en la terapia, cambio que se manifiesta en la entrevista y se supone se mantendrá y generalizará a otras situaciones. Estos supuestos son discutibles desde una orientación conductual que enfatiza los efectos específicos de la situación sobre la conducta (Wilson y Evans, 1977).

3. Las evaluaciones de los informadores son vulnerables a las distorsiones introducidas por el hecho de que el informador puede estar directamente afectado por el problema del cliente y, en consecuencia, no está libre de sesgos. Puede ser también que tenga un acceso limitado a la observación directa del problema o que esté en conflicto con el paciente. En estos casos las correlaciones entre estas medidas diferentes han sido tan bajas que Sloane y otros (1975) concluyeron en su estudio que los diferentes evaluadores debieron usar metas y/o criterios diferentes.

3. CRITERIOS DE VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS.

Aunque las cuestiones referidas a diseños experimentales y medidas específicas de los efectos de un tratamiento son de importancia capital, también deben tratarse cuestiones más amplias referidas a los criterios para evaluar los **Tratamientos Psicológicos**. Un modelo interesante de valoración de los resultados es el propuesto por Strupp y Hadley (1977). Estos autores proponen un modelo tripartito que tomara en consideración la conducta adaptativa, el sentimiento de bienestar y la estructura de personalidad. El componente tercero del modelo es coherente con un modelo terapéutico de orientación internalista. Nosotros nos referimos aquí más bien a los dos

primeros. En concreto nos referimos a los criterios respecto a los cuales se evalúa el cambio del cliente, la relación costo/eficacia del tratamiento y la valoración que los clientes hacen del tratamiento.

3.1. CRITERIOS REFERIDOS AL CAMBIO DEL CLIENTE.

En la investigación sobre los resultados de los tratamientos psicológicos las conclusiones sobre los efectos de los mismos suelen extraerse comparando los valores medios obtenidos por los pacientes que reciben un tratamiento con los que obtienen los componentes del grupo de control en una medida dependiente particular. Los posteriores análisis estadísticos de los datos permiten concluir si los componentes de los grupos difieren o no. Sin embargo, las diferencias entre grupos en la ejecución media facilita un criterio bastante limitado para comparar los tratamientos o valorar un tratamiento dado. Se hace necesario considerar otros criterios próximos a éste que incluyan la importancia del cambio, la proporción de personas tratadas que cambia, la amplitud de los cambios y la duración del cambio. Estos criterios no están necesariamente subordinados al criterio, comúnmente usado, de las diferencias de grupos, particularmente cuando se han de hacer recomendaciones para el tratamiento individual o se han de tomar medidas sobre el cuidado de la salud en general. Pasamos a comentar estos otros criterios.

Importancia del cambio. La importancia del cambio o significación clínica del cambio se refiere a si la mejora se manifiesta en el funcionamiento diario del cliente. Un criterio para determinar si el cambio realizado en el tratamiento es clínicamente importante es si los clientes se ajustan a los niveles normativos de la conducta después del tratamiento.

La evaluación de los datos normativos no deja de ser problemática por la dificultad que encierra el definir los grupos normativos y especificar los sujetos y variables demográficas que determinan el nivel normativo. Además, para muchas poblaciones, por ejemplo los retrasados mentales, las ejecuciones normativas no pueden ser un criterio de referencia apropiado. Sin embargo, las limitaciones que presentan los datos normativos como un criterio universal no deben ser un impedimento para aplicarlos en determinadas problemáticas en que los individuos deben ser insertados en niveles normativos de funcionamiento.

En general, la magnitud del cambio terapéutico necesita una atención mayor en la literatura sobre tratamiento. Por otro lado, la magnitud del cambio no debe quedar en categorizar a los pacientes como *bastante mejorados*, *muy mejorados*, etc..., que es como se hacía comúnmente en la literatura sobre terapia (Goldstein y Dean, 1966; Meltzoff y Kornreich, 1970). En su lugar debe evaluarse directamente la medida en que el tratamiento logra unos niveles de funcionamiento adecuados o aceptables. Este criterio ha llevado a Seligman (1995, 1996) a distinguir entre la eficacia de una intervención y su efectividad o utilidad clínica.

Proporción de los pacientes que mejoran. El problema de hacer comparaciones estadísticas de diferencias de grupo es que tal comparación implica promediar el porcentaje de cambio en todos los clientes de

cada grupo de tratamiento. Obviamente, el promedio del cambio del grupo no es el indicador del cambio de un cliente real. Es más, el promedio no representa, necesariamente, que la mayoría de los individuos haya logrado una mejoría. Como dice Chassan (1967), la verdadera naturaleza de un promedio es distorsionar las ejecuciones individuales para lograr un resumen general de los efectos del tratamiento. Por ello, es importante mirar más allá del promedio de los efectos del tratamiento sobre los individuos. Hay que mirar también el porcentaje de clientes que mejoran. Seleccionar un tratamiento que produce mejoras en el mayor número de clientes hace máxima la probabilidad de que un cliente dado se vea afectado, favorablemente, por el tratamiento.

Amplitud de los cambios. Otro criterio que debe ser invocado para diferenciar los tratamientos es la amplitud del cambio producido. Tanto en los casos clínicos como en los de investigación se discute la amplitud de los cambios producidos por el tratamiento y se sugiere que los efectos del tratamiento, comúnmente, se extienden más allá de las áreas para las que el cliente solicitó la terapia (p. e. Maley, Feldman y Ruskin, 1973; Paul, 1967; Sloane y otros, 1975). Referidos a la amplitud del cambio terapéutico están los efectos colaterales del tratamiento que pueden aportar razones de mucho peso para preferir un tratamiento a otro.

Duración de las mejoras. Un criterio importante y ampliamente reconocido para evaluar el tratamiento es la duración del cambio terapéutico. Los debates sobre los efectos relativos de los diferentes tratamientos están basados, usualmente, sobre los efectos inmediatos del tratamiento terapéutico. Es deseable, sin embargo, que los debates, progresivamente, contemplen los efectos a largo plazo. A la luz de la literatura contemporánea, la duración de los efectos del tratamiento más que los resultados a corto plazo parece ser el punto de comparación más relevante de los tratamiento. Un ejemplo que ilumina este criterio son los resultados de los programas del tratamiento de la obesidad en que los resultados inmediatamente posteriores al tratamiento no garantizan, pasado un tiempo, la continuidad de los resultados (p. e. Brownell, y Jefery, 1987). A la luz de estos datos parece que habría que revisar muchas conclusiones extraídas de estudios puntuales que sólo consideran en su evaluación de resultados los momentos inmediatamente posteriores al tratamiento. También habría que exigir que en determinados temas no se pueda afirmar el éxito de un tratamiento a menos que muestre que los resultados se han mantenido durante un cierto tiempo.

3.2. CRITERIOS REFERIDOS A LA RELACIÓN COSTO/EFICACIA DEL TRATAMIENTO.

Para evaluar los **Tratamientos Psicológicos**, además de los criterios referidos a los efectos del tratamiento sobre los clientes hay que considerar otros criterios referidos a la eficacia y costo del tratamiento.

Eficacia en función de la duración de la terapia. Asumiendo que diferentes técnicas sean igualmente efectivas en una medida particular de los resultados, la rapidez con que se logran estos resultados es un punto muy importante a considerar, de modo que una técnica que alcance un nivel específico de mejora en un periodo de

tiempo más corto debe preferirse. Este criterio está influyendo en el desarrollo de las terapias breves y supuso una de las ventajas de la terapia de conducta frente a los interminables psicoanálisis.

Eficacia en función de la manera de administrar el tratamiento. Además de la cantidad de tiempo requerido para administrar el tratamiento, la eficacia puede ser medida por la manera en que se administra el tratamiento, si de forma individual o en grupo. Los tratamientos que permiten ser aplicados en grupo para resolver un problema determinado son preferibles a los que sólo admiten una administración individual.

Eficacia de una técnica en función de la extensión con que puede ser aplicada. Una técnica que puede ser aplicada a un gran público, aunque sólo sea moderadamente efectiva, puede tener mayor impacto sobre el cuidado que debe prestarse a la población que una técnica que es más efectiva pero menos fácil de aplicar, por ejemplo, el modelado mediante películas y el modelado guiado por un experto. Una consecuencia lógica de la aceptación de este criterio es la desventaja en que se encuentra el psicoanálisis frente a la terapia de conducta. La dificultad en administrar ampliamente las técnicas psicoanalíticas podría influir en que los responsables de la salud mental comunitaria busquen técnicas alternativas de tratamiento que sean efectivas y fáciles de administrar a grandes grupos.

Una vía efectiva para administrar los tratamientos a colectivos puede ser a través de la biblioterapia. Los manuales para ayudarse a sí mismo facilitan esta labor y además pueden reducir en costo las intervenciones del profesional.

Los manuales de ayuda de orientación conductual han sido usados con varios grados de contacto con el terapeuta. Glasgow y Rosen (1979) distinguen entre programas autoadministrados sin contacto alguno con el terapeuta de modo que el manual es la única ayuda de que se dispone, y programas administrados por el terapeuta en que hay contactos regulares mediante los que se guía al cliente en el uso del manual. La utilidad de estos programas depende de lo eficaces que se hayan mostrado, y, hasta ahora, son pocos los que tienen el apoyo de la evidencia empírica. Algunos, incluso, pueden ser criticados por permitir procedimientos extraños desde el punto de vista clínico (Rosen, 1976). Sin embargo, incluso si un programa autoadministrado es menos efectivo que un programa administrado por un terapeuta, su uso, siempre que tenga alguna utilidad, puede estar indicado por la relación que en él se establece entre coste-efectividad y por su mayor difusión potencial.

Costo en experiencia del profesional. Un costo que se discute con poca frecuencia al evaluar los **Tratamientos Psicológicos** es el costo requerido para el entrenamiento del profesional. Tradicionalmente, llegar a ser un terapeuta, bien a través de la psiquiatría o de la psicología, supone un entrenamiento largo y caro. Sin embargo, hay una literatura abundante sobre terapia tanto para pacientes internos como externos que muestra que individuos sin entrenar o moderadamente entrenados pueden actuar tan bien como los profesionales de cara al cambio de conducta efectivo de los clientes (p. e. Poser, 1966).

Entrenar a los no profesionales para aplicar un tratamiento en ambientes naturales más allá del despacho del terapeuta y del laboratorio ha llegado a ser una característica de la terapia de conducta. El uso de los no profesionales es mejor conocido en los términos que lo plantean Tharp y Wetzel (1969). Ellos hablan de un modelo triádico de intervención compuesto por el consultor profesional, el mediador y el receptor del programa. Los mediadores son importantes porque tienen más contacto con los receptores de los programas que los consultores y porque pueden controlar refuerzos naturales poderosos para el cambio de conducta. Los padres han sido usados ampliamente como mediadores del cambio en los programas de intervención conductual (Gordon y Davidson, 1981; del Pino y Borges, 1985; del Pino y Gaos, 1997). Otros mediadores muy utilizados son los auxiliares de clínica, los estudiantes, hermanos, compañeros, profesores, etc...

Costos para el cliente. Pueden distinguirse muchos costos para los clientes a la hora de evaluar los tratamientos. El más obvio es el desembolso monetario de los clientes para hacer frente a su tratamiento. También hay que tener en cuenta el tiempo que les lleva el tratamiento. Además de estas consideraciones debe atenderse también el bienestar físico del cliente y su costo emocional como es el caso de la elección entre la DS y la inundación, por ejemplo.

Es probable que consideraciones de este tipo hagan que, progresivamente, se vayan planteando cuestiones sobre si las mejoras que se siguen de los **Tratamientos Psicológicos** son equivalentes a los costos que supone lograrlas, y si los tratamientos difieren en términos del análisis costo-beneficio. En el futuro, la efectividad de los tratamientos deberá analizarse en mayor profundidad a la luz de estos costos. Compas y otros (1998) se quejan de que no se disponga de investigación formal sobre la relación costo-efectividad de las técnicas psicológicas específicas para dejar de fumar.

3.3. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO POR PARTE DEL CONSUMIDOR.

Un área descuidada en la investigación sobre tratamientos psicológicos es la evaluación que el consumidor hace del tratamiento. Lógicamente, los tratamientos alternativos para un problema determinado puede que no sean igualmente aceptables desde la perspectiva del cliente que desde la perspectiva del profesional. Presumiblemente, la aceptabilidad del tratamiento podría estar influida por consideraciones de eficiencia y costo, pero probablemente hay, además, consideraciones sobre los procedimientos usados para efectuar el cambio y su repercusión para el cliente.

Los tratamientos efectivos pueden no ser aceptables para los clientes si ciertos aspectos específicos de procedimiento son objetables por sí mismos. Los clientes mismos evitan el tratamiento o se retiran de él si se usan métodos aversivos de tratamiento. Mucha gente, incluso, rechazará cualquier tratamiento en general. Por ejemplo, Bernstein y McAlister (1976) hicieron notar que un sondeo del Instituto Gallup indicó que solamente el 34% de

los que quieren dejar de fumar están interesados en ir a una clínica. La mayoría parece estar a favor de un programa de autoayuda (Schwartz y Dubitzky, 1968). Por tanto, desde el punto de vista del criterio que aquí comentamos, los programas autoadministrados, aunque sean menos efectivos que los dirigidos por un terapeuta, deben ser tenidos en cuenta sobre la base de una mayor aceptación entre ciertos sectores de la población.

En la línea de contar con la valoración de los tratamientos por parte de los consumidores está el estudio de Seligman (1995) sobre los informes del consumidor. En este estudio para responder a la pregunta de la efectividad de los tratamientos psicológicos, en vez de acudir a la metodología experimental tradicional de comparar los resultados obtenidos en clientes distribuidos al azar entre distintas modalidades de tratamiento, se ha optado por preguntar a los receptores de los servicios sobre las mejoras específicas, la satisfacción experimentada con el tratamiento recibido y la mejora global. Es una vía interesante que se abre y que ha llevado a que se apoye hacer una distinción entre eficacia, resultados obtenidos en estudios experimentales controlados, y efectividad, resultados obtenidos en contextos naturales. Algunos autores (p. e. Jacobson y Christensen, 1996) son críticos con este procedimiento de valoración de los resultados y lo vienen a comparar con el de Eysenck (1952). Ambos estudios tienen a juicio de estos autores limitaciones metodológicas.

4. APOYO EMPÍRICO A LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.

La investigación del apoyo empírico de que gozan los **Tratamientos Psicológicos** no es sólo un asunto de interés científico. Es también una cuestión ética relativa a la prestación de servicios y a los derechos del consumidor (Giles, 1993; Lambert, 1991) y, a la postre, también económica. Las compañías de seguros que financian la aplicación de tratamientos psicológicos tienen que adoptar criterios para conceder esta financiación y, al menos en la sociedad americana, el temor a que se adopten criterios menos rigurosos por parte de estas compañías ha movido a que sean los propios expertos, la American Psychiatric Association (1993a, 1993b, 1994, 1995, 1996 y 1997) y la American Psychological Association (1995), en concreto, el grupo de trabajo de la División 12, Psicología Clínica, quienes ofrezcan la consideración que les merecen las distintas técnicas y programas con que se cuenta en **Tratamientos Psicológicos** (Beutler, 1998).

La cuestión es que no basta como justificación de una psicoterapia que los clientes estén contentos. Ni siquiera que mejoren, pues, el mero *paso del tiempo* ya es beneficioso en alguna medida. No debemos, pues, contribuir a que se ofrezca como servicio profesional especializado lo que no es sino ganancia espontánea debida a la naturaleza de las cosas, ni a que se ofrezca como único componente activo de los distintos **Tratamientos Psicológicos** la atención que supone cualquier dedicación profesional. Se requiere que dispongamos de la evidencia suficiente para poder afirmar que los **Tratamientos Psicológicos** son más efectivos que no hacer nada o que hacer algo trivial.

En la actualidad se tiende a aceptar, por parte, sobre todo, de los investigadores y psicoterapeutas de orientación psicoanalítica, la conclusión de que la psicoterapia, en general, es efectiva y que las distintas psicoterapias son *equivalentes en* sus resultados (Lambert, 1991). Esta posición se mantiene a pesar de: (a) el estudio de Eysenck (1952) que puso de relieve la carencia en la psicoterapia psicoanalítica y psicodinámica de estudios con grupos de control, en lista de espera o en atención placebo, y de su conclusión referida a la falta de evidencia respecto a su efectividad; (b) el trabajo de Rachman y Wilson (1980), que encontraba difícil poder concluir que las psicoterapias (psicoanalíticas y psicodinámicas) fueran más efectivas que el dejar pasar el tiempo o que la atención-placebo. La conclusión de que las distintas psicoterapias son *equivalentes* en sus resultados tiene su arranque en las consideraciones que hiciera Frank (1973) sobre los *factores comunes* en psicoterapia. Poco después Luborsky, Singer y Luborsky (1975) lanzaron su veredicto de que 'todas las psicoterapias ganan y todas quieren tener sus premios'. Posteriormente el meta-análisis de Smith, Glass y Miller (1980) se convierte en un clásico y Stiles, Shapiro y Elliott (1986) propagaron casi oficialmente, en el *American Psychologist*, la equivalencia de las psicoterapias. Viene a concluirse que la psicoterapia es más efectiva que el no tratamiento y que los diferentes acercamientos al tratamiento, incluyendo la terapia de conducta, son igualmente efectivos.

La equivalencia de las psicoterapias se ha dado, pues, como un hecho y, en este sentido, se hace valer como justificación para el movimiento hacia la integración de las psicoterapias. Se olvida, sin embargo, que Howard y otros (1986) manifestaron la necesidad de establecer una fórmula precisa para establecer la relación dosis-efecto en psicoterapia y que Stiles, Shapiro y Elliott (1986) hicieron notar la paradoja de la falta de efectividad diferencial a pesar de la evidente diversidad técnica.

El problema de intentar justificar o criticar esta conclusión es que los estudios experimentales son tan abundantes y divergentes que hacen imposible en la práctica a un investigador sólo no ya analizar todos los estudios existentes, sino establecer conclusiones que no sean contradichas inmediatamente por una valoración diferente de los resultados de los tratamientos. Por ello, en la revisión del apoyo empírico a las **Tratamientos Psicológicos** nos vamos a basar en una aportación colectiva, la del grupo de trabajo de la División 12, Psicología Clínica, de la American Psychological Association. Preferimos las valoraciones de este colectivo porque las funda en la evidencia empírica. Las valoraciones de los resultados de la American Psychiatric Association apelan con preferencia a criterios clínicos (Nathan, 1998).

En los apartados que siguen recogemos la evidencia existente a favor de técnicas concretas, porque entendemos, como decíamos al hablar del mito de la uniformidad de las psicoterapias, que no se puede hablar con propiedad de la eficacia de un enfoque teórico, sino de las técnicas, procedimientos o programas que descansan en los supuestos participados bien por las grandes orientaciones en **Tratamientos Psicológicos** que hemos recogido en este proyecto o por alguno de los modelos o terapias concretas que se adscriben a ellas.

4.1. CRITERIOS OPERATIVOS PARA DETERMINAR EL APOYO EMPÍRICO A LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.

Dejamos claro de entrada que la revisión se refiere a los tratamientos psicológicos como una variable independiente para explicar los resultados obtenidos ante determinados problemas, sin que esto suponga desconocer, ni mucho menos negar, la importancia que tienen otros factores como la relación y alianza terapéutica o las variables referidas al cliente o al terapeuta para explicar los resultados.

Los criterios que vamos a adoptar son los que Chambless y Hollon (1998) proponen para la sección especial del *Journal of Consulting and Clinical Psychology* dedicado a las terapias con apoyo empírico. Estos criterios se inspiran, aunque los modifican, en las bases puestas por la Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995) y Chambless y otros (1996) de la División 12, Psicología Clínica, y en la Task Force on Psychological Intervenction Guidelines (1995) de la American Psychological Association.

Sumariamente recogidos, los criterios que Chambless y Hollon (1998) utilizan para que los distintos colaboradores de la sección especial se pronuncien sobre los tratamientos psicológicos con apoyo empírico son:

1. El tratamiento objeto de estudio debe compararse con un grupo de control sin tratamiento, con un grupo con tratamiento alternativo o con tratamiento placebo en: (a) un estudio con distribución de los sujetos al azar, un experimento controlado de caso único o un diseño equivalente y (b) que la terapia con apoyo empírico sea superior con significación estadística al no tratamiento, al placebo o a tratamientos alternativos o que el tratamiento con apoyo empírico sea equivalente a un tratamiento cuya eficacia ya esté determinada.

2. Estos estudios deben haberse desarrollado con: (a) un manual de tratamiento o su equivalente; (b) una población, tratada por problemas especificados, para los que los criterios de inclusión han sido trazados de forma fiable y válida; (c) unas medidas de evaluación de los resultados fiables y válidas, o, cuando menos, adecuadas al problema objetivo del cambio y (d) un análisis apropiado de los datos.

3. Para calificar como eficaz un tratamiento con apoyo empírico, su superioridad debe haberse puesto de manifiesto en, al menos, dos centros de investigación independientes y el tamaño de la muestra debe ser de tres personas o más en cada centro en el caso de los experimentos de caso único. Si hay resultados en conflicto, el predominio de datos bien controlados debe ser favorable a la eficacia de los tratamientos con apoyo empírico.

4. Para designar un tratamiento como posiblemente eficaz, un estudio (el tamaño de la muestra debe ser de tres o más en el caso de los experimentos de sujeto único) es suficiente si no hay resultados conflictivos.

5. Para calificar un tratamiento como eficaz y específico, el tratamiento eficaz y específico debe haber mostrado ser superior con significación estadística a una píldora o tratamiento placebo o a un tratamiento alternativo de confianza en, al menos, dos centros de investigación independientes. Si hay evidencia conflictiva el predominio de datos bien controlados debe apoyar la eficacia y la especificidad del tratamiento con apoyo empírico que se califica como eficaz y específico.

En la exposición más amplia de los criterios que permitirían calificar a los tratamientos psicológicos como gozando de apoyo empírico, Chambless y Hollon (1998) se refieren, también, a la importancia y conveniencia de tomar en consideración los criterios de valoración de los resultados expuestos por nosotros en el apartado 3.

A continuación, apoyándonos en los trabajos de Kazdin y Weisz (1998) sobre tratamientos para niños y adolescentes, de DeRubeis y Crits-Christoph (1998) sobre tratamientos para los trastornos mentales de los adultos, de Baucom y otros (1998) sobre intervenciones con parejas y familias y de Compas y otros (1998) sobre tratamientos en psicología de la salud que utilizan los criterios recogidos más arriba resumimos la evidencia disponible a favor de los **Tratamientos Psicológicos**. Para una consideración más completa de los **Tratamientos Psicológicos** que cuentan con apoyo empírico remitimos a la sección especial del número 1 del Journal of Consulting and Clinical Psychology del año 1998. Aquí sólo presentamos un apretado resumen de la sección especial de este número.

4.2. TRATAMIENTOS CONDUCTUALES CON APOYO EMPÍRICO.

En consonancia con el enfoque de Tratamientos Psicológicos en que nos hemos centrado, sólo vamos a presentar la evidencia disponible sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos de orientación conductual. Se trataría de reforzar la justificación teórica de estos tratamientos con el respaldo de la evidencia empírica de su eficacia.

4.2.1. Procedimientos operantes con apoyo empírico.

Procedimientos y programas utilizados con niños.

El Entrenamiento Conductual de Padres. Los procedimientos operantes han formado parte del entrenamiento de padres para orientar a sus hijos con conductas agresivas y de oposición y, según Kazdin (1994), estas técnicas son el núcleo del Entrenamiento de Padres. Se ha utilizado este entrenamiento en casos de desobediencia, berrinches, enuresis, tics, trastornos de la alimentación, hiperactividad y no adherencia a los tratamientos médicos. Las aplicaciones con adolescentes han sido limitadas y por ello la conclusión de que el entrenamiento de padres es una de las modalidades de tratamiento más prometedoras se refiere, principalmente, a los jóvenes preadolescentes. Puede afirmarse a este respecto que ninguna otra intervención para los problemas de conducta se ha investigado tan a fondo. Este tipo de intervenciones, según Kazdin y Weisz (1998), merece la calificación de eficaz.

El tratamiento para la obesidad infantil basado en la familia. Es un programa conductual basado en la dieta que los padres apoyan mediante: (a) modelado de la conducta apropiada de comer; (b) la disposición de un ambiente de apoyo al programa (p. e. no facilitando la presencia en casa de comidas con muchas calorías); (c) recompensando a sus hijos. También se enseña a los chicos habilidades sociales para afrontar situaciones que pueden amenazar su control sobre el comer y, en consecuencia, sobre el peso. Trabaja en esta dirección el grupo de Epstein (Epstein, 1985; Epstein y otros, 1990). Necesita todavía replicaciones de otros grupos de investigadores para que pueda ser considerado eficaz. En la actualidad sólo puede calificarse de posiblemente eficaz.

Modificación intensiva de conducta basada en el hogar para casos de autismo (Lovaas, 1987). Se parte de la consideración de que los síntomas extremos del autismo son, en parte, déficits de habilidades que pueden superarse mediante procedimientos operantes. La eficacia mostrada por estos programas descansa en los trabajos del grupo de Lovaas (McEachin, Smith y Lovaas, 1993). Para que pueda calificarse como eficaz se necesita que equipos de trabajo diferentes al de Lovaas repliquen los resultados. Kazdin y Weisz (1998) consideran el tratamiento de Lovaas un avance, porque los ensayos controlados con autistas que demuestren resultados positivos a corto y largo plazo en medidas de funcionamiento diario, por ejemplo el progreso en la escuela, son raros y difíciles de desarrollar.

Procedimientos y programas utilizados con adultos.

Tratamiento de Lewinsohn (1974) para la depresión. El objetivo central del tratamiento es ocupar al paciente en actividades potencialmente placenteras. El tratamiento se ha mostrado superior a los grupos de control en dos estudios. En el de Shaw (1977) es superior a un grupo de control en lista de espera. En el estudio de McLean y Hakstian (1979) participaron 196 pacientes y el tratamiento de Lewinsohn se comparó a un grupo de psicoterapia basado en Marmor (1973) y Wolberg (1967). El 50% de los participantes en el grupo de terapia de conducta puntuaron en el rango de normalidad en el Inventario de Depresión de Beck y sólo el 25% de los participantes en el grupo de psicoterapia puntuó en este rango. Estos resultados permiten

calificar esta terapia como eficaz, aunque, en nuestra opinión y en coherencia con el modelo operante, los cambios deberían referirse a cambios en la conducta observable de los pacientes y no en cambios al responder a un cuestionario.

Procedimientos conductuales para la depresión. El estudio de Jacobson y otros (1996), en que participaron 150 pacientes externos, pone de manifiesto que los procedimientos conductuales de la Terapia Cognitiva de Beck (Beck y otros, 1979) produce tanto cambio como dos variantes de esta misma terapia. Las ganancias se mantuvieron tras seis meses de seguimiento. Estos resultados permiten calificar a los procedimientos conductuales de la Terapia Cognitiva de Beck por sí solos como eficaces.

Reforzamiento para personas con dependencia de la cocaína. Higgins y otros (1993) pusieron a prueba un sistema en que los pacientes recibían vales intercambiables por bienes o servicios contingentemente a facilitar muestras de orina libres de indicios de cocaína. Este método se combinaba con consejo sobre drogas en que participaban la esposa u otros significativos con entrenamiento en habilidades para prevenir recaídas, actividades recreativas alternativas y consejo para lograr empleo, alojamiento, financiación o ayuda legal. Este programa, frente al tratamiento estándar para personas con dependencia de la cocaína, logró que el 68% de los participantes alcanzara ocho semanas de abstinencia frente a sólo el 11% de quienes participaron en el programa estándar. Higgins y otros (1994) logran, por el procedimiento de conceder vales, que completen las 24 semanas de tratamiento el 75% de los participantes iniciales frente al 40% del grupo que recibió este mismo tratamiento, pero no los vales de reforzamiento. Es importante hacer contingente la entrega de los reforzadores (vales) a la entrega de muestras de orina libre de indicios de droga como se pone en evidencia en el estudio de Silverman y otros (1996). El tratamiento es considerado posiblemente eficaz.

Azrin (1976) propuso el *Reforzamiento comunitario para resolver los problemas de abuso y dependencia del alcohol* y junto a sus colaboradores desarrolló algunos estudios. El trabajo citado de Azrin y el de Hunt y Azrin (1973) permiten calificar este acercamiento como posiblemente eficaz y específico para estos problemas.

Tres programas de *Terapia de Conducta Operante* son calificados como tratamientos eficaces (Linton y Gotestam, 1984; Turner y otros, 1990; Nicholas, Wilson y Goyen, 1991) para el síndrome del dolor crónico y de los dolores lumbares.

La conducta de fumar ha sido tratada desde el enfoque operante con programas muy variados: (1) Programas complejos de terapia de conducta que incorporan técnicas para prevenir las recaídas como el que describen Hill, Rigdon y Johnson (1993) que se califica como eficaz y específico. (2) Programas para reducir la conducta de fumar cuya lógica, diferente a la de los programas orientados a reducir la ingesta de nicotina,

es hacer que el acto de fumar esté controlado por el paso del tiempo más que por los deseos o necesidades del fumador. Los trabajos de Cinciripini y otros (1994) realizados con esta lógica merecen la consideración de posiblemente eficaces.

4.2.2. *Procedimientos con apoyo empírico que descansan en el condicionamiento clásico*.

La terapia de exposición sola resulta ser un tratamiento eficaz para la fobia social y hay datos que apoyan que los efectos persisten, al menos de forma moderada, tras el cese del tratamiento. Esta valoración se funda en los trabajos de Butler y otros (1984), Hope, Heimberg y Bruch (1995), Mattick, Peters y Clarke (1989) y Turner, Beidel y Jacob (1994).

La exposición ha resultado, también, ser superior a diversos procedimientos de control para reducir la evitación agorafóbica (Chambless y otros, 1979; Gelder y otros, 1973; Jannoun y otros, 1980; McDonald y otros, 1979). Estos estudios permiten calificar el tratamiento como eficaz y específico. Para este problema la exposición con apoyo y presencia de la pareja resulta igualmente efectiva que la exposición realizada en solitario (Mathews, Gelder y Johnston, 1981; Jannoun y otros, 1980). En el caso de los trastornos obsesivo-compulsivos, la exposición con apoyo y presencia de la pareja no hay evidencia de que sea superior a la exposición en solitario (Emmelkamp y de Lange, 1983; Emmelkamp, de Haan y Hoodguin, 1990). Estos autores sugieren que, por el hecho de ser tan eficaz en pareja como en solitario, ésta pude ser una alternativa útil al uso de la exposición en solitario.

El estudio de Williams y Falbo (1996) permite calificar la *terapia de exposición*, además, como un tratamiento eficaz para los trastornos de pánico. En este estudio un tratamiento para los trastornos de pánico con agorafobia basado en la exposición individual resulta ser superior a una condición de control en lista de espera. La exposición concebida como tratamiento individual para los trastornos de pánico se ha adaptado a los formatos de grupo y de biblioterapia (Lidren y otros, 1994) y de contactos telefónicos (Swinson y otros, 1995). En estos estudios se ha mostrado superior a la condición de lista de espera, por lo que, en estas variaciones de formato, la *terapia de exposición* es calificada como tratamiento eficaz para los trastornos de pánico.

La terapia de exposición, por otro lado, ha resultado ser el único tratamiento que cumple los criterios para ser considerado eficaz en los casos de estrés post-traumático. Esta afirmación se hace ante un problema en que se ha desarrollado una cantidad sustancial de investigación utilizando un amplio espectro de terapias (desde la terapia psicodinámica (Brom, Kebler y Defares, 1989) al reprocesamiento y movimiento rápido de los ojos (Shapiro, 1989). Se basa esta consideración en tres grupos de investigación diferentes que encuentran la exposición sistemática a los estímulos traumáticos, sola o cuando se añade a un tratamiento habitual, superior a las condiciones de lista de espera u otras condiciones control. En los estudios de Cooper

y Clum (1989), Keane y otros (1989) y Boudewyns y Hyer (1990) se trabaja con veteranos de guerra y en el estudio de Foa y otros (1991) con víctimas de violación.

Exposición a estímulos elicitadores de la conducta de beber. Drummond y Glautier (1994) comunican que el tratamiento de exposición a los indicios del alcohol supuso que, tras el tratamiento, el tiempo hasta una recaída grave fuera más largo y la cantidad total de alcohol consumido menor que en el grupo que recibió relajación. Estos resultados se refieren a seis meses de seguimiento. El tratamiento es considerado como posiblemente eficaz.

La exposición con prevención de respuesta o inundación (Foa y otros, 1984) es un tratamiento diseñado para extinguir los miedos obsesivos. El trabajo citado de Foa y otros permite considerarle un tratamiento eficaz y específico para los trastornos obsesivo-compulsivos. En él la exposición con prevención de respuesta era superior a cada uno de los dos componentes por separado. El trabajo de Fals-Stewart, Marks y Schafer (1993) que compara una versión individual y grupal de la exposición con prevención de respuesta a un grupo de control que recibe entrenamiento en relajación informa que tras el tratamiento y tras seis meses de seguimiento el cambio era sustancial y sostenido en los grupos experimentales y mínimo en el grupo de control. También se utiliza un grupo de control que recibe sólo entrenamiento en relajación en el trabajo de Rachman y otros (1979). Tanto el grupo que recibe exposición con prevención de respuesta como el grupo control reciben clomipramina o placebo. Tan sólo tres semanas después de iniciado el tratamiento, el grupo que recibió exposición con prevención de respuesta mejoró substancialmente más que el grupo de relajación más placebo.

Compas y otros (1998) consideran que la evidencia disponible sobre la eficacia de la Desensibilización Sistemática para paliar los efectos colaterales de la quimioterapia en enfermos de cáncer permite calificarla como posiblemente eficaz.

Reprocesamiento y desensibilización mediante movimiento ocular (RDMO) para los trastornos de estrés post-traumático. Situamos esta técnica en el apartado dedicado a la exposición porque a partir del estudio de desmantelamiento de la técnica realizado por Renfrey y Spates (1994), el RDMO parece que no es más que una de las muchas formas de desarrollar un tratamiento de exposición guiada. En el núcleo de la técnica está la repetición guiada de los acontecimientos traumáticos mediante imágenes visuales. Para quienes consideran que el movimiento rápido de los ojos durante la exposición imaginaria es un elemento central, el tratamiento es un enfoque terapéutico único. El estudio de Wilson, Becker y Tinker (1995), desarrollado con 80 pacientes que habían sufrido un trauma que interfería con su vida diaria, muestra que el grupo que recibió tres sesiones de tratamiento de 90 minutos obtiene mejores resultados que el grupo de lista de espera. No hay replicación de los resultados por lo que esta técnica sólo puede calificarse como posiblemente eficaz.

4.2.3. Procedimientos de modelado y *biofeedback* con apoyo empírico.

El *Modelado de conductas mediante películas* se ha utilizado para preparar a niños para intervenciones dentales o médicas estresantes. Un ejemplo tipo es la película, 'Ethan se somete a una operación' (Melamed y Siegel, 1975). Para poder calificar este programa como eficaz se necesitan estudios realizados por diferentes investigadores que repliquen el procedimiento y obtengan los mismos resultados de Melamed y Siegel. De momento sólo puede calificarse como posiblemente eficaz.

El entrenamiento en *biofeedback EMG* para casos de dolor crónico y dolor lumbar ofrece resultados mixtos. Frente a estudios con resultados positivos (Flor y otros, 1983; Flor y Birbaumer, 1993; Newton-John, Spence y Schotte, 1995) existen otros que no encuentran resultados positivos (Nouwen, 1983; Bush, Ditto y Feuerstein, 1985). Tales resultados no permiten calificar este procedimiento más allá de posiblemente eficaz.

El biofeedback EMG más relajación (progresiva o entrenamiento autógeno) recibe la calificación de tratamiento eficaz para la migraña a partir de los resultados de los estudios de Lake, Rainey y Papsdorf (1979) y Sargent y otros (1986). Los estudios que comparan la eficacia del *biofeedback* EMG y el *biofeedback* térmico, por su parte, permiten concluir que el *biofeedback* EMG es eficaz, pero no más eficaz que el térmico.

El *biofeedback térmico más relajación (progresiva o entrenamiento autógeno)* puede calificarse como tratamiento eficaz para la migraña cuando se compara con condiciones de control en que se registra el dolor de cabeza, pero no ha mostrado de forma consistente ser más eficaz que otras intervenciones consistentes en otro tipo de *biofeedback* y relajación o que una condición de control consistente en atención placebo (Blanchard y otros, 1990a, 1990b; Sargent y otros, 1986). El último resultado podría explicarse por la dificultad en diseñar un tratamiento de atención placebo que sea creíble y que no contenga elementos potencialmente activos que produzcan cambios en relajación o cognitivos que, a su vez, puedan afectar al dolor (Blanchard y otros, 1990a, 1990b). El meta-análisis de Holroyd y Penzien (1990) muestra que el *biofeedback* térmico más relajación es igualmente eficaz que el tratamiento farmacológico estrella, cloridrato de propranolol, aunque este resultado hay que tomarlo con prudencia (Compas y otros, 1998).

4.2.4. Procedimientos cognitivo-conductuales con apoyo empírico.

Procedimientos y programas utilizados con niños.

Programa cognitivo-conductual para problemas de ansiedad infantil. Este programa comprende educación sobre la activación biológica asociada con los sentimientos de ansiedad, educación en identificar,

verificar y modificar cogniciones negativas, entrenamiento en relajación para controlar su activación y exposición gradual, imaginaria o mediante modelado y en vivo. El programa cognitivo-conductual descansa en la práctica durante la sesión terapéutica y en tareas para casa. La investigación en este campo es ejemplar porque: (a) se ha desarrollado en casos graves, de modo que pueden ser diagnosticados formalmente como casos de ansiedad a la que se asocian otras condiciones de comorbidad; (b) los estudios se refieren a casos en que se han producido reducciones notorias de ansiedad en los grupos tratados, por lo que los cambios gozan de significación clínica; (c) el seguimiento ha sido largo; (d) procedimientos similares de tratamiento se han desarrollado por equipos diferentes de investigadores en EE.UU. (p. e. Kendall, 1994) y Australia (Barrett, Dadds y Rapee, 1996). El procedimiento puede calificarse como eficaz si consideramos un mismo tratamiento el que aplica Kendall en 16 sesiones y el que aplican Barret y otros en 12. Una mejora necesaria en estos casos es incrementar el periodo de seguimiento, pues, en la actualidad, el tiempo típico de seguimiento es de 8-12 semanas y los niveles de remisión espontanea de los miedos y ansiedad infantiles son substanciales (Bernstein, Borchardt y Perwien, 1996). Otra línea de trabajo necesaria en este campo es investigar los componentes del programa más adecuados a cada grupo de chicos o problemas dominantes.

Entrenamiento en habilidades de afrontamiento para casos de depresión infantil. La lógica de este entrenamiento contempla considerar que los niños deprimidos: (a) están dominados por esquemas y distorsiones cognitivas que matizan con una luz negativa la experiencia diaria; (b) carecen de las habilidades necesarias para generar relaciones de apoyo social; (c) son incapaces de regular la emoción que acompaña a la actividad diaria. El entrenamiento más común y con más apoyo se centra en enseñar habilidades para afrontar los déficits indicados como propios de la depresión infantil. Los estudios de los resultados muestran efectos beneficiosos de los entrenamientos en habilidades de afrontamiento, siendo éstos más evidentes en los estudios desarrollados con adolescentes que en los desarrollados con preadolescentes. La valoración de estos resultados, como mínimo, lo hacen posiblemente eficaz. Revisiones de la investigación en este campo pueden verse, por ejemplo, en Kahn y otros (1990), Lewinsohn y otros (1996), Stark y otros (1996) y Weisz y otros (1992).

Entrenamiento cognitivo en solución de problemas para niños con conducta agresiva y de oposición. Este entrenamiento desarrolla habilidades cognitivas interpersonales que faciliten la resolución de ciertos déficits que presentan los jóvenes con problemas de conducta. Se les entrena en generar soluciones alternativas a los problemas interpersonales, identificar los medios para conseguir ciertos fines o las consecuencias de sus acciones, percibir cómo pueden sentir los otros, etc. (p. e. Crick y Dodge, 1994; Spivack y Shure, 1982). El entrenamiento cognitivo en solución de problemas es altamente prometedor porque los efectos del tratamiento han sido replicados en varios estudios controlados con muestras clínicas. Los resultados indican una reducción significativa de la conducta antisocial y agresiva en la escuela, el hogar y la comunidad. Estos cambios resultaban evidentes un año después de finalizado el tratamiento. La evidencia sugiere que los chicos de más edad (11-13 años) se aprovechan más del tratamiento que los chicos

más jóvenes (5-7 años). Revisiones de estos estudios pueden verse en Kazdin, (1993a), Kendall y otros, (1990) y Pepler y Rubin, (1991).

Procedimientos y programas utilizados con adultos con problemas clínicos o de adaptación personal o social.

La *terapia de solución de problemas para la depresión* descrita por Nezu (1986) ha tenido unos buenos resultados en dos estudios controlados (Nezu, 1986; Nezu y Perri, 1989). En ellos los pacientes depresivos experimentaron una reducción de síntomas mayor que la que experimentó un grupo de control en lista de espera y quienes recibieron una versión incompleta de la terapia de solución de problemas. Esta terapia es calificada como posiblemente eficaz.

Entrenamiento en habilidades sociales para la esquizofrenia. La tradición en tratamientos psicológicos ante este problema es examinar qué añaden los tratamientos psicológicos a la medicación antipsicótica. Generalmente se comparan grupos que en todos los casos reciben medicación antipsicótica y que se diferencian, en el caso que nos ocupa, en que unos reciben entrenamiento en habilidades sociales y otros tratamientos diversos. Suele considerarse como variable dependiente la tasa de recaídas. En el estudio de Hogarty, Anderson y Reiss (1986) el entrenamiento en habilidades sociales mostró un porcentaje de recaídas inferior, 20%, que el grupo de control, 41%, que además de la medicación fue atendido con una relación didáctica y de apoyo. En el estudio de Wallace y Liberman (1985) no sólo se obtienen resultados similares sino que durante dos años de seguimiento el periodo de rehospitalización fue menor, 16 frente a 30 en el grupo de control que recibió 200 horas de yoga, ejercicio y entrenamiento para afrontar el estrés. Aunque hay algunos grupos que no encuentran ventajas a favor del entrenamiento en habilidades sociales (Bellack y otros, 1984; Brown y Munford, 1983; Spencer, Gillespie y Ekisa, 1983), el meta-análisis de Benton y Schroeder (1990) resulta en un tamaño del efecto de 0.5 incluyendo estos estudios en que se producen resultados nulos. Hay que decir, pues, que, aunque el entrenamiento en habilidades sociales favorece la reducción de las recaídas, sus efectos no son fuertes, por lo que sólo podemos calificar el entrenamiento para este problema como posiblemente eficaz.

El entrenamiento en habilidades sociales también se ha mostrado posiblemente eficaz para los problemas de dependencia del alcohol. Eriksen, Bjornstad y Gotestam (1986) trabajaron en entrenamiento en habilidades sociales en grupo. Sus logros, tras un año de seguimiento, fueron la abstinencia en el 77% de los días en el grupo de tratamiento, mientras que en el grupo de control, en que los pacientes charlaban de problemas de su interés, sólo el 32% de los días se abstuvieron del consumo de alcohol.

El *entrenamiento en habilidades sexuales* a partir del entrenamiento dirigido en masturbación introducido por LoPiccolo y Lobitz (1972) es el tratamiento a elegir en el caso de las disfunciones sexuales.

Otro tratamiento es el de Master y Johnson (1970) indicado como posiblemente eficaz y específico para trastornos orgásmicos (primarios o secundarios) para parejas sin tensiones maritales. En los casos de parejas con tensiones o disfunciones sexuales secundarias en la mujer la Terapia Marital Conductual más el Tratamiento de Master y Johnson es posiblemente eficaz (Zimmer, 1987). La Terapia Marital General más el entrenamiento en el orgasmo de forma consistente es un tratamiento posiblemente eficaz y específico (Hurlbert y otros, 1993) para trastornos consistentes en falta de deseo sexual.

Exposición a los indicios de bebida y habilidades de afrontamiento de los deseos de beber. Monti y otros (1993), tras seis meses de seguimiento, informan que quienes participaron en este tratamiento pasaron más días sin beber y bebieron menos por día que el grupo de control. El tratamiento es considerado posiblemente eficaz.

El programa completo de *Consejo para Matrimonios Alcohólicos* puede calificarse de posiblemente eficaz y específico basándonos en los estudios de O'Farrel y otros (1985; 1993).

La *terapia de inoculación de estrés*, en una adaptación de la terapia de Meichenbaum (1974), realizada por Veronen y Kilpatrick (1987) específicamente para las víctimas de violación merece la calificación de posiblemente eficaz. El tratamiento incluye manejo de la ansiedad y técnicas de afrontamiento tales como la relajación muscular profunda y el control de la respiración. También incluye reestructuración cognitiva. En el estudio de Foa y otros (1991), tras una fase aguda de tratamiento de cinco semanas, el efecto de la terapia de inoculación de estrés excedió no sólo al grupo de control en lista de espera, sino también a un grupo de control con consejo y apoyo psicológico.

Terapia cognitivo-conductual para la prevención de las recaídas en casos de dependencia de la cocaína. Carrol, Rounsaville y Gawin (1991) encuentran mejores resultados en el grupo que participó en esta terapia que en el grupo de psicoterapia interpersonal, aunque la diferencia del 57% de abstinencia durante tres semanas en los tres meses de tratamiento no es estadísticamente superior al 33% de los pacientes que logra este resultado con la terapia interpersonal. Carrol y otros (1994) informan que, tras un año de seguimiento, el grupo que recibió tratamiento para prevenir las recaídas más desipramina o placebo mostró unos efectos demorados que no se dieron en el grupo que recibió un tratamiento de apoyo clínico más desipramina o placebo. El tratamiento se considera posiblemente eficaz.

Para casos en que se quiere dejar de fumar un tratamiento posiblemente eficaz es una *terapia cognitivo-conductual adaptada de la Terapia cognitivo-conductual para la depresión* que incorpora la programación de acontecimientos agradables y la reestructuración cognitiva. Ha sido desarrollada en grupo a razón de cinco sesiones a la semana por Hall, Muñoz y Reus (1994).

Procedimientos y programas utilizados con adultos con problemas de salud.

Una *terapia cognitivo-conductual con componentes múltiples*: técnicas de relajación, habilidades de afrontamiento y reestructuración cognitiva se ha mostrado como un tratamiento eficaz y específico para tratar el dolor en los casos de enfermedades reumáticas. Los cinco estudios que fundamentan esta calificación (Parker y otros, 1995; Bradley y otros, 1987; Keefe y otros, 1990b; O'Leary y otros, 1988; Basler y Rehfisch, 1991) insisten más en uno u otro componente, pero en todos se hace descripción precisa del procedimiento.

La Terapia cognitivo-conductual con componentes múltiples es calificada como eficaz basándose en los trabajos realizados por Neff y Blanchard (1987), Lynch y Zamble (1989) para el tratamiento del síndrome de colon irritable. En estos estudios los resultados de la terapia cognitivo-conductual con componentes múltiples son superiores a los que obtiene un grupo de control que registra los síntomas y a un grupo de control en lista de espera. Los estudios de Shaw y otros (1991), Corney y otros (1991) y Bennett y Wilkinson (1985) encuentran los programas cognitivo-conductuales superiores o igualmente efectivos que un tratamiento médico convencional.

La *terapia cognitivo-conductual* que utilizan Nicholas, Wilson y Goyen (1991), Phillips (1987), Puder (1988) y Turner (1982) es un tratamiento eficaz para el síndrome del dolor crónico y de los dolores lumbares.

Sorbi y Tellegen (1984) compararon una versión de *terapia cognitivo-conductual* más entrenamiento autógeno y *biofeedback* más entrenamiento autógeno. Sorbi y Tellegen (1986), por su parte, compararon un procedimiento de *terapia cognitivo-conductual* con entrenamiento en relajación. Ambos encuentran que los tratamientos utilizados redujeron significativamente la migraña y la ingesta de medicación sin que existieran diferencias evidentes entre ellos.

Las técnicas cognitivo-conductuales y las intervenciones orientadas a generar habilidades de afrontamiento de la tensión psicológica subsiguiente a padecer un cáncer cumplen los criterios para ser calificadas como posiblemente eficaces. Estudios representativos de estas intervenciones son las de Cunningham y Tacco (1989), Edgar, Rosberger y Nowlis (1992), Fawzy y otros (1990) y Telch y Telch (1986). El estudio de Fawzy y otros (1993) ha demostrado también que la intervención cognitivo-conductual para generar habilidades de afrontamiento es un tratamiento posiblemente eficaz para prolongar la supervivencia entre los pacientes con melanoma maligno.

Los tratamientos cognitivo-conductuales para la bulimia nerviosa cumplen los criterios para ser calificados como tratamientos eficaces y al ser más efectivos que la terapia no directiva y la terapia

psicodinámica breve para cambiar los síntomas centrales de la bulimia nerviosa se les considera también específicos. Algunos estudios en los que se funda esta conclusión son los de Agras y otros (1989), Freeman y otros (1988), Lee y Rush (1986), Leitenberg y otros (1988), Ordman y Kirschenbaum (1985), Wolchick, Weiss y Katzman (1986) y Wolf y Crowther (1992).

4.2.5. *Procedimientos cognitivos con apoyo empírico*.

Si tomamos los datos de forma conjunta, éstos indican que la *Terapia Cognitiva de Beck* para los casos de depresión es un tratamiento eficaz con efectos de prevención de las recaídas. La inferencia de que ésta es especialmente efectiva respecto a otros tratamientos psicológicos para el tratamiento de casos de depresión es prematura, especialmente a la luz de los hallazgos de tres investigaciones recientes con muestras amplias. En el Programa de Investigación en colaboración para el Tratamiento de la Depresión (Elkin y otros, 1989) la Terapia Interpersonal (Klerman y otros, 1984) produjo efectos que fueron, al menos, equivalentes a los de la Terapia Cognitiva. En el proyecto de Sheffield (D.A. Shapiro y otros, 1994) la Psicoterapia Interpersonal Psicodinámica se mostró igualmente eficaz o casi tan efectiva como la terapia cognitivo-conductual empleada, una terapia muy similar a la de Beck y otros (1979), aunque pone mayor énfasis en los métodos conductuales. Más recientemente, Jacobson y otros (1996) encuentran que ninguna de dos versiones de la Terapia Cognitiva fueron más efectivas que los componentes conductuales de la Terapia Cognitiva de Beck solos. Las versiones de Terapia Cognitiva utilizadas en este estudio fueron la Terapia Cognitiva de Beck completa y una versión de la Terapia Cognitiva que incluye los componentes conductuales y cognitivos de la Terapia Cognitiva de Beck pero no los componentes orientados a los esquemas depresivos centrales.

La *terapia cognitiva de Beck y Emery (1985) para los trastornos de ansiedad generalizada* es considerada un tratamiento eficaz y específico basándose en once ensayos clínicos en que se utilizan las técnicas cognitivas descritas por Beck y Emery más otras técnicas conductuales, aunque el enfoque de Beck y Emery era el tratamiento fundamental. Esta misma terapia se ha mostrado posiblemente eficaz para el tratamiento de los trastornos obsesivo-compulsivos, si nos atenemos a los resultados del estudio de Van Oppen y otros (1995) que logran con ella efectos equivalentes a los de la exposición con prevención de respuesta.

La Terapia Cognitiva de Beck (1988) y la Terapia para los ataques de pánico de Barlow y Cerny (1988) se presentan también como tratamientos eficaces y específicos para los trastornos de pánico. Una asunción clave de este último tratamiento es que resulta necesario para experimentar el ataque de pánico que el paciente haga una interpretación catastrofista de ciertas sensaciones corporales, como, por ejemplo, la respiración rápida o el aumento de la tasa cardíaca. En la terapia los pacientes se exponen a sus potenciales experiencias desencadenantes de ataques de pánico y se les enseñan métodos para cambiar sus

interpretaciones de tales sensaciones corporales o para hacer interpretaciones más benignas de las mismas, de modo que se cierre la posibilidad de ataques de pánico por esa vía. En cuatro investigaciones (Arntz y van den Hout, 1996; Barlow y otros, 1989; Beck y otros, 1992; Clark y otros, 1994) la Terapia Cognitiva o la Terapia para los Ataques de Pánico superaron en el momento posterior al tratamiento y durante el seguimiento una condición de control con componentes terapéuticos activos. En tres estudios (J.G. Beck y otros, 1994; Klosko y otros, 1990; Williams y Falbo, 1996) la Terapia Cognitiva o la Terapia para los Ataques de Pánico resultaron más eficaces que una condición control de lista de espera o de contacto mínimo. En dos estudios no se encontraron diferencias entre la Terapia Cognitiva y otros tratamientos con apoyo empírico (Bouchard y otros, 1996; Öst y Westling, 1995). Finalmente, dos grupos de investigadores (Black y otros, 1993; Shear y otros, 1994) obtuvieron resultados nulos al comparar la Terapia Cognitiva y condiciones de control no específico. En general, los diferentes resultados obtenidos se explican por la heterogeneidad de la composición de las distintas muestras y los resultados menos positivos por utilizar procedimientos no ortodoxos y diseños inadecuados.

Dos estudios controlados realizados por el mismo equipo de investigación (Green y Blanchard, 1994; Payne y Blanchard, 1995) han demostrado que una *Terapia Cognitiva* de la que se excluyen componentes conductuales tales como la relajación o el entrenamiento asertivo es más efectiva que una condición de control para el tratamiento del síndrome de colon irritable. Se la califica como posiblemente eficaz.

La *Terapia cognitiva basada en la terapia racional emotiva de Ellis* (1962). Se ha mostrado con igual eficacia que la exposición con prevención de respuesta en dos trabajos del grupo de Emmelkamp (Emmelkamp y Beens, 1991; Emmelkamp, Visser y Hoekstra, 1988) en que se trabaja con muestras pequeñas, 9-11 pacientes obsesivo-compulsivos por grupo.

5. VALORACIÓN DEL APOYO EMPÍRICO A LOS TRATAMIENTOS CONDUCTUALES.

Recogemos en este apartado la valoración que nos merecen las diferentes orientaciones en Tratamientos Psicológicos y dentro de ellas de algunos desarrollos especialmente notorios. El apartado precedente pone de manifiesto que hemos optado por atribuir a cada modelo terapéutico el valor que les concede la evidencia empírica disponible en este momento, sin embargo, comprendiendo el carácter evolutivo del conocimiento y la función relevante que juegan las ideas en la evolución del mismo, presentamos aquí, además de valoraciones personales, algunas cuestiones disputadas y sugerencias que pueden marcar futuras líneas de desarrollo en los Tratamientos Psicológicos.

5.1. VALORACIÓN DEL APOYO EMPÍRICO A LOS PROCEDIMIENTOS DEL VIEJO Y NUEVO CONDUCTISMO.

Independientemente de lo escéptico que pueda ser uno sobre la filosofía subyacente o sobre la teoría clínica, no puede negarse la cantidad de técnicas bien elaboradas aplicables a todo tipo de poblaciones, aunque inicialmente se aplicaran, principalmente, a esquizofrénicos, autistas, retrasados mentales o neurosis, y el grado de eficacia que presentan las técnicas y procedimientos que se fundan en los modelos de condicionamiento clásico y operante. La publicación de investigaciones sobre estas técnicas es enorme. Véase como ejemplo el libro de Bellack, Hersen y Kazdin (1990). La cuestión que queda abierta es la poca atención prestada a los factores cognitivos, y, en el caso del enfoque operante, a los componentes emocionales, motivacionales o fisiológicos. Los analistas de conducta escriben y actúan como si estuvieran preocupados sólo por modificar las conductas no deseadas. Este desconocimiento puede tener efectos adversos y de hecho los ha tenido en el número de recaídas habidas cuando se emplean técnicas aversivas desconociendo estos factores. Lo mismo podría decirse, por ejemplo, del uso de la economía de fichas cuando no se concede importancia suficiente a la función que juegan las instrucciones (Lowe, Horne, & Higson, 1987). El problema está en que admitir la importancia de estos componentes implica admitir una conducta verbal en la cadena causal. Esto no parece serlo para los defensores del nuevo modelo conductista que consideran las instrucciones como lo que son, conducta. Otra cosa es que pasemos de la atención que se debe prestar a las instrucciones a la atención que prestan los cognitivistas a las creencias y motivación del cliente.

Para concluir y visto el panorama de los 90 podemos decir que los modelos que basan sus técnicas en el condicionamiento constituyen, como siempre han constituido, un campo vivo y dinámico. Este campo, como todo saber científico, está sometido a una evolución creativa constante en su afán de servir al hombre en la solución fáctica de sus problemas y la diversidad de enfoques y técnicas que presenta no constituye, en último lugar, otra cosa que una manifestación de la riqueza de la psicología científica.

5.2. VALORACIÓN DEL APOYO EMPÍRICO A LA TERAPIA COGNITIVA TRADICIONAL.

La terapia cognitiva, a pesar de su nombre, es reconocida por los terapeutas cognitivos como una terapia que admite que la conducta y la bioquímica son factores causales importantes en la psicopatología, de modo que Ellis (1993b) cuando se refiere a la Terapia Racional Emotiva *general*, frente a la *preferente*, considera a la primera como sinónimo de la terapia cognitivo-conductual. También admiten los terapeutas cognitivos que las cogniciones causalmente relevantes no se cambian sólo por presentar un contraargumento convincente. Por ello en este modelo terapéutico se concede gran importancia a lo que llaman los componentes conductuales de la terapia como asignar tareas para casa, programar el uso de técnicas capaces de generar confianza, el ensayo cognitivo y el desempeño de roles. Vista así, la terapia cognitiva incluiría las terapias que hemos encabezado como terapias cognitivas y terapias cognitivo- conductuales, siendo sólo cuestión de matiz o de énfasis la mayor o menor presencia de cada uno de los dos componentes. Considerada desde esta perspectiva la terapia cognitiva tradicional tiene un enorme apoyo empírico como hemos visto.

La cuestión disputada, pues, desde nuestro punto de vista, no estaría ahí, sino en justificar la teoría que pretende explicar la psicopatología y a la postre el éxito de la terapia.

La primera cuestión relacionada con la justificación teórica de la psicopatología se plantea al preguntarnos por la posibilidad de identificar los pensamientos automáticos y mucho más al intentar identificar los esquemas y creencias irracionales desarrollados, según sus epónimos, en la infancia. Los problemas con que se enfrentan a este respecto los teóricos de la terapia cognitiva son análogos a los que tienen que afrontar los freudianos cuando intentan descubrir los deseos reprimidos originados en la niñez.

Un problema epistémico mayor se plantea cuando el terapeuta trata de establecer no sólo que el cliente tiene unos pensamientos automáticos, unas creencias irracionales y unos esquemas determinados, sino también que desempeñan una función causal en el mantenimiento de un determinado malestar psicológico o psicopatología. Estos interrogantes no resueltos nos llevan a concluir que a pesar de la efectividad de la terapia cognitiva y cognitivo-conductual la confirmación del rol que desempeñan las cogniciones en los trastornos psicológicos y los mecanismos del cambio del paciente queda pendiente hasta que, previamente, se encuentren métodos fiables para identificar los pensamientos automáticos, las creencias irracionales y los esquemas.

5.3. VALORACIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVA CONSTRUCTIVISTA.

La valoración que puede hacerse del enfoque constructivista en **Tratamientos Psicológicos** viene condicionada por lo reciente de su aparición como paradigma clínico y empírico y por las exigencias metodológicas únicas puestas por los investigadores constructivistas consecuentes con sus compromisos epistemológicos. Estos condicionantes han hecho que sean muy escasos los típicos estudios comparativos de resultados y que, en consecuencia, no se haya documentado ninguna aportación que pueda calificarse ni de posiblemente eficaz.

La teoría de los constructos personales, quizás por su historia más extensa, su mayor institucionalización académica y por haber desarrollado técnicas cuantitativas, ha proporcionado un mayor impulso conceptual y metodológico a la investigación constructivista en el campo de la psicología clínica. En el aspecto metodológico han aportado la técnica de rejilla para estudiar las características estructurales distintivas de los sistemas de constructos de determinadas poblaciones y para evaluar los cambios en los grupos objeto de tratamiento (R.A. Neimeyer, 1984, 1985a; Pierce, Sewell, y Cromweil, 1992; Ryle, 1980).

El énfasis de los teóricos constructivistas en la individualidad ha generado una tendencia a estudiar los procesos específicos de cambio tanto desde un nivel individual como desde un nivel normativo (Caine,

Wijesinghe y Winter 1981; Koch, 1983) y a analizar los factores del cliente que predicen una respuesta favorable al tratamiento, tanto dentro de un formato concreto (R.A. Neimeyer, Harter, y Alexander, 1991) como a lo largo de diferentes formatos de terapia (Winter, 1990).

Los investigadores de otras escuelas de psicoterapia constructivista también están empezando a contribuir a la literatura empírica acerca del proceso y de los resultados de la psicoterapia. Un ejemplo prometedor es la investigación emergente sobre terapia del desarrollo dirigida por Ivey y sus colaboradores (Ivey, 1991; Rigazio-DiGilio e Ivey, 1990).

Muchos teóricos constructivistas muestran, sin embargo, una ambivalencia general respecto a los métodos de acumulación de datos y a los procedimientos de análisis de los mismos. Respecto al análisis de datos, los investigadores constructivistas se sienten a disgusto con el supuesto de las relaciones lineales entre variables, que presuponen la mayoría de los procedimientos estadísticos de más uso (Steenbarger, 1991). Estas reservas, sin embargo, son, al menos en principio, superables si se hace un uso más amplio y extensivo de técnicas más complejas capaces de analizar las influencias multidireccionales y cíclicas que se producen en la psicoterapia. Por ejemplo, algunos procedimientos basados en modelos estocásticos y los análisis de series temporales están recibiendo un reconocimiento creciente y podrían ser más útiles para detectar los procesos no lineales sugeridos en las ontologías constructivistas (Steenbarger, 1991).

Una cuestión aún más crucial es la adecuación de los paradigmas a la recogida de datos de uso corriente. Viney (1988) ha descrito el modelo que domina la investigación en psicología como un modelo desde la perspectiva del experimentador. El modelo permite que el experimentador funcione como un ser reflexivo que implícitamente niega esta capacidad al que aporta los datos. Desde la perspectiva constructiva en que las personas son consideradas proactivas, contrastadoras de hipótesis y científicos en ciernes esta asimetría en la relación, en cierta forma, está fuera de lugar. Viney propone, en su lugar, un modelo de perspectiva mutua, en el que tanto los que recogen datos como los que los aportan, dan algo y obtienen algo del proceso experimental. Ella propone un proceso de análisis de datos en cinco estadios, pero la investigación constructivista en psicoterapia sólo satisface, en parte, los tres primeros. Esta limitación podría explicarse, en cierta media, porque los investigadores de la psicoterapia constructivista confían y dependen en exceso de un sólo método. R.A. Neimeyer (1985b) propone superar esta situación mediante una mayor diversificación metodológica.

Esta diversificación podría venir de una crítica constructivista, a niveles más profundos, de los métodos de investigación existentes. De tal crítica podría provenir la revisión reclamada por los investigadores en psicoterapia que buscan un paradigma alternativo claramente definido (Herman & Heesacker, 1991; Polkinghorne, 1991). Mair (1989) argumenta, desde una perspectiva narrativa, a favor de una aproximación esencialmente *poética* o *conversacional* a la comprensión humana. El tipo de

investigación resultante de esta sugerencia podría parecerse muy poco a la orientación nomotética y pretendidamente objetiva de la mayor parte de la investigación en psicoterapia y, en consecuencia, les llevaría a merecer la consideración de literatura como estima Fernández-Ballesteros (1997) que es el enfoque constructivista. Su objetivo sería la articulación de significados personales más profundos y la construcción de mundos posibles a través de la participación imaginativa en las conversaciones con el cliente. Este estilo de disertar, dice R.A. Neimeyer (1997), desdibujaría la línea entre la investigación básica y la aplicación clínica en su totalidad, sugiriendo una forma de encuentro entre terapeuta y cliente que es simultáneamente interrogativa y terapéutica. En nuestra opinión, sin embargo, este estilo de disertar podría traspasar con dificultad el ámbito de quienes están implicados en la historia que narran. Carecerían de la validación social y experimental necesaria.

En esta fase de su desarrollo, dada la variedad de paradigmas de investigación que parece caracterizar a las psicoterapias constructivistas, la única predicción segura, quizás, sea que es probable que las psicoterapias constructivistas crezcan en diversidad.

PARTE QUINTA.

PANORÁMICA GENERAL DEL ENFOQUE CONDUCTUAL.

CAPÍTULO 30. MOMENTO PRESENTE Y PROYECCIÓN FUTURA DEL ENFOQUE CONDUCTUAL.

1. PANORÁMICA GENERAL DEL MOMENTO PRESENTE.

La perspectiva futura de los Tratamientos Psicológicos, tomando una panorámica general del campo, es esperanzadora, si atendemos a algunos indicadores que justifican esta valoración. En primer lugar podemos atender al número de miembros de las asociaciones de profesionales. El número de miembros de la American Psychological Association que se titulan consejeros o clínicos es de aproximadamente 40.000 (Dawes, 1994) y el número de miembros de la American Psychiatric Association, aunque ha experimento un menor desarrollo, ha crecido de 10.000 a 34.000 en el periodo de tiempo que va de 1959 a 1989. A estas cifras habría que sumar el número de trabajadores sociales que ejercen la psicoterapia. En nuestro país en 25 años, que viene hacer que se iniciaron los estudios de psicología en la universidad española (Barcelona, Madrid, La Laguna, etc...), se ha pasado de la, prácticamente, inexistencia de profesionales a la presencia floreciente de estudios de psicología en la mayor parte de las universidades españolas y a la existencia de colegios profesionales en todas las comunidades autónomas.

Otro indicador de la valoración positiva de los Tratamientos Psicológicos puede ser la satisfacción de los consumidores. Los informes que se recogen desde principios de los años 80 hasta el que se recoge entre los 4.000 lectores del *Consumer Reports* (1995) ponen de manifiesto que la mayor parte de los receptores de los Tratamientos Psicológicos está altamente satisfecha con la psicoterapia que han recibido.

Otro motivo de satisfacción es que los investigadores y profesionales parecen estar de acuerdo en la necesidad de valorar la psicoterapia y, en general, se está de acuerdo en que los Tratamientos Psicológicos son más efectivos que el no tratamiento. Por otro lado, críticos en otro tiempo (p. e. Dawes, 1994) y metodólogos como, por ejemplo, Rosenthal (1994) ya no tienen dudas a este respecto.

Sólo, quizás, la escasez de recursos disponibles y los recortes presupuestarios en sanidad arrojan una sombra de duda respecto al futuro estado de buena salud de los Tratamientos Psicológicos**.**

Este panorama, optimista en cierta medida, no impide que algunos autores, aunque no hablen propiamente de una crisis, vean la psicoterapia en un estado delicado (Kline, 1992; Eysenck, 1992). Erwin (1997), sin embargo, sí habla claramente de crisis. La justificación del temor de estos autores por el estado de salud de los Tratamientos Psicológicos es que consideran que la mayoría de las distintas formas de psicoterapia no son más eficaces que un tratamiento placebo creíble y que la experiencia terapéutica consiste en poco más que en administrar técnicas semejantes a tratamientos placebos.

Los temores se fundan en la evidencia que son capaces de mostrar los meta-análisis. En este sentido puede ser respetable el temor que sienten por el estado de salud de los Tratamientos Psicológicos debido a las debilidades metodológicas de esta técnica de análisis. No sería tan respetable el temor si se proyectara sobre técnicas u orientaciones concretas, aunque es evidente que muchas técnicas o procedimientos no han mostrado su efectividad bajo ninguna modalidad de evaluación.

El problema que queda abierto, sin embargo, es el de demostrar que las técnicas, procedimientos o programas considerados Tratamientos Psicológicos superan en eficacia a un placebo creíble. Las dudas de Erwin (1997) a este respecto son muchas y las defiende con la lógica que le caracteriza. Nos parece a nosotros que la posición de Erwin con relación a la eficacia de los Tratamientos Psicológicos puede ser muy parecida a la que mantuvo Eysenck en 1952 con relación al psicoanálisis, aunque liberada la posición de Erwin del calor que acompañó a la afirmación de Eysenck en su momento. La diferencia está en que Eysenck afirmaba que no podía mostrarse la eficacia del psicoanálisis frente al *no-tratamiento,* mientras que Erwin insiste en que no hay evidencia empírica suficiente para afirmar que la psicoterapia, término que él usa, sea mejor que un tratamiento placebo.

Aunque quede pendiente esta cuestión, no es obstáculo suficiente para que pueda seguir viéndose el futuro de los Tratamientos Psicológicos con esperanza y optimismo. No hay, por ejemplo, limitaciones a la

discusión de los problemas. No hay necesidad de aceptar especulaciones teóricas que no se basen en la evidencia de las observaciones. No hay necesidad ni razones para aceptar una epistemología postmoderna que devalúa la investigación experimental y que sería probable que inhibiera el desarrollo de una genuina ciencia de la psicoterapia.

La investigación, por otra parte, a pesar de sus limitaciones tiene aspectos positivos. Ha permitido descartar teorías clínicas falsas, y las teorías y terapias débiles se han desacreditado. Por otro lado, hay terapias que resultan prometedoras como la terapia interpersonal, algunas terapias cognitivas y la mayoría de las terapias que descansan en el condicionamiento. Además, se han realizado progresos en el diagnóstico y en la valoración de los resultados

2. PERSPECTIVAS DE FUTURO.

El punto de partida teórico y epistemológico de los Tratamientos Conductuales fue el conductismo de Watson con su rechazo de los estados subjetivos y la intencionalidad, y la defensa del modelo animal. Los conductistas que le siguen (Hull, Tolman, Skinner, Guthrie y otras figuras importantes en la era de las grandes teorías del aprendizaje) de forma deliberada tomaron una posición excluyente al abrazar el positivismo lógico y una visión del mundo puramente interactiva y esto contribuyó a la excitante posibilidad de desarrollar una verdadera ciencia de la conducta humana al permitir enmarcar las cuestiones psicológicas en una vía de causalidad lineal que les permitió disponer de diseños experimentales elegantes.

Al final de la primera mitad del siglo, los primeros practicantes de la terapia de conducta comenzaron a aplicar seria y sistemáticamente conceptos y principios conductistas o, más a menudo, conductuales para resolver problemas humanos en la clínica y hospitales más que en el laboratorio. Con el tiempo se va produciendo una desilusión gradual con la teoría del aprendizaje como ‘la’ respuesta en el campo de la psicología científica y muchos de estos terapeutas de conducta se convirtieron en algo más pragmáticos en vez de completamente positivistas. A medida que ganaron en experiencia reconocieron el valor de recuperar los elementos que el conductismo había rechazado originalmente -la conciencia, el conocimiento, los estados emocionales internos, el yo, la capacidad de elección y la libertad- pero siempre dentro de un marco explícito de la teoría del aprendizaje basada en una concepción conductista amplia y orientada a los datos.

Esta breve exposición de la evolución de los Tratamientos Conductuales viene a decirnos de forma resumida que los terapeutas de conducta han redescubierto la personalidad a partir de una visión rasgista del mundo, la familia como un sistema desde la perspectiva organísmica del mundo y el proceso de la psicoterapia desde la perspectiva transaccional. Sin embargo, en estos redescubrimientos, los terapeutas de conducta han

aportado su perspectiva interaccionista y por ello han creado nuevas vías para conceptualizar, medir, e institucionalizar el cambio en estas áreas tradicionales de la psicoterapia.

En la década de los 90, los principios de la Terapia de Conducta o dicho de forma más amplia de los Tratamientos conductuales son aplicables a todo tipo de trastornos, situaciones individuales y lugares. El *biofeedback*, la medicina conductual y la psicología ambiental y comunitaria son ramas en desarrollo de la escena de los Tratamientos Conductuales. Sin embargo, hay que reconocer que la expansión no es necesariamente sinónimo de éxito. Por ello, aunque la orientación conductual puede ser considerada como la orientación a elegir, por ejemplo, en el caso del autismo, de ninguna manera puede ser mirada en éste, como en otros muchos problemas, como la cura o la solución. La fuerza de los Tratamientos Conductuales descansa no en la demostración de su éxito terapéutico, con todo lo gratificante que esto pueda ser, sino en lo distintivo de su acercamiento. Los fallos, investigados de forma apropiada, pueden ser tan válidos como los éxitos (Barbrack, 1985; Foa y Emmelkamp, 1983; Mays y Franks, 1985).

Fishman y Franks (1997) consideran que el área de preocupación más importante en la actualidad es la referida al predominio del profesionalismo en la mayor asociación del área, la Association for Advancement of Behavior Therapy (AABT), y la falta de interés por lo relacionado con cuestiones conceptuales, escolares y científicas que impulsaron, por encima de todo, la formación de esta asociación. Algo parecido es lo que ocurre actualmente en la American Psychological Association de modo que seguramente no es coincidencia. Desgraciadamente, son las cuestiones clínicas, metodológicas y profesionales y una mentalidad de gremio las que dominan los Tratamientos Conductuales hoy, de modo que mientras la metodología y el conocimiento clínico han progresado significativamente en las cuatro últimas décadas, no ha existido un desarrollo conceptual significativo que pueda equipararle. En España queremos notar una relación que puede ser rica de la actividad profesional y la universidad.

Hay, con todo, algunos aspectos positivos. Se invierte el énfasis dominante sobre los aspectos profesionales en favor de una vuelta al interés por los temas teóricos y conceptuales como parece indicar la formación de un Grupo de Interés Especial en la AABT orientado a estimular y prestar apoyo a cuestiones conceptuales y filosóficas (Haas, Rosenfarb, & Hayes, 1987).

Un segundo desarrollo importante se caracteriza por el cambio del modelo simplista E-R a una perspectiva no-lineal, multicausal, pero rigurosa metodológicamente. Por ejemplo, Goldiamond (1984) usó el término *lineal* para referirse a la intervención tópica en que los tratamientos se definen por los problemas que pretenden tratar y se dirigen directamente a las áreas problemáticas. Reservó Goldiamond el término *análisis no-lineal* para referirse a intervenciones sistémicas tanto tópicas como amplias, iniciadas por los problemas presentes pero concebidas y dirigidas a las relaciones de los sistemas de conducta-contingencias más que a una relación uno a uno más directa. De forma parecida, Delprato (1989) ofrece su interaccionismo evolutivo, un acercamiento no-

lineal que atraviesa y conecta varias áreas estrechamente relacionadas. El reciente despertar del interés por la psicología interconductual de Kantor es igualmente excitante, como lo es la transformación cognitiva del Análisis de Conducta Aplicado en la Terapia de Conducta Contextual, en la que la conducta verbal es conducta simbólica. El impacto de la conducta viene de su significado lingüístico y no de sus efectos físicos sobre el ambiente.

En los últimos años se ha producido un considerable incremento en la investigación por parte de los terapeutas sobre la naturaleza y características de los trastornos psicológicos, tal como refleja el que casi la mitad de los estudios publicados en la revista *Behavior Therapy* desde 1984 a 1989 esté dedicado a este tema. Este hecho puede apuntar hacia una crisis de identidad de los Tratamientos Conductuales, que, como toda crisis, merece valoraciones dispares. En principio puede decirse que este hecho es un indicador, como recoge Craighead (1990), de que los Tratamientos Conductuales son algo más que una aproximación al tratamiento y que se han ampliado hasta incluir el estudio de la psicopatología. Vendría a suponer la integración de la definición y explicación de los trastornos psicológicos con los Tratamientos Conductuales tal como ocurrió en los inicios de la Terapia de Conducta en que el diagnóstico de los trastornos se integró y modificó hasta convertirse en evaluación. Desde entonces la evaluación quedó estrecha y necesariamente ligada a los Tratamientos Conductuales. Esta ampliación, en principio, es enriquecedora y tiene implicaciones para la práctica de los Tratamientos Conductuales que, de consolidarse este acercamiento, necesitarán justificar en un modelo no sólo los procedimientos que utilizan sino las explicaciones que ofrecen de los trastornos que pretenden tratar. No deja, sin embargo, de producirse un cambio de identidad en los Tratamientos Conductuales que pasan de estar centrados en la evaluación y tratamiento hasta el estudio de la naturaleza de los trastornos psicológicos. El peligro puede venir de que los Tratamientos Conductuales, que todavía no han cumplido su objetivo de facilitar a los clientes tratamientos eficaces, se marquen unos objetivos que resulten demasiado ambiciosos y que relegue el tratamiento de los problemas a un lugar menos relevante en un campo que lleva su nombre. Podría significar que en el futuro se preste menos atención a desarrollar , perfeccionar y comprender los tratamientos y su evaluación.

Quizás más novedosa y sugerente, por lo que tiene de recuperación de la persona total para la psicología, es el desarrollo actual de la investigación sobre la emoción y el estrés. Esta investigación se realiza con los mismos pasos metodológicos del conductismo y la psicología cognitiva, pero apoyada en nuevas técnicas e instrumentos de investigación, que vienen de la mano de la neuropsicología y la psicofisiología, disciplinas íntimamente relacionadas con la biología. La investigación en emoción y estrés tiene implicaciones (Vila, 1998) con la perspectiva evolucionista, el cerebro emocional (LeDoux, 1996), el inconsciente no freudiano (LeDoux, 1995, 1996; M. Davis, 1996)) el cerebro cognitivo, la motivación, la psicopatología, y la terapia y educación. Es como si toda la psicología, sobre todo los momentos iniciales con la investigación de Paulov y Wolpe y su interés por el conocimiento del organismo, reiniciara el ciclo evolutivo en un momento más elevado de la espiral del progreso. Sólo habría que temer, desde nuestro punto de vista, que esta línea de desarrollo no lleve a la psicología a convertirse en un conjunto de factores mediacionales interminables y que los tratamientos conductuales, en vez

de ocuparse en último término de cambiar la conducta de las personas, se centren en descubrir y modificar o eliminar los muchos fantasmas que hayamos inventado en el interior de la mente.

Lo que todo esto quiere decir es que los Tratamientos Psicológicos están construyendo de forma lógica, e incluso predecible, sobre sus cimientos y que hay esperanza para el futuro. El énfasis original en la precisión, en ser rigurosos pero abiertos de mente, en la metodología científica y en las teoría del aprendizaje permanece, pero habiendo evolucionado. Ha cambiado la complejidad de los problemas planteados, se ha incrementado la sofisticación de los métodos con que se investiga y se ha abandonado el acercamiento lineal uno a uno, como acercamiento exclusivo. El problema conceptual, sin embargo, permanece, ¿como puede adoptarse una perspectiva multidimensional e interdisciplinaria que tenga en cuenta datos, formulaciones y metodologías provenientes de disciplinas que uno consideró estaban con mucho fuera de la jurisdicción del terapeuta de conducta tradicional, reteniendo la unidad esencial de la terapia de conducta (Franks, 1981; 1987)?. ¿Cómo podemos asumir estos desarrollos innovadores e incorporarlos en un modelo global que todavía retiene el espíritu de la integridad científica que llevó a la Terapia de Conducta a estar en primera fila?. Al hacerlo así debemos reconocer que la Terapia de Conducta es todavía una ciencia nueva y emergente, más bien semejante en estatus y conocimientos a la física y medicina de los siglos XVI y XVII. Es demasiado pronto para esperar la unidad o la resolución de las cuestiones que el campo plantea y, ciertamente, parecería prematuro pensar en términos de cualquier integración paradigmática o unificación conceptual de la Terapia de Conducta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

ABELSON, R.P. (1989). Psychological status of the script concept. *American psychologist, 36,* 715-729.

ABRAMOWITZ, J.S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy, 27,* 583-600.

ABRAMSON, L.Y., SELIGMAN, M.E.P., & TEASDALE, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87,* 49-74.

ADAMS, J. (1972). The contribution of psychological evaluation to psychiatric diagnosis. *Journal of Personality Assessment, 36,* 561-566.

AGRAS, W.S. (1985). *Panic: Facing fears, phobias and anxiety.* San Francisco: Freeman.

AGRAS, W.S., & BERKOVITZ, R. (1980). Clinical research in behavior therapy: Halfway there?. *Behavior Therapy, 11,* 472-487.

AGRAS, W.S., KAZDIN, A.E., & WILSON, G.T. (1979). *Behavior Therapy. Toward an Applied Clinical Science.* San Francisco: W.H. Freeman and Company.

AGRAS, W.S., LEITENBERG, H., & BARLOW, D.H. (1968). Social reinforcement in the modification of agoraphobia. *Archives of General Psychiatry, 19,* 423-427.

AGRAS, W.S., SCHNEIDER, J.A., ARNOW, B., RAEBURN, S.K., & TECH, C.F. (1989). Cognitive-behavioral and response prevention treatments for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 215-221.

ALBERCA, J.M.G. (1997). Tratamiento de un caso de alopecia areata universal mediante biofeedback de temperatura. *Análisis y Modificación de Conducta, 23*, 845-861.

ALDRICH, C.A. (1928). A new test for hearing in the new-born: The conditioned reflex. *American Journal of Diseases of Children, 35*, 36-37.

ALEXANDER, F. (1963). The dynamics of psychotherapy in the light of learning theory. *American Journal of Psychiatry, 120*, 440-448.

ALEXANDER, E. & FRENCH, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and application*. New York: Ronald Press.

ALFORD, B.A., & BECK, A.T. (1994). Cognitive therapy of delusional beliefs. *Behaviour Research and Therapy, 32*,369-380.

ALFORD , B.A., & BECK, A.T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: The Guilford Press.

ALFORD, B.A., & NORCROSS, J.C. (1991). Cognitive therapy as an integrative therapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 1*, 175-190.

ALTMAN, I., & ROGOFF, B. (1987). World views in psychology: Trait, interactional, organismic, and transactional perspectives. En D. Stokols, & I. Altman (Eds.), *Handbook of environmental psychology* (pp. 7-40). New York: John Wiley & Sons.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1993a). Practice guidelines for eating disorders. *American Journal of Psychiatry, 150*, 792-794.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1993b). Practice guidelines for major depressive disorder in adults. *American Journal of Psychiatry, 150* (suppl. 4), 1-26.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1994). Practice guidelines for the treatment of patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry, 151* (suppl. 12), 1-36.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1995). Practice guidelines for the treatment of patients with substance use disorders: Alcohol, Cocaine, Opioids. *American Journal of Psychiatry, 152* (suppl. 11), 1-59.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1996). Practice guidelines for the treatment of patients with nicotine dependence. *American Journal of Psychiatry, 153* (suppl. 10), 1-31.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1997). Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 153* (suppl. 10), 1-31.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION TASK FORCE ON PSYCHOLOGICAL INTERVENTION GUIDELINES. (1995). *Template for developing guidelines: Interventions of mental disorders and psychological aspects of physical disorders*. Washington, DC: American Psychological Association.

ANDREWS, J.D.W. (1991a). *The active self in psychotherapy.* Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

ANDREWS, J.D.W. (1991b). Interpersonal challenge: The second integrative relationship factor. *Journal of Psychotherapy Integration, 1*, 267-288.

ANGUERA, M.T (1995a). Metodología cualitativa. En M.T.. Anguera, J. Arnau, M. Ato, R. Martínez, J. Pascual y G. Vallejo, *Métodos de investigación en psicología*, (pp. 513-522). Madrid: Síntesis.
ANGUERA, M.T. (1995b). Recogida de datos cualitativos. En M.T. Anguera, J. Arnau, M. Ato, R. Martínez, J. Pascual y G. Vallejo, *Métodos de investigación en psicología*, (pp.523-546). Madrid: Síntesis.

ANGUERA, M.T. (1995c). Tratamiento cualitativo de datos. En M.T.. Anguera, J. Arnau, M. Ato, R. Martínez, J. Pascual y G. Vallejo, *Métodos de investigación en psicología*, (pp.549-576). Madrid: Síntesis.

ANGUERA, M.T., ARNAU, J., ATO, M., MARTÍNEZ, R., PASCUAL, J., y VALLEJO, G. (1995). (Eds.), *Métodos de investigación en psicología*. Madrid: Síntesis.

ANTHONY, J., & EDELSTEIN, B.A. (1975). Thought-stopping treatment of anxiety attacks due to seizure-related obssesive ruminations. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 6,* 343-344.

ANTONUCCIO, D.O., DANTON, W.G., & DeNELSKY, G.Y. (1995). Psychotherapy versus medication for depression: Challenging the conventional wisdom with data. *Professional Psychology: Research and Practice, 26,* 574-585.

APONTE, J.F., & APONTE, C.E. (1971). Group preprogrammed systematic desensitization without the simultaneous presentation of aversive scenes with relaxation training. *Behaviour Research and Therapy, 9,* 337-346.

ARKOWITZ, H. (1984). Historical perspective on the integration of psychoanalytic therapy and behavior therapy. En H. Arkowitz, & S. B. Messer (Eds.), *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible*? (pp. 1-30). New York: Plenum Press.

ARKOWITZ, H. (1989). The role of theory in psychotherapy integration. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy, 8,* 8-16.

ARKOWITZ, H. (1992). Psychotherapy integration: Bringing psychotherapy back to psychology. *The General Psychologist, 28,* 11-20.

ARKOWITZ, H. (1997). Integrative theories of therapy. En P.L. Wachtel, & S.B. Messer (Eds.). *Theories of Psychotherapy. Origins and evolution* (pp. 227-272). Washington DC: American Psychological Association.

ARNAU, J. (1990). *Diseños experimentales multivariables. Alternativa analítica a la investigación psicológica y educativa.* Madrid: Alianza Editorial.

ARNAU, G. (1996). Técnicas de análisis avanzadas y diseño de investigación: tendencias actuales y líneas futuras de desarrollo. En J.Arnau (Comp.), *Métodos y técnicas avanzadas de análisis de datos en ciencias del comportamiento,* (pp 5-23). Barcelona: Universitat de Barcelona.

ARNKOFF, D.B., & GLASS, C.R. (1992). Cognitive therapy and psychotherapy integration. En D.K Freedheim (Ed.), *History of Psychotherapy: A century of change*. (pp. 657-694). Washington: American Psychological Association.

ARNTZ, A., & VAN DEN HOUT, M.A. (1996). Psychological treatment of panic disorder without agoraphobia: Cognitive therapy versus applied relaxation. *Behaviour Research and Therapy, 34,* 113-121.

ARONFREED, J. (1969). The problem of imitation. En L.P. Lipsitt, & H.W. Reese (Eds.), *Advances in child development and behavior, 4,* (pp. 210-314). New York : Academic Press.

ATO, G. (1995a). Tipología de los diseños cuasi-experimentales. En M.T. Anguera, J. Arnau, M. Ato, J. Pascual y G. Vallejo. (Eds.) , *Métodos de investigación en psicología*, (pp.245-269). Madrid: Síntesis.

ATO, G. (1995b). Análisis estadístico I: diseños con variable de asignación no conocida. En M.T. Anguera, J. Arnau, J. Pascual y G. Vallejo, (Eds.), *Métodos de investigación en psicología*, (pp.271-303). Madrid: Síntesis.

ATO, G. (1995c). Análisis estadístico II: diseños con variable de asignación conocida. En M.T. Anguera, J. Arnau, J. Pascual y G. Vallejo, (Eds.), *Métodos de investigación en psicología*, (pp.305-320). Madrid: Sintesis.

AVERO, P., CAPAFÓNS, J., SOSA, C.D. y LÓPEZ, M. (1998). ***Manual práctico de la terapia de exposición en el tratamiento de la fobia a viajar en avión: guía para el terapeuta*****. La Laguna: Servicio de Publicaciones de la Universidad de La Laguna.**

AVIA, M.D. (1984). Técnicas cognitivas y de autocontrol. En J. Mayor y F.J. Labrador (Eds.), *Manual de Modificación de Conducta* (pp. 329-360). Madrid: Alhambra.

ÁVILA, A. (1994). ¿Qué es psicoterapia?. En A. Ávila y J. Poch (Comps.), *Manual de técnicas de psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico* (pp. 3-34). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.

AYLLON, T. (1963). Intensive treatment of psychotic behavior by stimulus satiation and food reinforcement. *Behaviour Research and Therapy, 1*, 53-61.

AYLLON, T., & AZRIN, N.H. (1965). The measurement and reinforcement of behavior of psychotics. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 8*, 356-383.

AYLLON, T., & AZRIN, N.H. (1968a). Reinforcer sampling: A technique for increasing the behavior on mental patients. *Journal of Applied Behavior Analysis, 1*, 13-20.

AYLLON, T., & AZRIN, N.H. (1968b). *The token economy: A motivational system for therapy and rehabilitation*. New York: Appleton-Century-Crofts.

AYLLON, T., & MICHAEL, J. (1959). The psychiatric nurse as a behavioral engineer. *Journal of the Experimental Analysis of Behaviour, 2*, 323-334.

AYLLON, T., MILAN, M.A., ROBERT, M.D., & MCKEE, J.M. (1979). *Correctional rehabilitation and management: A psychological approach.* New York: Wiley.

AZRIN, N.H. (1960). Effects of punishment intensity during variable interval reinforcement. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 3*, 123-142.

AZRIN, N.H. (1976). Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy, 14*, 339-348.

AZRIN, N.H. (1977). A strategy for applied research: Learning based but outcome oriented. *American Psychologist, 30*, 469-485.

AZRIN, N.H. (1979). The present state and future trends of behavior therapy. En P. Sjödén, S. Bates, & W.S. Dockens, III (Eds.), *Trends in behavior therapy* (pp. 3-12). New York: Academic Press.

AZRIN, N.H., & HOLZ, W.C. (1966). Punishment. En W. Honig (Ed.): *Operant behavior: Areas of research and application*. New York: Appleton Century Crofts.

AZRIN, N.H., y NUNN, R.G. (1987). Tratamiento de hábitos nerviosos. Barcelona: Martínez Roca. (Original: Simon & Schuster. New York: 1977).

BAARS, B.J. (1986). *The cognitive revolution in psychology*. New York: The Guildford Press.

BAER, D.M. (1982). Applied behavior analysis. En G.T. Wilson, & C.M. Franks (Eds.), *Contemporary behavior therapy* (pp. 277-309). New York: The Guilford Press.

BAER, D.M., PETERSON, R.F., & SHERMAN, J.A. (1967). The development of imitation by reinforcing behavioral similarity to a model. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 10*, 405-417.

BAER, D.M., & SHERMAN, J.A. (1964). Reinforcement control of generalized imitation in young children. *Journal of Experimental Analysis of Behavior, 10*, 405-416.

BAER, D.M., WOLF, M.M., & RISLEY, T.R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis . *Journal of Applied Behavioral Analysis, 1*, 91-97.

BAER, D.M., WOLF, M.M., & RISLEY, T.R. (1987). Some still-current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis, 20*, 313-327.

BAILEY, P. (1956). The great psychiatric revolution. *American Journal of Psychiatry, 113*, 387-406.

BAIN, J. A. (1928). *Thought control in everyday life*. New York: Funk and Wagnals.

BAIR, J.H. (1901). Development of voluntary control. *Physiological Review, 8*, 474-510.

BAKAN, D. (1977). Political factors in the development of American psychology. En R.W. Rieber, & K. Salzinger (Eds.), *The roots of American psychology: Historical influences and implications for the future* (Annals of the New York Academy of Sciences, Vol. 291). New York: New York Academy of Sciences.

BAKER, E.L. (1988). Psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica. En S.J. Linn, & J.P Garske, *Psicoterapias contemporáneas. Modelos y métodos* (pp. 39-96). Bilbao: Desclée de Brouwer.

BAKER, E.L., COHEN, D.C., & SAUNDERS, J.T. (1973). Self-directed desensitization for acrophobia. *Behavior Therapy, 11*, 79-83.

BALTES, M.M. (1988). The etiology and maintenance of dependency in the elderly: Three phases of operant research. *Behavior Therapy, 19*, 301-319.

BALTES, P.B., & LINDENBERGER, U. (1988). On the range of cognitive plasticity in old age as a function of experience: 15 years of intervention research. *Behavior Therapy, 19*, 283-300.

BANDURA, A. (1962). Punishment revisited. *Journal of Consulting Psychology, 26*, 298-301.

BANDURA, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinerhart & Winston. (Traducción: Ediciones Sígueme: 1983).

BANDURA, A. (1970). Modeling theory. En W.S. Sahakian (Ed.), *Psychology of learning systems, models and theories*. Chicago: Markham.

BANDURA, A. (1971a). Psychotherapy based upon modeling principles. En A.E. Bergin, & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. New York: John Wiley & Sons.

BANDURA, A. (1971b). Vicarious and self-reinforcement processes. En R. Glasser (Ed.), *The nature of reinforcement*. New York: Academic Press.

BANDURA, A. (1974). *Behavior theory and the models of man*. American Psychologist, 29, 859-869.

BANDURA, A. (1976a). Self-reinforcement: Theoretical and methodological considerations. *Behaviorism, 4*, 135-155.

BANDURA, A. (1976b). Effecting change through paticipant modeling. En J.D. Krumboltz, & C.E. Thorensen (Eds.), *Counseling methods*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.

BANDURA, A. (1977a). *Social learning theory* .Englewood Cliffs. NJ: Prentice-Hall.

BANDURA, A. (1977b). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84,* 191-215.

BANDURA, A. (1978). The self-system in reciprocal determinism. *American Psychologist, 33,* 344-358.

BANDURA, A. (1984). Recycling misconceptions of perceived self-efficacy. *Cognitive Therapy and Research, 8,* 231-255.

BANDURA, A. (1986). Social foundations of thought and action. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice-Hall. (Traducción: Martínez Roca, 1987).

BANDURA, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control.* San Francisco: W.H. Freeman.

BANDURA, A., & ADAMS, N.E. (1977). Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. *Cognitive Therapy and Research, 1,* 287-310.

BANDURA, A., ADAMS, N.E., & BEYER, J. (1977). Cognitive processes mediating behavioral change. *Journal of Personality and Social Psychology, 35,* 125-139.

BANDURA, A., BLANCHARD, E.S., & RITTER, B. (1969). The relative efficacy of desensibilization and modeling approaches for inducing behavioral, affective, and cognitive changes. *Journal of Personality and Social Psychology, 13,* 173-199.

BANDURA, A., GRUSEC, J.E., & MENLOVE, F.L. (1967). Vicarious extinction of avoidance behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 5,* 16-23.

BANDURA, A., & BARAB, P.G. (1971). Conditions governing nonreinforced imitation. *Developmental Psychology, 5,* 244-255.

BANDURA, A., & SIMON, K.M. (1977). The role of proximal intentions in self-regulation of refractory behavior. *Cognitive Therapy and Research, 1,* 177-193.

BANDURA, A., & WALTERS, R.H. (1959). *Adolescent aggression*. New York: Ronald Press.

BANDURA, A., & WALTERS, R.H. (1963). *Social learning and personality development.* New York: Holt, Rinehart & Winston.. (*Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad.* Madrid: Alianza, 1974).

BANNISTER, D., ADAMS-WEBBER, J.R., PENN, W.I., & RADLEY, A.R. (1975). Reversing the process of thought disorder: A serial validation experiment. *British Journal of Social and Clinical Psychology, 14,* 169-180.

BARBRACK, C. R. (1985). Negative outcome in behavior therapy. En D. T. Mays, & C.M. Franks (Eds.), *Negative outcome in psychotherapy and what to do about it* (pp. 76-105). New York: Springer.

BARBRACK, CH. R., & FRANKS, C.M. (1986). Contemporary behaviour therapy and the unique contribution of H.J. Eysenck: Anachronistic or visionary?. En S. Modgil, & C. Modgil (Eds.), *Hans Eysenck. Consensus and controversy*. London: The Falmer Press.

BARLOW, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New Yord: Guilford.

BARLOW, D.H., & CERNY, J.A. (1988). *Psychological treatment of panic*. New York: The Guildford Press.

BARLOW, D.H., CRASKE, M. G., CERNY, J.A., & KLOSKO, J.S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior therapy, 20*, 261-282.

BARLOW, D.H., HAYES, S.C., & NELSON, R.O. (1984). *The scientist practitioner: Research and accountability in clinical and educational settings*. Elmsford, NY: Pergamon Press.

BARLOW, D.H., & HERSEN, M. (1984). *Single case experimental designs: Strategies for studying behavioral change* (2nd. ed.). Elmsford, NY: Pergamon Press. (Traducción: Martínez Roca: 1988).

BARLOW, D.H., LEITENBERG, H., AGRAS, W.S., & WINCZE, J.P. (1969). The transfer gap in systematic desensitization: An analogue study. *Behaviour Research and Therapy, 7*, 191-196.

BARLOW, D.H., REYNOLDS, E.J., & AGRAS, W.S. (1973). Gender identity change in a transsexual. *Archives of General Psychiatry, 28*, 569-576.

BARRETT, P.M., DADDS, M.R., & RAPPE, R.M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 333-342.

BARRIOS, A. (1990). Experimental design in group outcome research. En Bellack, S., Hersen, M., & Kazdin, A., (Eds.), *International handbook of behavior modification and therapy*., (pp. 151-171). New York: Plenum Press.

BASLER, H.D., & REHFISCH, H.P. (1991). Cognitive-behavioral therapy in patients with ankylosing spondylitis in a German self-help organization. *Journal of Psychosomatic Research, 35*, 335-354.

BASMAJIAN, J.V. (1981). Biofeedback in rehabilitation: A review of principles and practices. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 62*, 469-475.

BASMAJIAN, J.V. (1989). Introduction: Principles and background. En J.V. Basmajian (Ed.), *Biofeedback: Principles and practice for clinicians* (3rd ed., pp. 1-4). Baltimore: Williams & Wilkins.

BASSETT, O.E., & BLANCHARD, E.B. (1977). The effect of the absence of close supervision on the use of response cost in a prison token economy. *Journal of Applied Behavior Analysis, 10*, 375-379.

BAUCOM, D.H., SHOHAM, V., MUESER, K.T., DAIUTO, A.D., & STICKLE T.R. (1998). Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 53-88.

BAUM, M. (1966). Rapid extinction of an avoidance response following a period of response prevention in the avoidance apparatus. *Psychological Reports, 18*, 59-64.

BAUM, M. (1968). Efficacy of response prevention (flooding) in facilitating the extinction of an avoidance response in rats: the effect of overstraining the response. *Behaviour Research and Therapy, 23*, 197-203.

BAUM, M. (1969a). Extinction of an avoidance response following response prevention: Some parametric investigations. *Canadian Journal of Psychology, 23*, 1-10.

BAUM, M. (1969b). Extinction of an avoidance response motivated by intense fear: Social facilitation of the action of response prevention (flooding) in rats. *Behaviour Research and Therapy, 7*, 51-62.

BAUM, M. (1970). Extinction of avoidance responding through response prevention (flooding). *Psychological Bulletin, 74*, 276-284.

BAUM, M., & POSER, E.G. (1971). Comparison of flooding procedures in animals and man. *Behaviour Research and Therapy, 9*, 249-254.

BAUMGARDNER, P., HEPPNER, P.P., & ARKIN, R.M. (1984). *The role of causal attribution in personal problem solving.* Comunicación presentada a la 92 reunión anual de la American Psychological Association en Toronto.

BAYÉS R. (1984). ¿Por qué funcionan las terapias comportamentales?. *Anuario de Psicología, 30-31*, 128-145.

BEACH, F.A. (1950). The snack was a boojum. *American Psychologist, 5*, 115-124.

BEACH, I.R., & MITCHELL, T.R. (1978). A contingency model for the selection of decision strategies. *Academy of Management Review, 3*, 439-449.

BECHTEL, J.E., & MCNAMARA, J.R. (1975). Relaxation as factor in semantic desensitization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43*, 925.

BECHTEREV, V.M. (1932). *General principles of human reflexology*. New York: International University Press.

BECK, A.T. (1963). Thinking and depression: 1. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry, 9*, 324-333.

BECK, A.T. (1964). Thinking and depression: 2. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry, 10*, 561-571.

BECK, A.T. (1967). Depression: Causes and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

BECK, A.T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior* Therapy, 1, 184-200.

BECK, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.

BECK, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 1*, 5-37.

BECK, A.T. (1988). Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy. En J. Rachman, & J.D. Maser (Eds.), *Panic Psychological Perspectives*, 91-111. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

BECK, A.T. (1991). Cognitive therapy as the integrative therapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 1*, 191-198.

BECK, A.T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. En P.M. Salkosvskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy*, (pp. 1-23). New York : The Guilford Press.

BECK, A.T., & EMERY, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias*: *A cognitive perspective*. New York: Basic books.

BECK, A.T., FREEMAN, A.,& ASSOCIATES. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guildford Press.

BECK, A.T., RUSH, A.J., SHAW, B.F., & EMERY, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guildford Press. (Traducción: Desclee de Brouwer, 1983).

BECK, A.T., SOKOL, L., CLARK, D.A., BERCHICK, R., & WRIGHT, F. (1992). A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry, 149*, 778-783.

BECK, J.G., STANLEY, M.A., BALDWIN, L.W., DEAGLE, E.A.III, & AVERILL, P.M. (1994). Comparison of cognitive therapy and relaxation training for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 818-816.

BECKHAM, E.E. (1990). Psychotherapy of depression at the crossroads: Directions for the 1990s. *Clinical Psychology Review, 10*, 207-228.

BEDELL, J.R., ARCHER, R.P., & MARLOWE, H.A. jr. (1980). A description and evaluation of a problem-solving skills training program. En D. Upper, & S.M. Ross (Comp.), *Behavioral group therapy: An annual review*. Champaign, Ill.: Research Press.

BEDROSIAN, R.C., & BECK, A.T. (1980). Principles of cognitive therapy. En M. Mahoney (Ed.). *Psychotherapy process. Current issues and future directions*. New York: Plenum Press.

BEIDEL, D. , & TURNER, S. (1986). A critique of the theoretical bases of cognitive behavioral theories and therapy. *Clinical Psychological Review, 6,* 177-197.

BELLACK, A. S., GLANZ, L.M., & SIMON, R. (1976). Self-reinforcement style and cover imagery in the treatment of obesity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44*, 490-491.

BELLACK, A.S., HERSEN, M., & KAZDIN, A.E. (1990). *International handbook of behavior modification and therapy* (2nd. ed.). New York: Plenum Press.

BELLACK, A.S., TURNER, S.M., HERSEN, M., & LUBER, R.F. (1984). An examination of the efficacy of social skills training for chronic schizophrenic patients. *Hospital and community psychiatry, 35,* 1023-1028.

BENASSI, V., & LANSON, R. (1972). A survey of the teaching of behavior modification in colleges and universities. *American Psychologist, 27,* 1063-1069

BENNETT, B.P., & WILKINSON, S. (1985). Comparison of psychological and medical treatment of the irritable bowel syndrome. *British Journal of Clinical Psychology, 24,* 215-216.

BENSON, H., SHAPIRO, D. TURSKY, B., & SCHWARTZ, G.E. (1971). Decreased systolic blood pressure through operant conditioning techniques in patients with essential hypertension. *Science, 173,* 740-742.

BENTON, M.K., & SCHROEDER, H.E. (1990). Social skills training with schizophrenics: A meta-analytic evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58,* 741-747.

BERGIN, A.E. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. En A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis. New York: John Wiley & Sons.

BERKOWITZ, B.P., & GRAZIANO, A.M. (1972). Training parents as behavior therapists: A review. *Behaviour Research and Therapy, 10,* 297-317.

BERNARD, M.E., & DiGIUSEPPE, R. (1989). Rational-emotive therapy today. En M.E. Bernard, & R. DiGiuseppe (Eds.), *Inside rational-emotive therapy: A critical appraisal of the theory and therapy of Albert Ellis* (pp. 1-7). San Diego: Academic Press.

BERNSTEIN, D.A, & McALISTER, A. (1976). The modification of smoking behavior: Progress and problems. *Addictive Behaviors, 1,* 89-102.

BERNSTEIN, D.A., & NIETZEL, M.T. (1980). *Introduction to clinical psychology*. New York: McGraw-Hill. (*Introducción a la psicología clínica*. Madrid: McGraw-Hill, 1982).

BERNSTEIN, G.A., BORCHARDT, C.M., & PERWIEN, A.R. (1996). Anxiety disorders in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35,* 1110-1119.

BERNSTEIN, G.S. (1982). Training behavior change agents: A conceptual review. *Behavior Therapy, 13,* 1-23.

BEUTLER, L.E. (1983). Eclectic psychotherapy: A systematic approach. New York: Pergamon Press.

BEUTLER, L.E. (1986). Systematic eclectic psychotherapy. En J. C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic* psychotherapy (pp. 94 - 13l). New York: Brunner/Mazel.

BEUTLER, L.E. (1998). Identifying empirically supported treatments: What if we didn't. *Journal of consulting and clinical psychology, 66*, 113-120.

BEUTLER, L.E., & CLARKIN, J. (1990). *Differential treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions*. New York: Brunner/Mazel.

BEUTLER, L.E., & CONSOLI, A.J. (1992). Systematic eclectic psychotherapy. En J.C. Norcross, & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 264-299). New York: Basic Books.

BEUTLER, L.E., ENGLE, D., MOHR, D., DALDRUP, R. J., BERGAN, J., MEREDITH, K., & MERRY, J. (1991). Predictors of differential and self-directed psychotherapeutic procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 333-340.

BIJOU, S.W. (1957). Patterns of reinforcement and resistance to extinction in young children. *Child Development, 28*, 47-54.

BILODEAU, E.A. (1969). *Principles of skills acquisition*. New York: Academic Press.

BIRNBAUM, P. (1962). *A Treasury of Judaism*. New York: Hebrew Publishing Co.

BIRNBRAUER, J.S., WOLF, M.M., KIDDER, J.D., & TAGUE, C.E. (1965). Classroom behavior of retarded pupils with token reinforcement. *Journal of Experimental Child Psychology, 2*, 219-235.

BLACK, D.R. (1987). A minimal intervention program and a problem-solving program for weight control. *Cognitive Therapy and Research, 11*, 107-120.

BLACK, D.W., WESNER, R., BOWERS, W., & GABEL, J. (1993). A comparison of fluvoxamine, cognitive therapy, and placebo in the treatment of panic disorder. *Archives of General Psychiatry, 50*, 44-50.

BLANCHARD, E.B. (1970). The relative contributions of modeling, information influence, and physical contact in the extinction of phobic behavior. *Journal of Abnormal Psychology, 76*, 55-61.

BLANCHARD, E.B. (1971). A comparison of reciprocal inhibition and reactive inhibition therapies in the treatment of speech anxiety: A methodological critique. *Behavior Therapy, 2*, 103-106.

BLANCHARD, E.B., & ANDRASIK, F. (1987). Biofeedback treatment of vascular headache. En J.P. Hatch, J.G. Fischer y J.D. Rugh (Eds.), *Biofeedback. Studies in clinical efficacy*. New York: Plenum Press.

BLANCHARD, E.B., APPELBAUM, K.A., NICHOLSON, N.L., RADNITZ, C.L., MORILL, B., MICHULTKA, D., KIRSCH, C., HILLHOUSE, J., & DENTINGER, M.P. (1990a). A controlled evaluation of the addition of cognitive therapy to a home-based biofeedback and relaxation treatment of vascular headache. *Headache, 30*, 371-376.

BLANCHARD, E.B., APPELBAUM, K.A., RADNITZ, C.L., MORILL, B., MICHULTKA, D., KIRSCH, C., GUARNIERI, P., HILLHOUSE, J., EVANS, D.D., JACCARD, J., & BARRON, K.D. (1990b). A controlled evaluation of thermal biofeedback and thermal biofeedback combined with cognitive therapy in the treatment of vascular headache. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 216-224.

BLANCHARD, E.B., & EPSTEIN, L.H. (1978*). A biofeedback primer*. Reading, Mass.: Addison-Wesley.

BLOOM, B.S., & BRODER, L.J. (1950). *Problem-solving processes of college students*. University of Chicago Press.

BOEGLI, B.G., & WASIK, B.H. (1978). Use of the token economy system to intervene on a school-wide level. *Psychology in the School, 15*, 72-78.

BOERSMA, K., DENHEDGST, S., DEKKER, J., & EMMELKAMP, P.M.G. (1976). Exposure and response prevention in the natural Environment a comparison with obsessive-compulsive patients. *Behaviour Research and Therapy, 14*, 19-24.

BOHART, A.C. (1982). Similarities between cognitive and humanistic approaches to psychotherapy. *Cognitive Therapy and Research, 6*, 245-250.

BOLSTAD, O., & JOHNSON, S. (1972). Self-regulation in the modification of disruptive behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis, 5*, 443-454.

BOOTH-KEWLEY, S., & FRIEDMAN, H.S. (1987). Psychological predictors of heart disease: A quantitative review. *Psychological Bulletin, 102*, 343-362.

BOOTZIN, R.R. (1985). The role of expectancy in behavior change. En L. White, G.E. Schwartz, & B. Tursky (Eds.), *Placebo: Clinical phenomena and new insights*. New York: The Guildford Press.

BORING, E.G. (1950). *A history of experimental psychology.* New York: Appleton-Century-Crofts. (Traducción: Trillas, 1978).

BORKOVEC, T.D. (1972).Effects of expectancy on the outcome of systematic desensitization and implosive treatments for analogue anxiety. *Behavior Therapy, 3*, 29-40.

BORKOVEC, T.D. (1974). Heart rate process during systematic desensitization and implosive therapy for analogue anxiety. *Behaviour Therapy, 5*, 636-645.

BORKOVEC, T.D., & GLASGOW, R.E. (1973). Boundary conditions of false heart rate feedback effects on avoidance behaviour: A resolution of discrepant results. *Behaviour Research and Therapy, 11*, 171-177.

BORKOVEC, T.D., & MATTHEW, A.M. (1988). Treatment of non-phobic anxiety disorders: A comparison of nondirective, cognitive, and coping desensitization therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 877-884.

BORKOVEC, T.D., & WHISMAN, M.A. (1996). Psychosocial treatment for generalized anxiety disorder. En M.R. Mavissakalian, & R.F. Prien (Eds.), *Long term treatments of anxiety disorders* (pp. 171-199). Washington, DC: American Psychiatric Press.

BOTELLA, C. (1986). *Introducción a los tratamientos psicológicos*. Valencia: Promolibro.

BOUCHARD, S., GAUTHIER, J., LABERGE, B., FRENCH, D., PELLETIER, M., & GODBOUT, C. (1996). Exposure versus cognitive restructuring in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 21*, 213-224.

BOUDEWYNS, P.A., & HYER, L. (1990). Physiological response to combat memories and preliminary treatment outcome in Vietnam veteran PTSD patients treated with direct therapeutic exposure. *Behavior Therapy, 21*, 63-87.

BOUDEWYNS, P.A., STWERTKA, S.A., HYER, L.A., ALBRECHT, J.W., & SPERR, E.V. (1993). Eye movement desensitization and reprocessing: A pilot study. *Behavior Therapy, 16*, 30-33.

BOUDREAU, L. (1972). Transcendental meditation and yoga as reciprocal inhibitors. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 3*, 97-98.

BOWER, G.H. (1976). *Asserting yourself: A guide for positive change*. Reading, MA: Addison-Wesley.

BOWER, G.H. (1993). The fragmentation of psychology? *American Psychologist, 48*, 905-907.

BOWER, G.H., & HILGARD, E.R. (1981). *Theories of learning,* (5th Ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

BOWLBY, J. (1973). *Attachment and loss.* London: Hogarth Press.

BOYD, J., & GRIEGER, R.M. (1986). Self-acceptance problems. En A. Ellis, & R.M. Grieger (Eds.), *Handbook of rational-emotive therapy* Vol. 2, pp. 146-161). New York: Springer.

BRADLEY, L.A., YOUNG, L.D., ANDERSON, K.O., TURNER, R.A., AGUDELO, C.A., MCDANIEL, L.K., PISKI, E.J., SEMBRLE, E.L., & MORGAN, T.M. (1987). Effects of psychological therapy on pain behavior of rheumatoid arthritis patients. *Arthritis and Rheumatism, 30*, 1105-1114.

BRADY, J.P. (1971). Brevital-aided systematic desensitization. En R.D. Rubin, H. Fensterhein, A.A. Lazarus, & C.N. Franks (Eds.), *Advances in Behaviour Therapy* (pp. 77-83). New York: Academic Press.

BRADY, J.P., DAVISON, G.C., DEWALD, P.A., EGAN, G., FADIMAN, J., FRANK, J.D., GILL, M.M., HOFFINAN, L., KEMPLER, W., LAZANIS, A.A., RAIMY, V., ROTTER, J.B., & STRUPP, H.H. (1980). Some views on effective principles of psychotherapy. *Cognitive Therapy and Research, 4,* 269-306.

BRANHAM, L., & KATAHN, M. (1974). Effectiveness of automated desensitization with normal volunteers and phobic patients. *Canadian Journal of Behavioural Sciences, 41*, 234-245.

BREGER, L., & MCGAUGH. J.L. (1965). Critique and reformulation of "learning theory" approaches to psychotherapy and neurosis. *Psychological Bulletin, 63,* 338-358.

BREGER, L., & MCGAUGH. J.L. (1966). Learning theory and behaviour therapy: A reply to Rachman and Eysenck. *Psychological Bulletin, 65,* 170-173.

BREIER, A., & STRAUSS, J.S. (1983). Self-control in psychotic disorders. *Archives of General Psychiatry, 40,* 1141-1145.

BRENER, J. (1974). Factors influencing in the specificity of voluntary control (cardiovascular). En L. DiCara (Ed.), *Limbic and autonomic nervous system research*. New York: Plenum Press.

BRENGELMANN, J.C. (1976). Procedimientos de modificación de conducta. Algunas tendencias recientes. *Análisis y Modificación de Conducta, 4,* 3-18.

BRENT, S.B. (1978). Prigogine's model for self-organization in nonequilibrium systems: Its relevance for developmental psychology. *Human Development, 21,* 374-387.

BRENT, S.B. (1984). *Psychological and social structures.* Hillsdale, NY: Erlbaum.

BREWER, W. (1974). There is no convincing evidence for operant or classical conditioning in adult humans. En W. Weimer, & D. Palermo (Eds.), *Cognition and the symbolic processes*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

BREYER, N.L., & ALLEN, G.J. (1975). Effects of implementing a token economy on teacher attending behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis, 8,* 373-380.

BRIDGMAN, P.W. (1927). The logic of modern physics. New York: MacMillan.

BROM, D., KLEBER, R.J., & DEFARES, P.B. (1989). Brief psychotherapy for post-traumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57,* 607-612.

BROWN, B.B. (1977). *Stress and the art of biofeedback.* New York: Harper & Row.

BROWN, M.A., & MUNFORD, A.M. (1983). Lifeskills training for chronic schizophrenics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 466-470.

BROWNELL, K.D., & JEFERY, R.W. (1987). Improving long-term weight loss: Pushing the limits of treatment. *Behavior Therapy, 18*, 353-374.

BRUNER, J. (1990). *Acts of meaning.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

BRYAN, J.H., & TEST, M.A. (1967). Models and helping: Naturalistic studies in aiding behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 6*, 400-407.

BUDMAN, S. H. (Ed.), (1981). Form of brief therapy. New York: The Guildford Press.

BUDZYNSKI, T.H. (1977). Clinical implications of electromiographic training. En G.E. Schwartz & J. Beatty (Eds.), *Biofeedback: Theory and research* (pp. 433-448). New York: Academic Press.

BUDZYNSKI, T.H., STOYVA, J., & ADLER, C.A. (1971). Feedback-induced muscle relaxation: Application to tension headache. En T.X. Barber, L.V, DiCara, J. Camiya, N.E. Miller, D. Shapiro, & J. Stoyva (Eds.), *Biofeedback and self-control* (pp. 447-453). Chicago: Aldine-Atherton, Inc.

BUDZYNSKI, T.H., STOYVA, J., ADLER, C.A., & MULLANEY, D.J. (1973). EMG biofeedback and tension headache: A controlled outcome study. *Psychosomatic Medicine, 35*, 484-496.

BUELL, I., STODDARD, P., HARRIS, K., & BAER, D.M. (1968). Collateral social development accompanying reinforcement of outdoor play in a preschool child. *Journal of Applied Behavior Analysis, 1*, 167-173.

BURCHARD, J.D. (1967). Systematic socialization: A programmed environment or the habilitation of antisocial retardates. *Psychological Record, 17*, 461-476.

BURGIO, L.D., WHITMAN, T.L., & JOHNSON, M.R. (1980). A self-instructional package for increasing attending behavior in educable mentally retarded children. *Journal of Applied Behavior Analysis, 13*, 443-459.

BURNHAM, W.H. (1917). Mental hygiene and the conditional reflex. *The Pedagogical Seminary, 24*, 449-488.

BURNHAM, W.H. (1924). *The normal mind: An introduction to mental hygiene and the hygiene of school instruction.* New York: Appleton Century Croft.

BURNS, D.D. (1980). *Feeling good.* New York: William Morrow.

BURNS, G.L. (1990). Affective-cognitive-behavioral assessment: The integration of personality and behavioral assessment. En G.H. Eifert, & I.M. Evans (Eds.), *Unifying behavior therapy. Contributions of paradigmatic behaviorism*, (pp. 98-125). New York: Springer.

BUSH, C., DITTO, B., & FEUERSTEIN, M. (1985). A controlled evaluation of paraspinal EMG biofeedback in the treatment of chronic low back pain. *Health psychology, 4*, 307-321.

BUSHELL, D., Jr. (1978). An engineering approach to the elementary classroom: The Behavior Analysis Follow Through project. En A.C. Catania, & T.A. Brigham (Eds.), *Handbook of applied behavior analysis: Social and instructional processes* (pp. 525-563). New York: Irvington.

BUSHELL, D., Jr., WROBEL, O.A., & MICHAELIS, M.L. (1968). Applying "group" contingencies to the classroom study behavior of pre-school children. *Journal of Applied Behavior Analysis, 1*, 55-61.

BUTLER, G. (1985). Exposure as a treatment for social phobia: Some instructive difficulties. *Behaviour Research and Therapy, 23,* 651-657.

BUTLER, G., CULLINGTON, A., MUNBY, M., AMIES, P., & GELDER M. (1984). Exposure and anxiety management in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52,* 642-650.

BYKOV, K.M. (1953). *New data on the physiology and pathology of the cerebral cortex.* Communication at the 19th International Physiological Congress, Montreal.

CAINE, T.M., WIJESINGHE, O.A.B., & WINTER, D.A. (1981). *Personal styles in neurosis: Implications for small group psychotherapy and behaviour therapy*. London: Routledge and Kegan Paul.

CALEF, R.A., & MACLEAN, G.D. (1970). A comparison of reciprocal inhibition and reactive inhibition therapies in the treatment of speech anxiety. *Behaviour Therapy, 1,* 51-58.

CALLAHAN, E.J., & LEITENBERG, H. (1973). Aversion therapy for sexual deviation: Contingent shock and covert desensitization. *Journal of Abnormal Psychology, 81,* 60-73.

CAMP, B., & BASH, M.A. (1981). *Think aloud: Increasing social and cognitive skills. A problem-solving program for children (primary level).* Champaign, Ill: Research Press.

CAMPBELL, D.T. (1984). Can we be scientific in applied social science?. En R.F. Connor, D. G. Altman, & C. Jackson (Eds.), *Evaluations studies review annual (Vol. 9,* pp. 26-48). Beverly Hills, CA: Sage Publications.

CAMPBELL, B.A., & CHURCH, R.M.(1969). *Punishment and aversive behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.

CAMPBELL, D.T., & STANLEY, J.C. (1963). *Experimental and quasi-experimental design for research*. Chicago: Rand McNally.

CANTOR, N. (1990). From thought to behavior: "having" and "doing" in the study of personality and cognition. *American Psychologist, 45,* 753-750.

CAPAFÓNS, J.I., AVERO, P., SOSA, C.D. y LÓPEZ, M. (1999). Fobia a viajar en avión: Valoración de un programa de exposición. *Psicologia Conductual, 7,* 119-135.

CAPAFÓNS, J.I., SOSA, C.D. y AVERO, P. (1997). La desensibilización sistemática en el tratamiento de la fobia a viajar en transporte aéreo. *Psicothema, 9,* 17-25.

CARLSON, L., & CARLSON, R. (1984). Affect and psychological magnification: Derivations from Tompkins' script theory. *Journal of Personality, 52,* 36-45.

CARMIN, CH.N., & DOWD, E.T. (1988). Paradigms in cognitive psychotherapy. En W. Dryden, & P. Trower (Eds.). *Developments on cognitive psychotherapy*. London: Sage Publications.

CARNWATH, T., & MILLER, D. (1986). *Behavioural psychotherapy in primary care: A practice manual.* London: Acedemic Press. (Traducción: Martinez Roca, 1989).

CARO, I. (1995). Pasado, presente y futuro de las terapias cognitivas. *Boletín de Psicología, 46,* 115-160.

CARO, I. (Comp.), (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.

CARROBLES, J.A.I. (1981). Registros psicofisiológicos. En R. Fernández-Ballesteros y J.A.I. Carrobles (Eds.), *Evaluación conductual: metodología y aplicaciones* (pp.350-392). Madrid: Pirámide.

CARROBLES, J.A.I. (1987). Registros psicofisiológicos. En R. Fernández-Ballesteros y J.A.I. Carrobles (Eds.), *Evaluación conductual* (pp.350-392). Madrid: Pirámide.

CARROBLES, J.A.I. y GODOY, J. (1987). *Biofeedback: principios y aplicaciones*. Barcelona: Martínez Roca.

CARROBLES, J.A.I., CARDONA, A. y SANTACREU, J. (1981). Shaping and generalization procedures in the EMG-biofeedback treatment of tension headaches. *British Journal of Clinical Psychology, 20*, 49-56.

CARROBLES, J.A., CARDONA, A., SANTOS, P., GARCIA, A., JIMENEZ, A. y LLORENTE, J.M. (1981). *El biofeedback en la rehabilitación de accidentes de mano y pie: Estudio experimental de casos clínicos*. Madrid: Fundación Mapfre.

CARROLL, K.M., ROUNSAVILLE, B.J., & GAWIN, F.H. (1991). A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: Relapse prevention and interpersonal psychotherapy. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 17*, 229-247.

CARROLL, K.M, ROUNSAVILLE, B.J., GORDON, L.T., NICH, C., JATLOW, P., BISIGHINI, R.M., & GAWIN, F.H. (1994). Psychotherapy and pharmacology for ambulatory cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry, 51*, 177-187.

CARVER, C.G., & SCHEIER, M.F. (1982). Control therapy: An useful conceptual framework for personality-social, clinical, and health psychology. *Psychological Bulletin, 92*, 111-135.

CASTRO, L., PEREZ, G.C., ALBANCHEZ, D.B., & de LEON, E.P. (1983). Feedback properties of 'self-reinforcement': Further evidence. *Behavior Therapy, 14*, 672-681.

CATALANO, R. (1979). *Health behavior and the community: An ecological perspective*. New York: Pergamon Press.

CATANIA, A.C. (1973). The psychologies of structure, function, and development. *American Psychologist, 28*, 434-43.

CATANIA, A.C., & BRIGHAM, T.A. (1978). *Handbook of applied behavior analysis. Social and instructional processes*. New York: Irvington Publishers, Inc.

CATTELL, R.B. (1966). *The scientific analysis of personality*. Chicago: Aldine. (Traducción: Fontanella, 1972).

CAUDILL, B.D., & MARLATT, G.A. (1975). Modeling influences in social drinking: An experimental analogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43*, 405-415.

CAUTELA, J.R. (1966). Treatment of compulsive behavior by covert sensitization. *Psychological Record, 16*, 33-41.

CAUTELA, J.R. (1967). Covert sensitization. *Psychological Reports, 20*, 459-468.

CAUTELA, J.R. (1969). Behavior therapy and self-control: Techniques and implications. En C.M. Franks (Ed.), *Behavior therapy: Appraisal and status*. New York: McGraw-Hill.

CAUTELA, J.R (1970a). Covert reinforcement. *Behavior Therapy, 1*, 33-50.

CAUTELA, J.R. (1970b). Covert negative reinforcement. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1*, 273-378.

CAUTELA, J.R. (1971a). Covert extinction. *Behavior Therapy, 2*, 192-200.

CAUTELA, J.R. (1971b). *Covert modeling*. Paper presented at the Fifth Annual Meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy.

CAUTELA, J.R. (1976). Covert response cost. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 13,* 397-404.

CAUTELA, J.R. (1983a). The self-control triad: Description of clinical applications. *Behavior Modification, 7,* 299-315.

CAUTELA, J.R. (1983b). Condicionamiento encubierto: supuestos básicos y procedimientos. En D. Upper, y J.R. Cautela (Eds.), *Condicionamiento encubierto* (11-23). Bilbao: DDB. (Orig. Oxford: Pergamon Press, 1977).

CAUTELA, J.R. (1983c). Sensibilización encubierta. En D. Upper, y J.R. Cautela (Eds.), *Condicionamiento encubierto* (41-49). Bilbao: DDB. (Orig. Oxford: Pergamon Press, 1977).

CAUTELA, J.R. (1983d). Reforzamiento encubierto. En D. Upper, y J.R. Cautela (Eds.), *Condicionamiento encubierto* (76-90). Bilbao: DDB. (Orig. Oxford: Pergamon Press, 1977).

CAUTELA, J.R. (1983e). Reforzamiento negativo encubierto. En D. Upper, y J.R. Cautela (Eds.), *Condicionamiento encubierto* (141-156). Bilbao: DDB. (Orig. Oxford: Pergamon Press, 1977).

CAUTELA, J.R. (1983f). Coste de respuestas encubierto. En D. Upper, y J.R. Cautela (Eds.), *Condicionamiento encubierto* (257-268). Bilbao: DDB. (Orig. Oxford: Pergamon Press, 1977).

CAUTELA, J.R. (1983g). Situación actual de la técnica de modelado encubierto. En D. Upper, y J.R. Cautela (Comp.), *Condicionamiento encubierto* (pp. 191-196). Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original: Pergamon Press, 1977).

CAUTELA, J.R. (1983h). Tratamiento de la conducta de fumar mediante sensibilización encubierta. En D. Upper, y J.R. Cautela (Eds.), *Condicionamiento encubierto* (59-68). Bilbao: DDB. (Orig. Oxford: Pergamon Press, 1977).

CAUTELA, J.R., & BARON, M.G. (1977). Covert conditioning. *Behavior Modification, 1,* 351-368.

CAUTELA, J.R., FLANNERY, R.B., & HANLEY, S.H. (1983). Modelado encubierto: una prueba experimental. En D. Upper y J.R. Cautela (Eds.), *Condicionamiento encubierto* (pp.197-205). Bilbao: Desclée de Brouwer (Original: Pergamon Press, 1977).

CAUTELA, J.R., & KEARNEY, A. (1993). *Covert conditioning casebook.* Pacific Grove, CA: Brooks Cole.

CAUTELA, J.R., & KASTENBAUM, R. (1967). A reinforcement survey schedule for use in therapy, training, and research. *Psychological Reports, 20,* 115-130.

CAUTELA, J.R., & WISOCKI, P.A. (1971). Covert sensitization for the treatment of sexual deviations. *Psychological Records, 21, 37-48.*

CERVONE, D., & PEAKE, P.K. (1986). Anchoring, efficacy, and action: The influence of judgmental heuristics on self-efficacy judgments and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 50,* 492-501.

CHAMBLESS, D.L. (1985). Agoraphobia. En M.Hersen, & A.S. Bellack (Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy with adults* (pp. 49-87). New York: Plenum.

CHAMBLESS, D.L., FOA, E.B., GROVES, G.A., & GOLDSTEIN, A.J. (1979). Flooding with brevital in the treatment of agoraphobia: Countereffective?. *Behaviour Research and Therapy, 17,* 243-251.

CHAMBLESS, D.L., & HOLLON D.S. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66,* 7-16.

CHAMBLESS, D.L., SANDERSON, W.C., SHOHAM, V., BENNETT JOHNSON, S., POPE, K.S., CRITS-CHRISTOPH, P., BAKER, M., JOHNSON, B., WOODY, S.R., SUE, S., BEUTLER, L., WILLIAMS, D.A., & McCURRY, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *Clinical Psychologist, 49*, 5-18.

CHANDLER, G.M., BURCK, H., SAMPSON, J.P., & WRAY, R. (1988). The effectiveness of a generic computer program for systematic desensitization. *Computers in Human Behavior, 4*, 339-346.

CHAPPELL, M.N., & STEVENSON, T.I. (1936). Group psychological training in some organic conditions. *Mental Hygiene, 20*, 588-597.

CHASSAN, J.B. (1967). *Research design in clinical psychology and psychiatry*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

CHESNEY, M.A., & SHELTON, J.L. (1976). A comparison of muscle relaxation and electromyogram biofeedback experiments for muscle contraction headache. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 7*, 221-225.

CHIESA, M. (1992). Radical behaviorism and scientific frameworks: from mechanistic to relational accounts. *American Psychologist, 47*, 1287-1299.

CHISHOLM, R.C., DEGOOD, D.E., & HARTZ, M.A. (1977). Effects of alpha feedback training on occipital EEG, heart rate, and experimental reactivity to a laboratory stressor. *Psychophysiology, 14*, 157-163.

CHURCH, R.M. (1963). The varied effects of punishment on behavior. *Psychological Review, 70*, 369-402.

CINCIRIPINI, P.M., LAPITSKY, L.G., WALLFISCH, A., MACE, R., NEZAMI, E., & VAN VUNAKIS, H. (1994). An evaluation of a multicomponent treatment program involving scheduled smoking and relapse prevention procedures: Initial findings. *Addictive Behaviors, 19*, 13-22.

CLARK, D.A. (1995). Perceived limitations of standard cognitive therapy: A consideration of efforts to revise Beck's theory and therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy, An International Quarterly, 9*, 153-172.

CLARK, D.A., & BECK, A.T. (1997). El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. En I.Caro, (Comp.), Manual de psicoterapias cognitivas, (pp.119-127). Barcelona: Paidós.

CLARK, D.A., & STEER, R.A. (1996). Empirical Status of the cognitive model of anxiety and depression. En P.M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy*, (pp. 75-91). New York: The Guildford Press.

CLARK, D.M., SALKOVSKIS, P.M., HACKMANN, A., MIDDLETON, H., ANASTASIADES, P., & GELDER, M. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry, 164*, 759-769.

CLARK, F. (1973). Self-administered desensitization. *Behaviour Research and Therapy, 11*, 335-338.

COLBY, K.M. (1964). Psychotherapeutic Processes. *Annual Review of Psychology, 15*, 347-370.

COLEMAN, S.R., & MEHLMAN, S.E. (1992). An empirical update (1969-1989) of D.L. Krantz's thesis that the experimental analysis of behavior is isolated. *The Behavior Analyst, 15*, 43-49.

COMPAS, B.E., HAAGA, D.A.F., KEEFE, F.J., LEITENBERG, H., & WILLIAM, .D.A. (1998). Sampling of empirically supported psychological treatments from health psychology: Smoking, chronic pain, cancer, and bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 89-112.

CONSUMER REPORTS (1995). Mental Health: Does therapy help?, *60*, 734-749.

COOK, T.D., & CAMPBELL, D.T. (1979). *Quasi-experimentation. Design and analysis issues for field settings*. Chicago: Rand McNally.

COOK, T.D., & REICHARDT, CH.S. (1986). Hacia una superación del enfrentamiento entre los métodos cualitativos y cuantitativos. En T.D. Cook y Ch.S.Reichardt (Eds.), *Métodos cualitativos y cuantitativas en investigación evaluativa* (pp. 25-58). Madrid: Morata.

COOKE, G. (1968). Evaluation of the efficacy of the components of reciprocal inhibition psychotherapy. *Journal of Abnormal Psychology, 73*, 464-467.

COOPER, H.M. (1979). Statistically combining independent studies: A meta-analysis of sex differences in conformity research. *Journal of Personality and Social Psychology, 37*, 131-146.

COOPER, N.A., & CLUM, G.A. (1989). Imaginal Flooding as a supplementary treatment for PTSD in combat veterans: A controlled study. *Behavior Therapy, 20*, 381-391.

CORBETT, L.O., & CORBETT, N.J. (1996). Covert conditioning in behavioral medicine: Strategies for psycho-oncology. En J.R. Cautela, & W. Ishaq (Eds.), *Contemporary issues in behavior therapy. Improving the human conditioning* (pp. 23-43). New York: Plenum Press.

CORNEY, R.H., STANTON, R., NEWELL, R., CLARE, A., & FAIRCLOUGH, P. (1991). Behavioral psychotherapy in the treatment of irritable bowel syndrome. *Journal of Psychosomatic Research, 35*, 461-469.

CORTES, J.B., & GATTI, E.M. (1972). *Delinquency and Crime. A biosocial approach*. Seminar press.

COYNE, J.C., & GOTLIB, I.H. (1983). The role of cognition in depression: A critical appraisal, *Psychological Bulletin, 94*, 472-505.

COUSINS, N. (1979). *Anatomy of an illness.* New York: Norton.

COUSINS, N. (1989). *Head first: The biology of hope.* New York: Dutton.

CRAIGHEAD, L.W. (1979). Self-instructional training for assertive-refusal behavior. *Behavior Therapy, 10*, 529-543.

CRAIGHEAD, W. E. (1973). The assessment of avoidance response on the Levis phobic test apparatus. *Behaviour Therapy, 4*, 235-240.

CRAIGHEAD, W. E. (1990) There's a place for us: All of us. *Behavior Therapy, 21*, 3-23.

CRICK, N.R., & DODGE, K.A. (1994). A review and reformulation of social information processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin, 115*, 74-101.

CROCKER, J., FISKE, S.T., & TAYLOR, S.E. (1984). Schematic bases of belief change. En J.R. Eisler (Ed.), *Attitudinal judgment*. New York: Springer.

CUNNINGHAM, A.J., & TACCO, E.K. (1989). A randomized trial of group psychoeducational therapy for cancer patients. *Patient Educational Counseling, 14*, 101-114.

DAILY, C.A. (1953). The practical utility of the clinical report. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 17*, 297-302.

DANIELS, L.K. (1976). An extension of thought stopping in the treatment of obsessional thinking. *Behavior Therapy, 7*, 131.

DANKER, P.S., MIKLICH, D.R., PRATT, C., & CREER, T.L. (1973). An unsuccessful attempt to instrumentally condition peak expiratory flow rates in asthmatic children. *Journal of Psychosomatic Research, 17*, 121-128.

DAVIS, G.A. (1966). Current status of research and theory in human problem solving. *Psychological Bulletin, 66*, 36-54.

DAVIS, G.A. (1973). *Psychology of human problem solving: Theory and practice*. New York: Basic Books.

DAVIS, H., SAUNDERS, D.R., CREER, T., & CHAI, H. (1973). Relaxation training facilitated by biofeedback apparatus as a supplemental treatment in bronchial asthma. *Journal of Psychosomatic Research, 17*, 121-128.

DAVIS, M. (1996). Differential roles of the amigdala and bed nucleus of the stria terminalis in conditioned fear and startle enhanced by corticotropin-releasing hormone. En T. Ono, B.L. McNaughton, S. Molotchnikoff, E.T. Rolls, & H. Nishijo (Eds.) *Perception, memory and emotion: Frontiers in neuroscience*. Oxford: Elsevier.

DAVIS, M. (1997). The neurophysiological basis of acoustic startle modulation: Research on fear motivation and sensory gating. En P.J. Lang, R.F. Simons, & M.T. Balaban (Eds.), *Attention, and orienting*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

DAVIS, M., McKAY, M., y ESHELMAN, E.R. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca. (Original: New Harbinger Publications, 1982).

DAVISON, G. C. (1968). Systematic desensitization as a counterconditioning process. *Journal of Abnormal Psychology, 73*, 91-99.

DAVISON, G.C., & WILSON, G.T. (1972). Critique of "desensitization: social and cognitive factors underlying the effectiveness of Wolpe's procedure". *Psychological Bulletin, 78*, 28-31.

DAWES, R. (1994). *House of Cards: Psychology and Psychotherapy. Built on Myth*. New York: The Free Press.

DEFFENBACHER, J.L. (1995). La inoculación de estrés. En V.E. Caballo (Comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (3ª Ed., pp. 627-654). Madrid: Siglo XXI.

DEFFENBACHER, J.L. (1997). Entrenamiento en el manejo de la ansiedad. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. I, pp. 241-263). Madrid: Siglo XXI.

DEFFENBACHER, J.L., DEMM, P.M., & BRANDON, A.D. (1986). High general anger: Correlates and treatment. *Behaviour Research and Therapy, 24*, 481-489.

DEFFENBACHER, J.L., MICHAELS, A.C., MICHAELS, T., & DALEY, P.C. (1980). Comparison of anxiety management training and self-control desensitization. *Journal of Counseling Psychology, 27*, 232-239.

DEFFENBACHER, J.L., & SHELTON, J.L. (1978). A comparison of anxiety management training and desensitization in reducing test and other anxieties. *Journal of Counseling Psychology, 25*, 227-282.

DEFFENBACHER, J.L., & SUINN, R.M. (1988). Systematic desensitization and the reduction of anxiety. *The Counseling Psychologist, 16*, 9-30.

DEITZ, S.M. (1978). Current status of applied behavior analysis. *American Psychologist, 33*, 805-814.

DELL, P.F. (1982). Beyond homeostasis: Toward a concept of coherence. *Family Process, 21*, 21-41.

DEL PINO, A. (1981). Paraprofesionales coterapeutas de modificación de conducta en la educación. Evaluación de un modelo de acción. *Análisis y Modificación de Conducta, 7*, 427-476.

DEL PINO, A., y BORGES, A (1985). Un modelo de acción y evaluación. *Revista de Investigación Psicológica, 3*, 109-135.

DEL PINO, A., y GAOS, M.T. (1997). Efectos sobre los padres de hijos con minusvalías de un programa para facilitar conocimientos y estrategias de intervención. *Psicología Conductual, 5(2),* 255-276.

DEL PINO, A., GUTIERREZ, M., y LUGO, M.M. (1983). Caso práctico de un sistema dependiente de aplicación de contingencias orientas al grupo. *Revista de Investigación Psicológica, 1*, 165-192.

DELPRATO, D. J. (1989). Developmental interactionism: An emerging integrative framework for behavior therapy. *Advances in Behavior Research and Therapy, 9*, 173-205.

DEMBER, W. N. (1974). Motivation and the cognitive revolution. American *Psychologist, 29,* 161-168.

DENKER, P.G. (1946). Results of treatments of psychoneuroses by the general practitioner. A follow-up study of 500 cases. *New York State Journal of Medicine, 46,* 2164-2166.

DENNY, D. R. (1974). Active, passive, and vicarious desensitization. *Journal of Counseling Psychology, 21*, 369-375.

DENNY, M.R. (1976). Post-aversive relief and relaxation and their implications for behavior therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 7*, 315-322.

DeRUBEIS, R.J. & BECK, A.T. (1988). Cognitive Therapy. En K.S. Dobson (Ed). *Handbook of cognitive-behavioral therapies.* New York: Guilford Press.

DeRUBEIS, R.J., & CRITS-CHRISTOPH, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 37-49.

DIAMENT, C., & WILSON, G.T. (1975). An experimental investigation of the effects of covert sensitization in an analogue eating situation. *Behavior Therapy, 6*, 499-509.

DICARA, L.V., & MILLER, N.E. (1968). Changes in heart rate instrumentally learned by curarized rats as avoidance responses. *Journal of Comparative and Physiological Psychology, 65*, 8-12.

DIENER, E. (1979). Deindividuation: The absence of self-awareness and self-regulation in group members. En P. Paulus (Ed.), *The psychology of group influence*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.

DOBSON, K.S. (1988a). *Handbook of cognitive-behavioural therapies*. London: Hutchinson.

DOBSON, K.S. (1988b). The present and future of the cognitive-behavioral therapies. En Keith, S.D. (Ed.). *Handbook of cognitive-behavioural therapies*, (pp. 387-407). New York: The Guilford Press.

DOBSON, K.S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 414-419.

DOBSON, K.S., & BLOCK, L. (1988). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. En Dobson, K.S. (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioural therapies*. London: Hutchinson.

DOLLAR, J., & MILLER, N.E. (1950). *Personality and psychotherapy: An analysis in terms of learning, thinking, and culture.* New York: McGraw-Hill.

DONNER, L. (1970). Automated group desensitization: A follow-up report. *Behaviour Research and Therapy, 8*, 241-247.

DONNER, L., & GUERNEY, B. G. (1969). Automated group desensitization for test anxiety. *Behavior Research and Therapy, 1*, 1-13.

DOUGHER, M.J. (1993). Clinical behavior analysis. Introduction. *The Behavior Analyst, 16,* 269-270.

DRABMAN, R.S., SPILTALNIK, R., & O'LEARY, K. (1973). Teaching self-control to disruptive children. *Journal of Abnormal Psychology, 82,* 10-16.

DRYDEN, W., & ELLIS, A. (1988). Rational-emotive therapy. En K.S. Dobson (Ed.). *Handbook of cognitive-behavioral therapies,* (pp. 214-262). London: Hutchinson.

DRYDEN, W., & GOLDEN W.L. (1986). *Cognitive-behavioural approaches to psychotherapy*. New York: Harper & Row Publishers.

DRUMMOND, D.C., & GLAUTIER, S. (1994). A controlled trial of cue exposure treatment in alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62,* 809-817.

DUMAS, J.E. (1989). Let's not forget the context in behavioral assessment. *Behavioral Assessment, 11*, 231-247.

DUNKEL, L.D., & GLAROS, A.G. (1978). Comparison of self-instructional and stimulus control treatments for obesity. *Cognitive Therapy and Research, 2,* 75-78.

DUNLAP, K. (1928). A revision of the fundamental law of habit formation. *Science, 67,* 360-362.

DUNLAP, K. (1932). *Habits, their making and unmaking.* New York: Liveright.

D'ZURILLA, T.J. (1986). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention*. New York: Springer.

D'ZURILLA, T.J. (1988). Problem-solving therapies. En S.D. Dobson, (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioural therapies*. (pp. 85-127). London: Hutchinson.

D'ZURILLA, T.J., & GOLDFRIED, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology, 78,* 107-126.

D'ZURILLA, T.J., & NEZU, A.M. (1982). Social problem solving in adults. En P.C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 1, pp. 201-274). New York: Academic Press.

EAGLEN, A. (1978). Learning theory versus paradigms as the basis for behavior therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 9,* 215-218.

ECHEBURÚA, E., del CORRAL, P., GARCÍA, E., y BORDA, M. (1991). La autoexposición y las benzodiazepinas en el tratamiento de la agorafobia sin historia de trastorno de pánico. *Análisis y Modificación de Conducta, 17,* 969-991.

ECTON, R.B., &, FENDLER, E.L. (1990). Anger control training for temper control disorders. En E.L. Feindler, & G.R. Kalfus (Eds.), *Adolescent behavior therapy handbook* (pp. 351-371). New York: Springer.

EDGAR, L., ROSBERGER, Z., & NOWLIS, D. (1992). Coping with cancer during the first year after diagnosis. *Cancer, 69,* 817-828.

EDWARD, W. (1961). Behavioral decision theory. *Annual Review of Psychology, 12,* 473-498.

EDWARDS, M.W. (1968). A survey of problem-solving courses. *Journal of Creative Behavior, 2,* 33-51.

EFRAN, J.S., & FAUBER, R.L. (1995). Radical constructivism: Questions and answers. En R.A. Neimeyer, & M-J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in Psychotherapy,* (pp. 275-302) Washington, DC: American Psychological Association.

EGAN, G. (1975). *The skilled helper*. Monterey, CA: Brooks/Cole.

EIFERT, G.H., FORSYTH, J.P., & SCHAUSS, S.L. (1993). Unifying the field: Developing and integrative paradigm for behavior therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 24*(2), 119-127.

ELKIN, L., SHEA, M. T., WATKINS, J. T., IMBER, S. D., SOTSKY, S. M., COLLINS, J. E, GLASS, D. R., PILKONIS, P. A., LEBER, W R., DOCHERTY, J. P., FIESTER, S. J., & PARLOFF, M. B. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.

ELLIS, A. (1962). *Reason and emotions in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.

ELLIS, A. (1967). Should some people be labeled mentally ill?. *Journal of Consulting Psychology, 31,* 435-446.

ELLIS, A. (1970). *The essence of rational psychotherapy: A comprehensive approach to treatment*. New York: Institute for Rational Living.

ELLIS, A. (1973). *Humanistic psychotherapy*. New York: McGraw-Hill.

ELLIS, A. (1975). *How to live with a neurotic* (Ed. Rev.). North Hollywood, CA: Wilkshire.

ELLIS, A. (1977). The basic clinical theory of rational-emotive therapy. En A. Ellis, & R. Grieger (Comps.), *Handbook of rational-emotive therapy* (Vol. I). New York: Springer.

ELLIS, A. (1980). Rational-emotive therapy and cognitive behavior therapy: Similarities and differences. *Cognitive Therapy and Research, 4,* 325-340.

ELLIS, A. (1984a). Expanding the ABC's of RET. En A. Freeman, & M. Mahoney (Dirs.), *Cognition and Psychotherapy*. New York: Plenum Press.

ELLIS, A. (1984b). The essence of RET. *Journal of Rational-Emotive Therapy, 2,* 19-25.

ELLIS, A. (1987). A sadly neglected cognitive element in depression. *Cognitive Therapy and Research, 11,* 121-145.

ELLIS, A. (1988). *How to stubbornly refuse to make yourself miserable about anything yes, anything.* Secaucus, New York: Lyle Stuart.

ELLIS, A. (1989a). The history of cognition in psychotherapy. En A. Freeman, K.M. Simon, L.E. Beutler, & H. Arkowitz, (Comps.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.

ELLIS, A. (1989b). Comments on my critics. En M.E. Bernard, & R. DiGiuseppe (Eds.), *Inside rational-emotive therapy: A critical appraisal of the theory and therapy of Albert Ellis* (pp. 199-233). San Diego: Academic Press.

ELLIS, A. (1993a). Changing Rational-Emotive Therapy (RET) to Rational Emotive Behavior Therapy (REBT). *The Behavior Therapist, 16,* 257-258.

ELLIS, A. (1993b). Reflections on Rational-Emotive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61 (2),* 199-201.

ELLIS, A. (1997). El estado de la cuestión en la terapia racional-emotiva conductual. En I. Caro, *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.

ELLIS, A., & BERNARD, M.E. (1985). What is rational-emotive therapy (RET)?. En A. Ellis, & R.M. Grieger (Eds.), *Handbook of rational-emotive therapy* (pp. 1-30). New York: Springer.

ELLIS, A., & DRYDEN, W. (1987). *The practice of rational emotive therapy*. New York: Springer.

ELLIS, A., & HARPER, R.A. (1961). *A guide to rational living*, North Hollywood, CA: Wilshire.

ELLIS, A., & HARPER, R.A. (1975). *A new guide to rational living*, North Hollywood, CA: Wilshire.

EMMELKAMP, P.M.G. (1974). Self-observation versus flooding in the treatment of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 12*, 229-237.

EMMELKAMP, P.M.G., & BEENS, H. (1991). Cognitive therapy with obsessive-compulsive disorder: A comparative evaluation. *Behaviour Research and Therapy, 29*, 293-300.

EMMELKAMP, P.M.G., DE HAAN, E., & HOODGUIN, C.A.L. (1990). Marital adjustment and obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry, 156*, 55-60.

EMMELKAMP, P.M.G., & DE LANGE, I. (1983). Spouse involvement in the treatment of obsessive-compulsive patient. *Behavioural Research and Therapy, 21*, 341-346.

EMMELKAMP, P.M.G., & KRAANEN, J. (1977). Therapist-controlled exposure in vivo versus self-controlled exposure in vivo: a comparison with obsessive-compulsive patients. *Behaviour Research and Therapy, 15*, 491-495.

EMMELKAMP, P.M.G., & VAN der HEYDEN, H. (1980). Treatment of harming obsessions. *Behavior Analysis and Modification, 4*, 28-35.

EMMELKAMP, P.M.G., VISSER, S., & HOEKSTRA, R.J. (1988). Cognitive therapy Vs exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsives. *Cognitive Therapy and Research, 12*, 103-114.

EMMELKAMP, P.M.G., & WESSELS, H. (1975). Flooding in imagination vs flooding in vivo: A comparison with agoraphobics. *Behaviour Research and Therapy, 13*, 7-15.

ENGEL B.T., & HANSEN, S.P. (1966). Operant conditioning of heart rate slowing. *Psychophysiology, 3*, 176-187.

EPSTEIN, L. H. (1985). Family-based treatment for pre-adolescent obesity. *Advances in Developmental and Behavioral Disorder Pediatric, 6*, 1-39.

EPSTEIN, L.H., DOKE, L.A., SAJWAJ, T.E., SORREL, S., & WOLF, M.M. (1974). Generality and side effects of overcorrection. *Journal of Applied Behavior Analysis, 7*, 385-390.

EPSTEIN, L.H., MCCURLEY, J., WING, R.R., & VALOSKI, A. (1990). Five year follow-up of family-based behavioral treatments for childhood obesity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 661-664.

ERIKSEN, L., BJORNSTAD, S., & GOTESTAM, K.G. (1986). Social skills training in groups for alcoholics: One-year treatment outcome for groups and individuals. *Addictive Behaviors, 11*, 309-329.

ERNST, F.A. (1971). Behavior therapy and training in clinical psychology: A student's perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2, 75-79.

ERWIN, E. (1978). *Behavior Therapy. Scientific, Philosophical and Moral Foundations*. Cambridge: Cambridge University Press. (Traducción: Pirámide, 1985)

ERWIN, E. (1988). Cognitivist and behaviorist paradigms in clinical psychology. En D. Fishman, F. Rotgers, & C. Franks (Eds.), *Paradigms in Behavior Therapy: Present and Promise* (pp. 109-140). New York: Springer.

ERWIN, E. (1996*). A final accounting. Philosophical and empirical issues in freudian psychology*. London: The MIT Press.

ERWIN, E. (1997). *Philosophy and Psychotherapy*. London: Sage Publications.

EVANS, I.M., EIFERT, G.H., & CORRIGAN, S.A. (1990). A critical appraisal of paradigmatic behaviorism's contribution to behavior therapy. En G.H. Eifert, & I.M. Evans (Eds.), *Unifying behavior therapy. Contributions of paradigmatic behaviorism* (pp. 293-317). New York: Springer.

EWART, C.K., TAYLOR, C.B., KRAEMER, H.C., & AGRAS, W.S. (1984). Reducing blood pressure reactivity during interpersonal conflict: Effects of marital communication training. *Behavior Therapy, 15,* 473-484.

EYSENCK, H.J. (1950). Function and training of the clinical psychologist. *Journal of Mental Science, 96,* 710-725.

EYSENCK, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 16,* 319-324.

EYSENCK, H.J. (1957). *The dynamics of anxiety and hysteria: An experimental application of modern learning to psychiatry.* London: Routledge and Kegan Paul.

EYSENCK, H.J. (1959). Learning theory and behaviour therapy. *Journal of Mental Science, 195,* 61-75.

EYSENCK, H.J. (1960). *Behavior Therapy and the neuroses*. New York: Pergamon Press.

EYSENCK, H.J. (Ed.), (1964). *Experiments in behaviour therapy. Readings in modern methods of treating mental disorders derived from learning theory*. New York: MacMillan.

EYSENCK, H.J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield, Ill: Charles C. Thomas.

EYSENCK, H.J. (1968). A theory of the incubation of anxiety/fear responses. *Behaviour Research and Therapy, 6,* 309-321.

EYSENCK, H.J. (1969). *The effects of psychotherapy*. New York: Science House.

EYSENCK, H. J. (1970). A mish-mash of theories. *International Journal of Psychiatry, 9,* 140-146.

EYSENCK, H.J. (1976). Behaviour therapy-dogma or applied science?. En M.P. Feldman, & A. Broadhurst (Eds.), *Theoretical and experimental bases of the behaviour therapies*. London: John Wiley & Sons.

EYSENCK, H.J. (1978). Expectations as a casual elements in behavioral change. *Advances in Behavior Research and Therapy, 1,* 171-175.

EYSENCK, H.J. (1979a). The conditioning model of neurosis. *Behavioral and Brain Sciences, 2,* 155-199.

EYSENCK, H.J. (1979b). Behavior therapy and the philosophers. *Behaviour Research and Therapy, 17,* 511-514.

EYSENCK, H.J. (Ed.), (1980). *A model for personality*. New York: Springer.

EYSENCK, H.J. (1982). Neobehavioristic (S-R) theory. En G.T. Wilson, & C.M. Franks (Eds.), *Contemporary behavior therapy. Conceptual and empirical foundations* (pp. 205-276). New York: The Guildford Press.

EYSENCK, H.J. (1985). *The decline and fall of the Freudian Empire.* London: Viking.

EYSENCK, H.J. (1987a). Behavior therapy. En H.J. Eysenck, & I. Martin (Eds). *Theoretical foundations of behavior therapy* (pp. 3-35). New York: Plenum Press.

EYSENCK, H.J. (1987b). The role of heredity, environment, and “preparedness”. In the genesis of neurosis. En H.J. Eysenck, & I. Martin (Eds.). *Theoretical foundations of behavior therapy* (pp. 379-402). New York: Plenum Press.

EYSENCK, H.J. (1988). Psychotherapy to behavior therapy: A paradigm shift. En D.B. Fishman, F. Rotgers, & C.M. Franks (Eds.), *Paradigms in behavior therapy: Present and promise* (45-76). New York: Springer.

EYSENCK, H. J. (1992). The outcome problem in psychotherapy. En W. Dryden, & C. Feltham (Eds), *Psychotherapy and Its Discontents* (pp. 100-24). Philadelphia, PA: Open University Press..

EYSENCK, H.J. (1994). The outcome problem in psychotherapy: What have we learned?. *Behaviour Research and Therapy, 32*, 477-495.

EYSENCK, H.J., & BEECH, H.R. (1971). Counter conditioning and related methods. En A.E. Bergin, & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. New York: John Wiley & Sons.

EYSENCK, H.J., & RACHMAN, S. (1965). *The causes and cures of neurosis: An introduction to modern behaviour therapy based on learning theory and the principles of conditioning* . London: Routledge & Kegan Paul.

FAVELL, J.E., & McGIMSEY, J.F. (1993). Defining an acceptable treatment environment. En R. Van Houten y S. Axelrod: *Behavior Analysis and Treatment.* (pp. 25-45). New York: Plenum Press.

FALS-STEWART, W., MARKS, A., & SHAFER, B. (1993). A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 181*, 189-193.

FARMER, R.C., & WRIGHT, J.M.C. (1971). Muscular reactivity and systematic desensibilization. *Behavior Therapy, 2*, 1-10.

FAWCETT, S.B., MATHEWS, R.M., & FLETCHER, R.K. (1980). Some promising dimensions for behavioral community technology. *Journal of Applied Behavior Analysis, 13*, 505-518.

FAWZY, F.I., COUSINS, N., FAWZY, N.S., KEMENY, M.E., ELASHOFF, R., & MORTON, D. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients: I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Archives of General Psychiatry, 47*, 720-725.

FAWZY, F.I., FAWZY, N.S., HYUN, C.S., ELASHOFF, R., GUTHRIE, D., FAHEY, J.L., & MORTON, D. (1993). Malignant melanoma: Effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Archives of General Psychiatry, 50*, 681-689.

FEHRENBACH, P.A., MILLER, D.J., & THELEN, M.H. (1979). The importance of consistency of modeling behavior upon imitation: A comparison of single and multiple models. *Journal of Personality and Social Psychology, 37*, 1412-1417.

FEINSTEIN, B., & STERMAN, M.B. (1974). Effects of sensoriomotor rhythm biofeedback training on insomnia. *Proceedings of the Biofeedback Research Society*. Colorado: Spring.

FEINSTEIN, B., STERMAN, M.B., & MACDONALD, L.R. (1974). Effects of sensorimotor rhythm biofeedback training on sleep. *Sleep Research, 3*, 134 (Abstract).

FEINSTEIN, D., & KRIPPNER, S. (1988). *Personal mythology*. Los Angeles: Tarcher.

FEIXAS, G. (1990). Personal construct theory and the systemic therapies: Parallel or convergent trends?. *Journal of Marital and Family Therapy, 16*, 1-20.

FELTZ, D.L., & LANDERS, D.M. (1983). The effects of mental practice on motor skill learning and performance: A meta-analysis. *Journal of Sport Psychology, 5*, 25-57.

FENICHEL, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: Norton. (*La teoría psicoanalítica de la neurosis.* Buenos Aires: Paidos. 1984).

FERGUSON, J.M., & TAYLOR, C.G. (Eds.), (1980). *The comprehensive handbook of behavior medicine*, (Vol. 3): *Extended applications and issues*. New York: Spectrum.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1994). Modelos de evaluación conductual. En R.Fernández-Ballesteros (Ed.), *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud* (pp.60-84). Madrid: Pirámide.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1997). Prólogo. En A.W. Staats, *Conducta y personalidad. Conductismo psicológico* (pp. 9-15). Bilbao: Desclée de Brouwer.

FERSTER, C.B. (1965). Classification of behavioral pathology. En L. Krasner, & L.P. Ullman (Eds.), *Research in behavior modification: New developments and implications.* New York: Holt, Rinerhart, & Winston.

FERSTER, C.B. (1974). The difference between behavioral and conventional psychology. *Journal of Nervous and Mental Disease, 159*, 153-157.

FERSTER, C.B., NURENBERGER, J.I., & LEVITT, E.B. (1962). The control of eating. *Journal of Mathetics, 1(1*), 87-109.

FERSTER, C.B., & SKINNER, B.F. (1957). *Schedules of reinforcement*. New York: Appleton-Century-Crofts,.

FISHMAN, D.B. (1988). Pragmatic behaviorism: Saving and nurturing the baby. En D.B. Fishman, F. Rotgers, & C.M. Franks (Eds.), *Paradigms in behavior therapy: Present and promise* (pp. 254-293). New York: Springer.

FISHMAN, D.B., & FRANKS, C.M. (1992). Evolution and differentiation within behavior therapy: A theoretical and epistemological review. En D.K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy: A century of change* (pp. 159-196). Washington, DC: American Psychological Association.

FISHMAN, D.B., & FRANKS, C.M. (1997). The conceptual evolution of behavior therapy. En P.L. Wachtel, & S.L. Messer (Eds.), *Theories of psychotherapy. Origins and evolution* (pp. 131-180). Washington DC: American Psychological Association

FISHMAN, D.B., & NEIGHER, W. D. (1987). Technological assessment: Tapping a "third culture" for decision-focused psychological measurement. En D.R. Peterson & D.B. Fischman (Eds.), *Assessment for decision* (pp. 44-76). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

FISHMAN, D.B., ROTGERS, F., & FRANKS, C.M. (1988). Paradigms in wonderland: Fundamental issues in behavior therapy. En D.B. Fishman, F., Rotgers, & C.M. Franks (Eds.), *Paradigms in behavior therapy: Present and promise* (pp. 7-19). New York: Springer Publishing Company.

FLOR, H., & BIRBAUMER, N. (1991). Comprehensive assessment and treatment of chronic back pain patients without physical disabilities. En M.R. Bond, J.R. Charlton, & C.J. Wools (Eds.), *Proceedings of the Sixth World Congress on Pain* (pp. 229-234). Amsterdam: Elsevier.

FLOR, H., & BIRBAUMER, N. (1993). Comparison of the efficacy of electromyographic biofeedback, cognitive-behavioral therapy, and conservative medical interventions in the treatment of chronic musculoskeletal pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 653-658.

FLOR, H., HAAG, G., TURK, D.C., & KOEHLER, H. (1983). Efficacy of EMG biofeedback, psychotherapy, and conventional medical treatment for chronic rheumatic back pain. *Pain, 17*, 21-31.

FOA, E. B., & EMMELKAMP, P.M.G. (1983). *Failures in behavior therapy*. New York: Wiley.

FOA E.B., & GOLDSTEIN, A. (1978). Continuos response and strict response prevention in the treatment of obsessive-compulsive neurosis. *Behavior Therapy, 17*, 169-176.

FOA, E.B., & ROTHBAUM, B.O. (1989). Behavioural psychotherapy for post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry, 1*, 219-226.

FOA, E.B., ROTHBAUM, B.O., RIGGS, D.S., & MURDOCK, T.B. (1991). Treatment of post-traumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 715-723.

FOA, E., STEKETEE, G., GRAYSON, J., TURNER, R., & LATIMER, P. (1984). Deliberate exposure and blocking of obsessive-compulsive rituals: Immediate and long-term effects. *Behavior Therapy, 15*, 450-472.

FOGEL, E.R. (1987). Biofeedback-assisted musculoskeletal therapy and neuromuscular re-education. En M.S. Schwartz (Ed.), *Biofeedback: A practitioner's guide* (pp. 377-409). New York: Guilford Press.

FOLLETTE, W., & HOUT, A. (1992). Philosophical and theoretical problems for behavior therapy. *Behavior Therapy, 23*, 251-261.

FONTAINE, O. (1981). La clinique du biofeedback: Un faux pas?. *Acta Psychiatrica Belga, 81*, 213-225.

FORD, D.H., & URBAN, H.B. (1998). *Contemporary models of psychotherapy*. (2nd ed.). New York: Wiley & Sons.

FORSYTH, J.P., LEJUEZ, C.W., HAWKINS, R.P., & EIFERT, G.H. (1996). Cognitive Vs. contextual causation: Different world views but perhaps not irreconcilable. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatric, 27*, 369-376.

FOX, L. (1962). Effecting the use of efficient study habits. Journal of Mathetics, 1, 75-86.

FOXX, R.M., & AZRIN, N.H. (1972). Restitution: A method of eliminating aggressive-disruptive behavior of retarded and brain damaged patients. *Behaviour Research and Therapy, 10*, 15-27.

FOXX, R.M., & AZRIN, N.H. (1973). The elimination of autistic self-stimulatory behavior by overcorrection. *Journal of Applied Behavior Analysis, 6*, 1-14

FRANCES, A., CLARKIN, J., & PEMG, S. (1984). *Differential therapeutics in psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.

FRANK, J.D. (1961). *Persuasion and healing*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

FRANK, J.D. (1973). *Persuasion and healting: A compartive study of psychotherapy* (2nd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

FRANK, J. D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. En J. H. Harvey, & M. M. Parks (Eds.), *The Master Lecture Series. Psychotherapy research and behavior change* (Vol. 1, pp. 73-122). Washington, DC: American Psychological Association.

FRANK, J. D. (1985). Therapeutic components shared by all psychotherapies. En M. Mahoney, & A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy* (pp. 39-80). New York: Plenum Press.

FRANKS, C.M. (Ed.), (1964). *Conditioning techniques in clinical practice and research*. New York : Springer.

FRANKS, C.M. (Ed.), (1969a). *Behavior therapy :Appraisal and status*. New York: Mc.Graw-Hill.

FRANKS, C.M. (1969b). Behavior therapy and its Pavlovian origins: Review and perspectives. En C.M. Franks (Ed.), *Behavior therapy: Appraisal and status*. New York: McGraw-Hill.

FRANKS, C. M., (1981). 2081: Will we be many or one or none? *Behavioural Psychotherapy, 9*, 287-290.

FRANKS, C.M. (1984a). The place of theory and concept in a world of practice and doing: A clinician's guide to the behavioral galaxy. En C.M. Franks (Ed.), *New developments in behavior therapy. From research to clinical application* (pp. 1-19). New York: The Haworth Press.

FRANKS, C.M. (1984b). On conceptual and technical integrity in psychoanalysis and behavior therapy: Two fundamentally incompatible systems. En H. Arkowitz, & S. Messer (Eds.), *Psychoanalytic Therapy and Behavior Therapy*. New York: Plenum Press.

FRANKS, C. M., (1987). Behavior therapy and AABT: Personal recollections, conceptions, and misconceptions. *The Behavior Therapist, 10*, 171-174.

FRANKS, C.M., & ROSENBAUM, M. (1983). Behavior therapy: Overview and personal reflections. En M. Rosenbaum, C.M. Franks, & Y. Jaffe (Eds.), *Perspectives on behavior therapy in the eighties* (pp. 3-16). New York: Springer.

FRANKS, C.M., & WILSON, G.T. (1973). The nature of behavior therapy: Commentary. En C.M. Franks, & G.T. Wilson (Eds.), *Annual Review of Behavior Therapy. Theory & Practice* (pp. 1-8). New York: Brunner/Mazel.

FRANKS, C.M., & WILSON, G.T. (1974). The nature of behavior therapy: Recurring problems and issues. En C.M. Franks, & G.T. Wilson (Eds.), *Annual Review of Behavior Therapy. Theory & Practice* (pp. 1-9). New York: Brunner/Mazel.

FRANSELLA, F. (1988). PCT: Still radical thirty years on?. En F. Fransella, & L. Thomas (Eds.), *Experimenting with Personal Construct Psychology.* London: Routledge & Kegan Paul.

FRANSELLA, F., & CRIP, A.H. (1979). Comparison of weight concepts in groups of (a) neurotic (b) normal and (c) anorexic females. *British Journal of Psychiatry, 134*, 79-86.

FREELING, N.W., & SHEMBERG, K.M. (1970). The alleviation of test anxiety by systematic desensitization. *Behavior Research and Therapy, 8* ,293-299.

FREEMAN, A., SIMON, K., BEUTLER,L., & ARKOWITZ, H. (1989). *Comprehensive handbook of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.

FREEMAN, A., & WHITE, D.M. (1989). The treatment of suicidal behavior. En A. Freeman, K.M. Simon, L.E. Beutler, & H. Arkowitz (Eds.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (pp. 321-346). New York: Plenum Press.

FREEMAN, C.P.L., BARRY, F., DUNKELD-TURNBULL, J., HENDERSON, A. (1988). Controlled trial of psychotherapy for bulimia nervosa. *British Medical Journal, 296*, 521-526.

FREEDMAN, R.R. (1987). Long-term effectiveness of behavioral treatments for Raynaud's disease. *Behavior Therapy, 18*, 387-399.

FREEDMAN, R.R. (1991). Physiological mechanisms of temperature biofeedback. *Biofeedback and self-regulation, 16*, 95-115.

FREEDMAN, R.R., SABHARWAL, S.C., IANNI, P., & WENING, P. (1984). Beta-adrenergic vasodilating mechanism in temperature feedback. *Psychophysiology, 21*, 577-578.

FREEDMAN, R.R., & PAPSDORF, J.D. (1976). Biofeedback and progressive relaxation treatment of sleep onset insomnia: A controlled all-night investigation. *Biofeedback and self-regulation, 1,* 253-271.

FRENCH, T. M. (1933). Interrelations between psychoanalysis and the experimental work of Pavlov. *American Journal of Psychiatry, 89,* 1165-1203.

FREUD, S. (1968). El carácter y el erotismo anal. En *Obras completas* (Vol I, pp. 958-960). Madrid: Biblioteca Nueva. (Original, 1908).

FRIEDMAN, D.A. (1968). New technique for desensitization. En H. Freeman, (Ed.), *Progress in behavior therapy*. Bristol: Wright.

FRIMAN, P., ALLEN, K., KERWIN, M., & LARZELERE, R. (1993). Changes in modern psychology: A citation analysis of Kuhnian displacement thesis. *American Psychologist, 48,* 658-664.

FROTHWITH, R.A., & FOREYT, J.P. (1978). Aversive conditioning treatment of overweight. *Behavior Therapy, 9,* 861-872.

FUCHS, C.Z., & REHM, L.P. (1977). A self-control behavior therapy program for depression. *Journal of Counseling and Clinical Psychology, 45,* 206-215.

GAARDER, K.R., & MONTGOMERY, P.S. (1981). *Clinical biofeedback. A procedural manual for behavioral medicine* (2nd ed). Baltimore: Williams, & Wilkins.

GAGNE, R.M. (1964). Problem solving. En A.W. Melton (Ed.), *Categories of human learning* (pp., 293-317). New York: Academic Press.

GAINER, J. (1981). Conductas obsesivo-compulsivas. En R. Ladouceur, M.A. Bouchard y L. Granger (Eds.), *Principios y aplicaciones de las terapias de conducta* (pp. 237-261). Madrid: Editorial Debate. (Original: Edisem. Inc., 1977).

GALLATIN, J. (1983). *Abnormal psychology. Concepts, issues and trends*. New York: McMillan.

GANTT, W.H., & MUNCIE, W. (1942). Analysis of the mental defect in chronic Korsakov's psychosis by means of the conditioned reflex method. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital, 70,* 467-487.

GARDNER, R.A. (1966). On box score methodology as illustrated by three reviews of overstraining reversal effects. *Psychological Bulletin, 66,* 416-418.

GARFIELD, S.L. (1971). Research on client variables in psychotherapy. En A.E. Bergin, & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. New York: John Wiley & Sons.

GARFIELD, S.L. (1980). *Psychotherapy: An eclectic approach*. New York: John Wiley & Sons.

GARFIELD, S.L. (1982). Eclecticism and integration in psychotherapy. *Behavior Therapy, 13,* 610-623.

GARFIELD, S. L., & KURTZ, R. (1976). Clinical psychologists in the 70s. *American Psychologist, 31,* 1-9.

GARFIELD, Z.H., DARWIN, P.L., SINGER, V.A., & MCBREATY, J.F. (1967). Effect of in vivo training on the experimental desensitization of a phobia. *Psychological Reports, 20,* 515-519.

GARGALLO, B., y RUIZ, M.A. (1994). Aprender a aprender. Dos procedimientos de enseñanza de estrategias de resolución de problemas matemáticos en 8º de EGB. *Bordon, 46,* 19-34.

GARLINGTON, W.K., & DERICCO, D.A. (1977). The effect of modeling on drinking rate. *Journal of Applied Behavior Analysis, 10,* 207-211.

GARRIDO, F. (1996). Psicoterapia: concepto, fundamentos y tendencias actuales. En M. Garrido y G. Martínez (Eds.), *Psicoterapia: modelos contemporáneos y aplicaciones* (pp.23-59). Valencia: Promolibro.

GAUPP, L.A., STERN, R.M., & GALBRAITH, G.G. (1972). False heart-rate feedback and reciprocal inhibition by aversion relief in the treatment of snake avoidance behavior. *Behavior Therapy, 3,* 7-20.

GELDER, M.G., BANCROFT, J.H.J., GATH, D.H., JOHNSTON, D.W., MATHEWS, A.M., & SHAW, P.M. (1973). Specific and non-specific factors in behaviour therapy. *British Journal of Psychiatry, 123,* 445-462.

GELFAND, D. M., & HARTMANN, D. P. (1975). *Child behavior. Analysis and Therapy*. New York: Pergamon Press Inc.

GERGEN, K. (1982). *Towards transformation in social knowledge*. New York: Springer-Verlag.

GERGEN, K. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist, 40,* 266-275.

GERGEN, K. (1992). Toward a postmodern psychology. En S. Kvale (Comp.). *Psychology and postmodernism*. London: Sage Publications.

GERGEN, K. (1994) *Toward transformation in social knowledge* (2nd. ed.). London: Sage Publications.

GERSHMAN, L., & BAJTELSMIT, J. (1973). *A comparison of the efficacy of covert positive reinforcement, covert negative reinforcement and systematic desensitization in the alleviation of test anxiety.* Comunicación presentada en el Congreso de la Association for the Advancement of Behavior Therapy. Miami.

GERSHMAN, L., & STEDMAN, J.M. (1971). Oriental defense exercises as reciprocal inhibitors of anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 2,* 117-119.

GERSHONE, J.R., ERRICKSON, E.A., MITCHELL, J.E., & PAULSON, D.A. (1977). Behavioral comparison of a token economy and a standard psychiatric treatment ward. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 8,* 381-385.

GEWIRTZ, J.L. (1971). The roles of overt responding and extrinsic reinforcement in "self"- and "vicarious-reinforcement" phenomena and in "observational learning" and imitation. En R.Glaser (Ed.), *The nature of reinforcement: A symposium of the learning research and development center, University of Pittsburgh* (pp. 279-309). New York: Academic Press.

GILES, T.R. (1993). Consumer advocacy and effective psychotherapy. The managed care alternative. En T.R. Giles, (Ed.), *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 481-488). New York: Plenum Press.

GILLAN, P., & RACHMAN, S. (1974). An experimental investigation of desensitization in phobic patients. *British Journal of Psychiatry, 124,* 392-401.

GLASGOW, R.E. (1975). In vivo prolonged exposure in treatment of urinary retention. *Behavior Therapy, 6,* 701-702

GLASGOW, R.E., & ROSEN, G.M. (1979). Self-help behavior therapy manuals: Recent developments and clinical usage. *Clinical Behavior Therapy Review, 1,* 1-20.

GLASS, G.V. (1976). Primary, secondary, and meta-analysis of research. *Educational Researcher, 5,* 3-8.

GLENWICK, D., & JASON, L. (Eds.), (1980). *Behavioral community psychology: Progress and prospects*. New York: Praeger.

GLUHOSKI, V.L., y YOUNG, J.E. (1997) El estado de la cuestión en la terapia centrada en esquemas. En I. Caro (Comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas* (pp. 223-234). Barcelona: Paidós.

GLYNN, S.M. (1990). Token Economy Approaches for Psychiatric and Pitfalls over 25 years. *Behavior Modification, 14*, 383-407.

GOLD, J.R. (1990). Culture, history, and psychotherapy integration. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy, 9*, 41-48.

GOLD, J.R. (1993). The sociohistorical context of psychotherapy integration. En G. Stricker, & J.R. Gold (Eds.), *Comprehensive handbook of psychotherapy integration* (pp. 3-8). New York: Plenum Press.

GOLD, J.R., & WACHTEL, P. L. (1993). Cyclical psychodynamics. En G. Stricker, & J. R. Gold (Eds.), *Comprehensive handbook of psychotherapy integration* (pp. 59-72). New York: Plenum Press.

GOLD, S., & NEUFELD, I.L. (1965). A learning approach to the treatment of homosexuality. *Behaviour Research and Therapy, 2*, 201-204.

GOLDFRIED, M.R. (1971). Systematic desensitization as a training in self-control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37, 228-234.

GOLDFRIED, M.R. (1973). Reduction of generalized anxiety trough a variant of systematic desensitization. En M.R. Goldfried, & M. Merbaum (Eds.), *Behavior Change Through Self-Control* (pp. 297-304). New York: Holt, Rinehart & Winston.

GOLDFRIED, M.R. (1977). The use of relaxation and cognitive relabeling as coping skills. En R.B. Stuart (Ed.), *Behavioral self-management*. New York: Brunner/Mazel.

GOLDFRIED, M.R. (1979). Anxiety reduction through cognitive behavioral interventions. En P. Kendall, & S.D. Hollon, (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions: theory, research and procedures*. New York: Academic Press.

GOLDFRIED, M.R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist, 35*, 991-999.

GOLDFRIED, M.R. (1982a). *Converging themes in psychotherapy: Trends in psychodynamic, humanistic, and behavioral practice.* New York: Springer.

GOLDFRIED, M.R. (1982b). On the history of therapeutic integration. *Behavior Therapy*, 13, 572-593.

GOLDFRIED, M.R. (1988). Application of rational restructuring to anxiety disorders. *The Counseling Psychologist, 16*, 50-68.

GOLDFRIED, M.R. (199l). Research issues in psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration, 1*, 5-25.

GOLDFRIED, M.R., DECENTECEO, E.T., & WEIMBERG, L. (1974). Systematic rational restructuring as a self-control technique. *Behavior Therapy, 5*, 247-254.

GOLDFRIED, M.R., & DAVISON, G.C. (1976). *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

GOLDFRIED, M.R., & DAVISON, G.C. (1994). *Clinical Behavior Therapy* (Exp. Ed.). New York: Wiley.

GOLDFRIED, M.R, & GOLDFRIED, A.P. (1977). Importance of hierarchy content in the self-control of anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45,* 124-134.

GOLDFRIED, M.R, & GOLDFRIED, A.P. (1980). Cognitive change methods. En F.H. Kanfer y A.P. Goldstein (Eds.), *Helping people change. A textbook of methods* (2nd. ed., pp. 97-130). New York: Pergamon.

GOLDFRIED, M.R., LINEHAN, M.M., & SMITH, J.L. (1978). The reduction of test anxiety through rational restructuring rational restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46,* 32-39.

GOLDFRIED, M.R., & MERBAUM, M. (1973). *Behavior change through self-control*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

GOLDFRIED, M.R., & NEWMAN, C. (1986). Psychotherapy integration: An historical perspective. En J. C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy* (pp. 25-61). New York: Brunner/Mazel.

GOLDFRIED, M.R., & PADAWER, W. (1982). Current status and future directions in psychotherapy. En M.R. Goldfried (Ed.), *Converging themes in psychotherapy* (pp. 3-49). New York: Springer.

GOLDFRIED, M.R., & SAFRAN, J.D. (1986). Future directions in psychotherapy integration. In J. C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy* (pp. 463-483). New York: Brunner/Mazel.

GOLDFRIED, M.R., & STRUPP, H.H. (1980). Empirical clinical practice: A dialogue on rapprochement. Comunicación presentada *al Meeting for the Association for advancement of behavior therapy*. New York: noviembre de 1980

GOLDIAMOND, I. (1962). The maintenance of ongoing fluent verbal behavior and stuttering. *Journal of Mathetics, 1(2),* 57-95.

GOLDIAMOND, I. (1965). Self-Control procedures in personal behavior problems. *Psychological Reports, 17,* 851-868.

GOLDIAMOND, I. (1984). Training parent trainers and ethicists in nonlinear analysis of behavior. En R. F. Dangel, & R. A. Polster (Eds.), *Parent training: Foundations of research and practice* (pp. 504-546). New York: Guilford Press.

GOLDSTEIN, A.P. (1973). *Structured learning therapy*. New York: Academic Press.

GOLDSTEIN, A.P., & DEAN, S.J. (1966). *The investigation of psychotherapy: Commentaries and readings.* New York: John Wiley & Sons.

GOLDSTEIN, A.P., & KANFER, F.H. (1979). *Maximizing treatment gains: Transfer enhancement in psychotherapy*. New York: Academic Press.

GOLDSTEIN, A.J., SERBER, M., & PIAGET, G. (1970). Induced anger as reciprocal inhibitor of fear. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 1,* 67-70.

GOLDSTEIN, A.P., & STEIN, N. (1976). *Prescriptive psychotherapies*. New York: Pergamon Press.

GONDRA, J.M. (1990). *La psicología moderna*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

GONÇALVES, O.F. (1994). From epistemological truth to existential meaning in cognitive narrative psychotherapy. *Journal of Constructivist Psychology, 7,* 107-118.

GONÇALVES, O.F. (1997a). El estado de la cuestión en la psicoterapia cognitivo-narrativa. En I. Caro (Comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas* (pp. 339-350). Barcelona: Paidós.

GONÇALVES, O.F. (1997b). El proceso terapéutico en la psicoterapia cognitivo-narrativa. En I. Caro (Comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas* (pp. 351-370). Barcelona: Paidós.

GORDON, W.J.J. (1961). Synetics. New York: Harper & Row.

GORDON, S.B., & DAVIDSON, N. (1981). Behavioral Parent Training. En A.S. Gurman, & D.P. Kniskern, *Handbook of family therapy*. New York: Brunner/Mazel.

GOTESTAM, K.G., & MELIN, G.L. (1983). Extinción encubierta de la adicción a las anfetaminas. En D. Upper y J.R. Cautela (Eds.), *Condicionamiento encubierto* (pp. 185-188). Bilbao: Desclée de Brouwer (Original: Pergamon Press, 1977).

CRAGAN, M.K., & DEFFENBACHER, J.L. (1984). Anxiety management training and relaxation as self-control in the treatment of generalized anxiety in medical outpatients. *Journal of Counseling Psychology, 31,* 123-131.

GRAZIANO, A.M. (1971). Behavior therapy with children. Chicago: Aldine. (Traducción: Fontanella, 1977).

GREEN, B., & BLANCHARD, E.B. (1994). Cognitive therapy for irritable bowel syndrome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62,* 576-582.

GREENBERG, L., & PASCUAL-LEONE, J. (1995). A dialectical constructivist approach to experiential change. En R.A. Neimeyer, & M-J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in Psychotherapy* (169-191). Washington, DC: American Psychological Association.

GREENBERG, L.S., & SAFRAN, J.D. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change*. New York: The Guildford Press.

GREENBERG, L.S., & SAFRAN, J. D. (1989). Emotion in psychotherapy. *American Psychologist, 44,* 19-29.

GRENCAVAGE, L.M., & NORCROSS, J.C. (1990). Where are the commonalties among the therapeutic common factors?. *Professional Psychology: Research and Practice,* 21, 372-378.

GREYSON, J.B., FOA, E.A., & STEKETEE, G. (1985). Obsessive-compulsive disorder. En M.Hersen, & A.S. Bellack (Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy with adults* (pp. 133-165). New York: Plenum.

GRINKER, R.R. (1976). Discussion of Strupp's, "Some critical comments on the future of psychoanalytic therapy". *Bulletin of the Menninger Clinic, 40,* 247-254.

GUEVREMONT, D.C., OSNES, P.G., & STOKES, T.F. (1988). The functional role of verbalizations in the generalization of self-instructional training with children. *Journal of Applied Behavior Analysis, 21,* 45-55.

GUEVREMONT, D.C, TISHELMAN, A.C., & HULL, D.B. (1985). Teaching generalized self-control to attention-deficit boys with mothers as adjunct therapists. *Child and Family Behavior Therapy, 7,* 23-36

GUIDANO, V. F. (1984). A constructivist outline of cognitive processes. En M. A. Reda, & M. J. Mahoney (Eds.), *Cognitive psychotherapies: Recent developments in theory, research, and practice*. Cambridge, MA: Ballinger.

GUIDANO, V.F. (1987). *Complexities of the self. A developmental approach to psychopathology and therapy.* New York: The Guildford Press.

GUIDANO, V.F. (1991). The self in process. New York: The Guildford Press. (Traducción: Paidós, 1994).

GUIDANO, V.F. & LIOTTI, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders.* New York: The Guildford Press.

GUIDRY, L.S. (1974). Covert reinforcement in the treatment of test anxiety. *Journal of Counseling Psychology, 21,* 260-264.

GURMAN, A.S. (1981). Integrative marital therapy: Toward the development of an interpersonal approach. En S. Budman (Ed.), *Forms of brief therapy* (pp. 415-457). New York: The Guildford Press.

GUTHRIE, E.R. (1952). *The psychological of learning* (2nd. ed.). New York: Harper & Row.

HAAGA, D.A.F., & DAVISON, G.C. (1989). Outcome studies of rational-emotive therapy. En M.E. Bernard, & R. DiGiuseppe (Eds.), *Inside rational-emotive therapy: A critical appraisal of the theory and therapy of Albert Ellis.* San Diego, CA: Academic Press.

HAAGA, D.A.F., & DAVISON, G.C. (1993). An appraisal of rational-emotive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 215-220.

HAAGA, D.A.F., DYCK, M.J., & ERNST, D. (1991). Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological Bulletin, 110,* 215-236.

HAAS, J.R., ROSENFARD, I.S., & HAYES, S.C. (1987). Back to basics: The formation of a special interest group concerned with the contribution of philosophy, theory, and basic research to behavior therapy. *Behavior Therapist, 4,* 88.

HAFNER, J., & MARKS, I. (1976). Exposure in vivo of agoraphobics: Contributions of diazepam, group exposure, and anxiety evocation. *Psychological Medicine, 6,* 71-88.

HALEY, J. (1976). *Problem solving therapy.* San Francisco: Jossey Bass.

HALL, R.A., & HINKLE, J.E. (1972). Vicarious desensitization of test anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 10,* 407-410.

HALL, S.M., MUÑOZ, R.F., & REUS, V.I. (1994). Cognitive-behavioral intervention increases abstinence rates for depressive-history smokers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62,* 141-146.

HALL, R., SACHS, D. & HALL, S. (1979). Medical risk and therapeutic effectiveness of rapid smoking. *Behavior Therapy, 10,* 249-259.

HALLAM, R.S. (1987). Prospects for theoretical progress in behavior therapy. En H.J. Eysenck, & I. Martin (Eds.) *Theoretical foundations of behavior therapy* (pp. 315-329). New York: Plenum Press.

HALLAM, R.S., RACHMAN, S. & FALKOWSKI, W. (1972). Subjective, attitudinal and physiological effects of electrical aversion therapy. *Behaviour Research and Therapy, 10,* 1-13.

HAMILTON, V. (1979). An information processing approach to neurotic anxiety and the schizophrenia. En V. Hamilton, & D.M. Warburton (Eds.), *Human stress and cognition: An information processing approach.* Chichester: John Wiley & Sons.

HAMILTON, V. (1980). An information processing analysis of environmental stress and life crises. En I.G. Saranson, & C.D. Spielberger (Eds.), *Stress and anxiety. Vol. VII.* Washington, D.C.: Hemisphere.

HAMMEN, C.L., JACOBS, M., MAYOL, A., & COCHRAN, S.D. (1980). Dysfunctional cognitions and effectiveness of skills and cognitive-behavioral assertion training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48,* 685-695.

HAND, I., LAMONTAGNE, Y., & MARKS, I.M. (1974). Group exposure (flooding) in vivo for agoraphobics. *British Journal of Psychiatry, 124,* 588-602.

HAND, I., LAMONTAGNE, & MARKS, I.M. (1975). Group exposure in vivo for agoraphobics. En C.M. Frank, & G.T. Wilson (Eds.), *Anual review of behavior therapy, theory and practice*. New York: Bunner- Mazel.

HARRÉ, R. (1994). *The discursive mind.* New York: Sage Publications.

HART, J. (1983). *Modern eclectic therapy: A functional orientation to counseling and psychotherapy*. New York: Plenum Press.

HARVEY, J.H. (1989). People's naive understandings of their close relationships: Attributional and personal construct perspectives. *International Journal of Personal Construct Psychology, 2*, 37-48.

HARVEY, J.H., ICKES, W.I., & KIDD, R.F. (Eds.), (1978). *New directions in attribution research*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.

HAURI, P. (1976). A case series analysis of 141 consecutive insomniacs evaluated at the Dartmouth Sleep Lab. *Sleep Research, 5*.(Abstract).

HAURI, P. (1978). Biofeedback techniques in the treatment of chronic insomnia. En R.L. Williams, & I. Karacan (Eds.), *Sleep disorders: Diagnosis and treatment*. New York: Wiley.

HAURI, P. (1981). Treating psychophysiologic insomnia with biofeedback. *Archives of General Psychiatry, 38*, 752-758.

HAWKINS, R.P. (1979). The functions of assessments: Implications for selection and development of devices for assessing repertories in clinical, educational, and other settings. *Journal of Applied Behavior Analysis, 12*, 501-516.

HAY, W.M, HAY, L.R., & NELSON, R.O. (1983). Adaptación de los procedimientos de modelado encubierto al tratamiento del alcoholismo crónico y de la conducta obsesivo-compulsiva: dos informes de casos. En D. Upper y J.R. Cautela (Eds.), *Condicionamiento encubierto* (pp. 248-253). Bilbao: Desclée de Brouwer (Original: Pergamon Press, 1977).

HAYNES, S.N., SIDES, H., & LOCKWOOD, G. (1977). Relaxation instructions and frontalis electromyographic feedback intervention with sleep-onset insomnia. *Behavior Therapy, 8*, 649-652.

HAYEK, F.A. (1952). *The sensory order.* Chicago: University of Chicago Press.

HAYEK, F.A. (1982). The sensory order after 25 years. En W. B. Weimer, & D. S. Palermo (Eds.), *Cognition and the symbolic processes* (Vol. 2). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

HAYES, S.C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. En N.S. Jacobson (Ed.). *Psychotherapists in clinical practice. Cognitive and behavioral perspective* (pp. 327-387). New York: The Guilford Press.

HAYES, S.C., FOLLETTE, W.C., & FOLLETTE, V.M. (1995). Behavior therapy: A contextual approach. En A.S. Gurman, & S.B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies. Theory and practice* (pp. 128-181). New York: The Guilford Press.

HAYES, S. C., HAYES, L. & REESE, H. (1988). Finding the philosophical core: A review of Stephen Pepper's World Hypotheses. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 50*, 119-137.

HAYES, S.C., McCURRY, S.M., AFARI, N., & WILSON, K. (1995). *Acceptance and commitment therapy (ACT). A therapy manual for the treatment of emotional avoidance*. Reno, NV: Context Press.

HAYES, S.C., RINCOVER, A., & SOLNICK, J.V. (1980). The technical drift of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis, 13*, 275-285.

HAYES, S.C., STROSAHL, K., & WILSON, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: Understanding the treating human suffering.* New York: Guilford Press.

HAYES, S.C., & WILSON, K.G. (1994). Acceptance and Commitment Therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst, 17*, 289-303.

HEATON, R.C., & SAFER, D.J. (1982). Secondary school outcome following a junior high school behavioral program. *Behavior Therapy, 13*, 226-231.

HECKEL, R.B., WIGGINS, S.L., & SALZBERG, H.C. (1962). Conditioning against silences on group therapy. *Journal of Clinical Psychology, 18*, 216-217.

HEIDEGGER, M. (1951). *El ser y el tiempo*. Méxixo: Fondo de Cultura Económica. (Original: 1927).

HEIDER, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations.* New York: Wiley.

HEIMAN, J., LoPICCOLO, L., & LoPICCOLO, J. (1976). *On becoming orgasmic: A program of sexual growth for women*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

HEKMAT, H. (1972). The role of imagination in semantic desensitization. *Behavior Therapy, 3*, 223-231.

HEKMAT, H. (1973). Systematic versus semantic desensitization and implosive therapy: A comparative study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 40*, 202-209.

HEKMAT, H., & VANIAN, D. (1971). Behavior modification trough covert semantic desensitization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 36*, 248-251.

HELD, B. (1995). *Back to reality: A critique of postmodern theory in psychotherapy.* New York: W.W. Norton & Co.

HELLER, K., & MARLATT, G.A. (1969). Verbal conditioning, behavior therapy, and behavior change: Some problems in extrapolation. En C.M. Franks (Ed.), *Behavior therapy: Appraisal and status.* New York: McGraw-Hill.

HEMSLEY, D.R. (1978). Limitations of operant procedures in the modification of schizophrenic functioning: The possible relevance of studies of cognitive disturbance. *Behavioral Analysis and Modification, 2*, 165-173.

HEPPNER, PP., NEAL, G.W., & LARSON, L.M. (1984). Problem-solving training as prevention with college students. *Personnel and Guidance Journal, 62*, 514-519.

HEPPNER, PP., & PETERSEN, C.H. (1982). The development and implications of a personal problem solving inventory. *Journal of Counseling Psychology, 29*, 66-75.

HERBERT, J.D., & MUESER, K.T. (1992). Eye movement desensitization: A critique of the evidence. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 23*, 169-174.

HERMAN, R.A., & HEESACKER, M. (1991). A developing model of exploratory psychotherapeutic research: The process within the process. *International Journal of Personal Construct Psychology, 4*, 409-425.

HERSEN , M. (1979). Limitations and problems in the clinical application of behavioral techniques in psychiatric setting. *Behavior Therapy, 10*, 65-80.

HERSEN, M., EISLER, R.M., & MILLER, P.M. (1974). An experimental analysis of generalization in assertive training. *Behaviour Research and Therapy, 12*, 295-310.

HERZBERG, A. (1945). *Active Psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.

HIGGINS, S.T., BUDNEY, A. J., BICKEL, W.K., FOEG, F.E., DONHAM, R., & BADGER, G.J. (1994). Incentives improve patient outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Archives of general psychiatry, 51*, 568-576.

HIGGINS, S.T., BUDNEY, A.J., BICKEL, W.K., HIGHES, J.R., FOEG, F., & BADGER, G. (1993). Achieving cocaine abstinence with a behavioral approach. *American Journal of Psychiatry, 150*, 763-769.

HILGARD, E.R., & MARQUIS, D.G. (1940). *Conditioning and learning*. New York: Appleton-Century.

HILL, R.D., RIGDON, M., & JOHSON, S. (1993). Behavioral smoking cessation treatment for older chronic smokers. *Behavior Therapy, 24*, 321-329.

HILL, C.E. (1990). Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58(3),* 288-294.

HODGSON, R.J. (1975). Traitement et classification des troubles obsessifs-compulsifs. En G. Trudel, & Y. Lamontagne (Eds.), *Modification du comportemen en milieu clinique et en èducation*. Montreal: Association des Spècialistes en Modification en Comportement.

HODGSON, R., RACHMAN, S., & MARKS, I.M. (1972). The treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis: follow-up and further finding. *Behaviour Research and Therapy, 10*, 181-189.

HOFFMAN, L. (1992). A reflexive stance for family therapy. En S. McNamee, & K.J. Gergen (Eds.), *Therapy as Social Construction* (pp. 7-24). Newbury Park, CA: Sage Publications.

HOGAN, R.A. (1966). Implosive therapy in the short term treatment of psychotics. *Psychotherapy: Theory, research and practice, 3*, 25-31.

HOGAN, R.A. (1968). The implosive technique. *Behaviour Research and Therapy, 6*, 423-431.

HOGAN, R.A., & KIRCHNER, J.A. (1967). A preliminary report of the extinction of learned via short term implosive therapy. *Journal of Abnormal Psychology, 72*, 106-111.

HOGARTY, G.E., ANDERSON, C.M., & REISS, D.J. (1986). Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 43*, 633-642.

HOLLAND, C.J. (1970). An interview guide for behavioural counseling with parents. *Behavior Therapy, 1*, 70-79.

HOLLON, S.D., & BECK, A.T. (1979). Cognitive therapy of depression. En P.C. Kendall, & S.D. Hollon (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research, and procedures* (pp. 153-203). London: Academic Press.

HOLLON, S.D., & BECK, A.T. (1986). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. En S.L. Garfield, & A.E. Bergin (Comps.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 443-482). New York: John Wiley & Sons.

HOLLON, S.D. & BECK, A.T. (1994). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. En S.L. Garfield & A.E. Bergin (Comps.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th. Ed.). New York: John Wiley & Sons.

HOLLON, S.D. & KENDALL, P.C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research, 4*, 383-395.

HOLLON, S.D., SHELTON, R.C., & DAVIS, D.D. (1993). Cognitive therapy for depression: Conceptual issues and clinical efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 270-275.

HOLROYD, K.A. (1976). Cognition and desensitization in the group treatment of test anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44*, 991-1001.

HOLROYD, K.A., & PENZIEN, B.B. (1990). Pharmacological versus non-pharmacological prophylaxis of recurrent migraine headache: A metaanalytic review of clinical trials. *Pain, 42,* 1-13.

HOMME, L.E. (1965). Perspectives in psychology: XXIV. Control of coverants, the operants of the mind. *Psychological Records, 15,* 501-511.

HOMME, L., CSANYI, A.P., GONZALEZ, M.A., & RECHS, J.R. (1970). *How to use contingency contracting in the classroom*. Champaign, IL: Research Press.

HOPE, D.A., HEIMBERG, R.G., & BRUCH, M.A. (1995). Dismantling cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 33,* 637-650.

HOROWITZ, M.J. (1988). *Introduction to psychodynamics: A new synthesis*. New York: Basic Books.

HORVATH, A., & LUBORSKY, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 561-573.

HOUSTON, B.K., & HOLMES, D.S. (1974). Effect of avoidant thinking and reappraisal for coping with threat involving temporal uncertainty. *Journal of Personality and Social Psychology, 30,* 382-388.

HOVEY, H.B. (1959). The questionable validity of some assumed antecedents of mental illness. *Journal of Clinical Psychology, 15,* 270-272.

HOWARD, A.R., & KELLY, G.A. (1954). A theoretical approach to psychological movement. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 49,* 399-404.

HOWARD, K.I., KOPTA, S.M., KRAUSE, M.S., & ORLINSKY, D.E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist, 41,* 159-164.

HUGHES, C., & RUSCH, F.R. (1989). Teaching supported employees with severe mental retardation to solve problems. *Journal of Applied Behavior Analysis, 22,* 365-372.

HUGHES, R.C. (1983). Tratamiento del exhibicionismo mediante sensibilización encubierta. En D. Upper, y J.R. Cautela (Eds.), *Condicionamiento encubierto* (69-71). Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original: Pergamon Press, 1977).

HULL, C.L. (1937). Mind, mechanism, and adaptive behavior. *Psychological Review, 44,* 1-32.

HULL, C.L. (1943). *Principles of behavior : An introduction to behavior theory*. New York: Appleton-Century.

HULL, C.L. (1951). *Essentials of behavior*. New Haven: Yale University Press.

HULL, C.L. (1952). *A behavior system* . New Heaven: Yale University Press.

HUNG, D.W. (1977). Generalization of "curiosity" questioning behavior in autistic children. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry, 8,* 237-245.

HUNT, G.M., & AZRIN, N.H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy, 11,* 91-104.

HURLBERT, D.F., WHITE, L.C., POWELL, R.K., & APT, C. (1993). Orgasm consistency training in the treatment of women reporting hypoactive sexual desire: An outcome comparison of women-only groups and couples-only groups. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 24,* 3-13.

HUSSERL, E. (1992). *Iniciación a la fenomenología*. Barcelona: Paidós. (Original, 1925).

HUSSIAN, R.J. (1981). *Geriatric psychology: A behavioral perspective*. New York: Van Nostrand Reinhold.

HUTCHINGS, D., DENNEY, D., BASGALL, J., & HOUSTON, B. (1980). Anxiety management and applied relaxation in reducing general anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 18,* 181-190.

IBÁÑEZ, E. (1988). Prólogo a la edición española. En Mahoney-Freeman (Ed), *Cognición y Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

IBÁÑEZ, T. (1992). ¿Cómo se puede no ser constructivista hoy en día?. *Psicoterapia, 3,* 17-28.

INGRAM, R.E. (1986). *Information processing approach to clinical psychology*. London: Academic Press.

INGRAM, R.E., & SCOTT, W.D. (1990). Cognitive behavior therapy. En A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin, (Eds.), *International handbook of behavior modification and therapy,* (2nd ed., pp. 53-63). New York: Plenum Press.

ISAACS, W., THOMAS, J., & GOLDIAMOND, I. (1960). Application of operant conditioning to restate verbal behavior in psychotics. *Journal of Speech and Herding Disorders, 25,* 8-25.

ISRAEL, A.C., & O'LEARY, K.D. (1973). Developing correspondence between children words and deeds. *Child Development, 44,* 575-581.

IVERSEN, I.H. (1992). Skinner's early research: from reflexology to operant conditioning. *American Psychology, 47,* 1318-1327.

IVEY, A.E. (1986). *Developmental therapy*. San Francisco: Josey-Bass.

IVEY, A.E. (1991). *Developmental strategies*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

JACOBSON, E. (1938). *Progressive relaxation* (2ª Ed.). Chicago: University of Chicago Press.

JACOBSON, N.S. (1983). Clinical innovations in behavioral marital therapy. En K.D. Craig, & R.J. McMahon (Eds.), *Advances in clinical behavior therapy* (pp. 74-98). New York: Brunner/Mazel.

JACOBSON, N.S. (1987). *Psychotherapists in clinical practice. Cognitive and behavioral perspectives.* New York: The Guildford Press.

JACOBSON, N.S. (1991). To be or not to be behavioral when working with couples: What does it mean. *Journal of Family Psychology, 4,*436-445.

JACOBSON, N.S. (1992). Behavioral couple therapy : A new beginning. *Behavior Therapy, 23,* 493-506.

JACOBSON, N.S., & CHRISTENSEN, A. (1996). Studying the effectiveness of psychotherapy. How well can clinical trials do the job. *American Psychologist, 51,* 1031-1039.

JACOBSON, N.S., DOBSON, K.S., TRUAX, P.A., ADDIS, M.E., KOERNER, K., GOLLAN, J.K., GORTNER, E., & PRINCE, S.E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64,* 295-304.

JAMES, J.E. (1986). Review of the relative efficacy of imaginal and in vivo flooding in the treatment of clinical fear. *Behavioural Psychotherapy, 14,* 183-191.

JAMES, W. (1890). *The principles of psychology.* New York: Holt.

JANIS, I.L. (1951). *Air war and emotional stress*. New York: McGraw-Hill.

JANIS, I.L. (1958). *Psychological stress.* New York: Wiley.

JANIS, I.L. (1983). Stress inoculation in health care: Theory and research. En D. Meichenbaum y M.E. Jaremko (Eds.), *Stress reduction and prevention* (pp. 67-99). New York: Plenum Press.

JANNOUM, L., MUNBY, M., CATALAN, J., & GELDER, M. (1980). A homebased treatment program for agoraphobia: Replication and controlled evaluation. *Behavior therapy, 11,* 294-305.

JANTSCH, E. (1980). *The self-organizing universe: Scientific and human implications of the emerging paradigm of evolution.* New York: Pergamon Press.

JANTSCH, E. (Ed.), (1981). *The evolutionary vision: Toward a unifying paradigm of physical, biological, and sociocultural evolution.* Boulder, CO: Westview Press.

JASPERS, K. (1977). *Psicopatología general* (4ª ed.) Buenos Aires: Beta.

JOHNSON, D., & GATH, D. (1973). Arousal levels and attribution effects of Diazepam-assisted flooding. *British Journal of Psychiatry, 123,* 463-466.

JOHNSTON, J.M. (1972). Punishment of human behavior. *American Psychologist, 27,* 1033-1054.

JONES, E.E., KANOUSE, D.E., KELLEY, H.H., NISBETT, R.E., VALINS, S. & WEINER, E. (Eds.), (1971) *Attributions: Perceiving the causes of behavior*. Morristown, NJ: General Learning Press.

JONES, M.C. (1924). A laboratory study of fear: The case of Peter. *Pedagogical Seminary and Journal of Genetic Psychology, 31,* 308-315.

JONES, R.E. (1954). Identification in terms of personal constructs. *Tesis doctoral sin publicar*. Ohio State University.

JOYCE-MONIZ, L. (1985). Epistemological therapy and constructivism. En M. J. Mahoney, & A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy*. New York: Plenum Press.

KAHN, J.S., KEHLE, T.J., JENSON, W.R., & CLARK, E. (1990). Comparison of cognitive-behavioral, relaxation, and self-modeling interventions for depression among middle-school students. *School psychology review, 19,* 196-211.

KAHN, M., & BAKER, B. (1968). Desensitization with minimal therapist contact. *Journal of Abnormal Psychology, 72,* 198-200.

KAHNEMANN, D.,& TVERSKY, A. (1979). Prospect theory: An analysis of decision under risk. *Econometrica, 47,* 263-291.

KANFER, F.H. (1970). Self-regulation: Research, issues, and speculation. En C. Neuringer, & J.L. Michel (Eds.), *Behavior Modification in Clinical Psychology*. New York: Appleton-Century-Crofts.

KANFER, F.H. (1971). The maintenance of behavior by self-generated stimuli and reinforcement. En A. Jacobs, & L.B. Sachs (Eds.), *The psychology of private events* (pp. 39-59). New York: Academic Press.

KANFER, F.H. (1977). Self-regulation and self-control. En H. Zeir (Comp.), *The psychology of the 20th century*. Zurich: Kindler Verlag.

KANFER., F.H. (1978). Las múltiples caras del autcontrol, o la modificación de conducta cambia su centro atencional. *Análisis y Modificación de conducta, 4,* 11-61.

KANFER, F.H. (1980). Self-management methods. En F.H. Kanfer, & A.P. Goldstein, *Helping people change*, (2nd. ed. pp. 334-389). New York: Pergamon Press.

KANFER, F.H., & GAELICK, L. (1986). Self-management methods. En F.H. KANFER, & A.P. GOLDSTEIN (Eds.) *Helping people change* (3rd. ed., pp. 283-345). New York: Pergamon Press.

KANFER, F.H., & GAELICK-BUYS, L. (1991). Self-management methods. En F.H. KANFER, & A.P. GOLDSTEIN (Eds.) *Helping people change* (4th. Ed.) (pp. 305-360). New York: Pergamon Press.

KANFER, F.H., & HAGERMAN, S. (1981). The role of self-regulation. En L.P. Rehm (Comp.), *Behavior therapy for depression: Present status and future directions*. New York: Academic Press.

KANFER, F.H., & PHILLIPS, L. (1970). *Learning foundations of behavior therapy*. New York: John Wiley & Sons. (Traducción: Trillas, 1976).

KANFER, F.H., & SASLOW, G. (1969). Behavior diagnosis. En C.M. Franks (Ed.), *Behavior therapy: Appraisal and status* (pp. 417-444). New York: McGraw-Hill.

KANFER, F.H., & SCHEFFT, B.K. (1988). *Guiding the process of therapeutic change*. Champaing, IL: Research Press.

KANTER, N.J., & GOLDFRIED, M.R. (1979). Relative effectiveness of rational restructuring and self-control desensitization in the reduction of interpersonal anxiety. *Behavior Therapy, 10*, 472-490.

KAPLAN, H.S. (1974). *The new sex therapy*. New York: Brunner/Mazel.

KARASU, T. B. (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma: Toward identifying therapeutic change agents. *American Journal of Psychiatry, 143*, 687-695.

KAROL, R.L., & RICHARDS, C.S. (1978). Making treatment effects last: An investigation of maintenance strategies for smoking reduction. *Comunicación presentada en el congreso de la Association for the Advancement of Behavior Therapy*. Chicago.

KAROLY, P. (1981). Self-management problems in children. En E.J. Mash, & L.G. Terdal (Eds.), *Behavioral assessment of childhood disorders* (pp. 79-126). New York: Guilford Press.

KAROLY, P. (1993). Mechanisms of self-regulation: A systems view. *Annual Review of Psychology, 44*, 23-52.

KAROLY, P. (1995). Self-Control theory. En W. O'Donohue, & L. Krasner (Eds.), *Theories of behavior therapy* (pp. 259-285). Washington, DC: American Psychological Association.

KARRAKER, R.J. (1977). Self versus teacher selected reinforces in a token economy. *Exceptional Children, 43*, 454-455.

KATKIN, E.S. y GOLDBAND, S. (1986). Biofeedback. En F.H. Kanfer y A.P. Goldstein (Eds.), *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia* (pp. 659-711). Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original: Pergamon Press, 1980).

KAYE, K. (1971). *Learning by imitation in infants and young children*. Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Minneapolis.

KAZDIN, A.E. (1972). Response cost: The removal of conditioned reinforces for therapeutic change. *Behavior Therapy, 3*, 533-546.

KAZDIN, A.E. (1974a). Self-monitoring and behavior change. En M. Mahoney, & C. Thoresen (Eds.), *Self-control: Power to the person*. Monterey Brooks/cols.

KAZDIN, A.E. (1974b). Covert modeling, model similarity, and reduction of avoidance behavior. *Behavior Therapy, 5*, 325-340.

KAZDIN, A.E. (1975). The effects of model identity and fear relevant similarity in cover modeling. *Behavior Therapy, 5*, 624-635.

KAZDIN, A.E. (1976). Effects of covert modeling, multiple models, and model reinforcement on assertive behavior. *Behavior Therapy, 7*, 211-222.

KAZDIN, A.E. (1977). Artifact, bias, and complexity of assessment: The ABC's of reliability. *Journal of Applied Behavior Analysis, 10*, 141-150.

KAZDIN, A.E. (1978). *History of behavior modification. Experimental foundations of contemporary research.* Baltimore: University Park Press.

KAZDIN, A.E. (1980a). *Research design in clinical psychology*. New York: Harper & Row.

KAZDIN, A.E. (1980b). Acceptability of time-out from reinforcement procedures for disruptive child behavior. *Behavior Therapy, 11*, 329-344.

KAZDIN, A.E. (1982a). History of behavior modification. En A.S. Bellack, M.S. Hersen, & A.E. Kazdin, (Eds.), *International handbook of behavior modification and therapy* (pp. 3-32). New York: Plenum Press.

KAZDIN, A.E. (1982b). The token economy: A decade later. *Journal of Applied Behavior Analysis, 15*, 431-445.

KAZDIN, A.E. (1982c). Methodological strategies in behavior-therapy research. En G.T. Wilson, & C.M. Franks (Eds.), *Contemporary behavior therapy. Conceptual and empirical foundations* (pp. 403-442). New York: The Guilford Press.

KAZDIN, A.E. (1983). Modelado encubierto y reducción de la conducta de evitación. En D.Upper, y J.R. Cautela (Eds.), *Condicionamiento encubierto.* (pp. 207-220). Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original: *Journal of Abnormal Psychology, 1973, 81,* 7-95).

KAZDIN, A.E. (1986). The evaluation of psychotherapy: Research design and methodology. En S.L. Garfield, & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, (3rd. ed., pp. 23-68). New York: John Wiley & Sons.

KAZDIN, A.E. (1993a). Treatment of conduct disorder: Progress and directions in psychotherapy research. *Development and Psychopathology, 5*, 277-310.

KAZDIN, A.E. (1993b). Tratamientos conductuales y cognitivos de la conducta antisocial en niños: Avances de la investigación. *Psicología Conductual, 1*, 111-144.

KAZDIN, A.E. (1994). *Behavior modification in applied settings* (5th. ed.). Pacific Grove, CA: BrooKs/Cole.

KAZDIN, A.E. (1995a). Terapia de habilidades de solución de problemas para niños con trastornos de conducta. *Psicología Conductual, 3,* 231-250.

KAZDIN, A.E. (1995b). Methods of Psychotherapy Research. En B. Bongar y L.E. Beutler (eds.), *Comprehensive Textbook of Psychotherapy. Theory and Practice* (pp. 405-433). New York: Oxford University Press.

KAZDIN, A.E., & BOOTZIN, R.R. (1972). The token economy: An evaluative review. *Journal of Applied Behavior Analysis, 5*, 343-372.

KAZDIN, A.E., & GEESEY, S. (1977). Simultaneous-treatment design comparisons of the effects of earning reinforces for one's peers versus for oneself. *Behavior Therapy, 8*, 682-693.

KAZDIN, A.E., & GEESEY, S. (1980). Enhancing classroom attentiveness by preselection of back-up reinforces in a token economy. *Behavior Modification, 4*, 98-114.

KAZDIN, A.E., & WEISZ, J.R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 19-31.

KAZDIN, A.E., & WILCOXON, L.A. (1976). Systematic desensitization and non-specific treatment effects: A methodological evaluation. *Psychological Bulletin, 83*, 729-758.

KAZDIN, A.E., & WILSON, G.T. (1978). *Evaluation of behavior therapy: Issues, evidence and research strategies*. Cambridge, Mass.: Ballinger.

KEANE, T.M., FAIRBAND, J.A., CADDELL, J.M., & ZIMERING, R.T. (1989). Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy, 20*, 245-260.

KEEFE, F.J., CALDWELL, D.S., WILLIAMS, D.A., GIL, K.M., MITCHELL, D., ROBERTSON, C., MARTINEZ, S., NUNLEY, J., BECKHAM, J.C., & HELMS, M. (1990a). Pain coping skills training in management of osteoarthristic knee pain: A comparative study. *Behavior Therapy, 21*, 49-61.

KEEFE, F.J., CALDWELL, D.S., WILLIAMS, D.A., GIL, K.M., MITCHELL, D., ROBERTSON, C., MARTINEZ, S., NUNLEY, J., BECKHAM, J.C., & HELMS, M. (1990b). Pain coping skills training in management of osteoarthristic knee pain: II. Follow-up results. *Behavior Therapy, 21*, 435-447.

KEEHN, J.D. (1972). Schedule-dependence, schedule-induction, and the law of effect. En R.M. Gilbert, & J.D.Keehn (Eds.), *Schedule effects: Drugs, drinking, and aggression.* Toronto: University of Toronto Press.

KELLER, F.S., & SCHOENFELD, W.N. (1950). *Principles of psychology*. New York: Appleton-Century-Crofts.

KELLY, G.A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York, Norton.

KELLY, K., & STONE, G. (1987). Effects of three psychological treatments and self-monitoring on the reduction of type A behavior. *Journal of Counseling Psychology, 34*, 46-54.

KENDALL, P. C. (1982). Integration: Behavior therapy and other schools of thought. *Behavior Therapy, 13*, 559-571.

KENDALL, P.C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 100-110.

KENDALL, P.C., & BEMIS, K.M. (1983). Thought and action in psychotherapy: the cognitive-behavioral approaches. En M. Hersen, A.E. Kazdin, & A.S. Bellack, (Eds.), *The clinical psychology handbook* (pp. 565-592). New York: Pergamon Press.

KENDALL, P.C., & BRASWELL, L. (1985). *Cognitive-behavioral therapy for impulsive children.* New York: Guilford Press.

KENDALL, P.C., & HOLLON, S.D. (1979). *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research, and procedures*. New York: Academic Press.

KENDALL, P.C., & KRISS, M.R. (1983). Cognitive-behavioral interventions. En C.E. Walker (Ed.), *The Handbook of clinical psychology: Theory, research, and practice*. Illinois: Dow Jones-Irwin.

KENDALL, P.C., REBER, M., MCLEER, S., EPPS, J., & RONAN, K.R. (1990). Cognitive-behavioral treatment of conduct-disordered children. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 279-297.

KENDALL, P.C., & WILCOX, L. (1980). Cognitive-behavioral treatment for impulsivity: Concrete versus conceptual training in non-self-controlled problem children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48*, 80-91.

KENT, R.W., WILSON, G.T., & NELSON, R. (1972). Effects of false heart rate feedback on avoidance behavior: An investigation of "cognitive desensitization". *Behavior Therapy, 3*, 1-6.

KETTLEWELL, P.W., MIZES, J.S., & WASYLYSHYN, N.A. (1992). A cognitive-behavioral group treatment of bulimia. *Behavior Therapy, 23*, 657-670.

KHAN, A.V. (1977). Effectiveness of biofeedback and counterconditioning in the treatment of bronchial asthma. *Journal of Psychosomatic Research, 21*, 97-104

KIERKEGAARD, S. (1967). *El concepto de angustia*. Madrid: Espasa-Calpe. (Original, 1843).

KIERNAN, C. (1975). Behavior modification. En D. Bannister (Ed.), *Issues and approaches in the psychological therapies*. New York: John Wiley & Sons.

KIESLER, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65, 110-136.

KIESLER, D.J. (1971). Experimental designs in psychotherapy research. En A.E. Bergin, & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. New York: John Wiley & Sons.

KIHLSTROM, J.F. (1987). The cognitive unconscious. *Science, 237*, 1445-1452.

KIMBLE, G.A. (1961). *Hilgard and Marquis' conditioning and learning* (2nd. ed.).New York: Appleton-Century-Crofts.

KIMBLE, G.A. (1985). Conditioning and learning. En S. Koch, & D.E. Leary (Eds.), *A century of psychological science* (pp. 284-321). New York: McGraw-Hill.

KIMMEL, E., & KIMMEL, H.D. (1963). A replication of the operant conditioning of the GSR. *Journal of Experimental Psychology, 65*, 212-213.

KINGDON, D.G., & TURKINGTON, D. (1991). The use of cognitive behavior therapy with a normalizing rationale in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease, 179* (4), 207-211.

KIRIGIN, K.A., BRAUKMANN, C.J., ATWATER, J.D., & WOLF, M.M. (1982). An evaluation of teaching family (Achievement Place) group homes for juvenile offenders. *Journal of Applied Behavior Analysis, 15*, 1-16.

KIRSCH, Y. (1977). The definitions of artificial constructs: A malcontent' replies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 8*, 342-343.

KIRSCHENBAUM, D.S., & TOMARKEN, A.J. (1982). On facing the generalization problem: The study of self-regulatory failure. En P.C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*. (Vol. 1, pp. 119-200). New York: Academic Press.

KLERMAN, G.L., WEISSMAN, M.M., ROUNSAVILLE, B.J., & CHERVRON, E.S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.

KLINE, P. (1992). Problems of methodology in studies of psychotherapy. En W. Dryden, & C. Feltham (Eds.), *Psychotherapy and its discontent* (pp. 64-86). Philadelphia, PA: Open University.

KLOSKO, J.S., BARLOW, D.H., TASSINARI, R., & CERNY J.A. (1990). A comparison of alprazolam and behavior therapy in treatment of panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 77-84.

KOCH, H.C.H. (1983). Changes in personal construing in three psychotherapy groups and a control group. *British Journal of Medical Psychology, 56*, 245-254.

KOCH, S. (1981). The nature and limits of psychological knowledge. Lessons of a century qua "science". *American Psychologist, 36*, 257-269.

KOCH, S. (1993). "Psychology" or "The Psychological Studies"?. *American Psychologist, 48*, 902-904.

KOHLENBERG, R.J., & TSAI, M. (1987). Functional analytic psychotherapy. En N.S. Jacobson (De.), *Psychotherapist in clinical practice. Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 388-443). New York: The Guilford Press.

KOHLENBERG, R.J., HAYES, S.C., & TSAI, M. (1993). Behavior analytic psychotherapy: Two contemporary examples. *Clinical Psychology Review, 13*, 579-592.

KOHLENBERG, R.J., & TSAI, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum Press.

KOHLENBERG, R.J., TSAI, M., & DOUGHER, M.J. (1993). The dimensions of clinical behavior analysis. *The Behavior Analyst, 16*, 271-282.

KOLVIN, L. (1967). Aversive imagery treatment in adolescents. *Behaviour Research and Therapy, 5*, 245-249.

KONARSKI, E.A., Jr. (1985). The use of response deprivation to increase the academic performance of EMR students. *The Behavior Therapist, 8*, 61.

KONARSKI, E.A., JR., JOHNSON, M.R., CROWELL, C.R., & WHITMAN, T.L. (1980). Response deprivation, reinforcement, and instrumental academic performance in an EMR classroom. *Behavior Therapy, 13*, 94-102.

KORCHIN, S.J., & SCHULDBERG, D. (1981). The future of clinical assessment. *American Psychologist, 36*, 1147-1158.

KORZYBSKI, A. (1933). *Science and sanity. An introduction to non-aristotelian systems and general semantics.* Lakeville: Non-aristotelian library.

KOSTKA, M.P., & GALASSI, J.P. (1974). Systematic desensitization versus covert positive reinforcement in the reduction of test anxiety. *Journal of Counseling Psychology, 21*, 464-468.

KOZLOFF, M.A. (1974). *Educating children with learning and behavior problems*. New York: Wiley-Interscience. (Traducción: Fontanella, 1980).

KRAMER, F.M., & STALKER, L.A. (1989). Treatment of obesity. En A. Freeman, K.M. Simon, L.E. Beutler, & H. Arkowitz (Eds.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (pp. 385-401). New York: Plenum Press.

KRANTZ, D.L. (1971). The separate worlds of operant and nonoperant psychology. *Journal of Applied Behavior Analysis, 4*, 61-70.

KRAPFL, J.E., & NAWAS, M.M. (1969). Client-therapist relationship factor in systematic desensitization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*, 435-439.

KRAPFL, J.E., & VARGAS, E.A. (Eds.), (1977). *Behaviorism and ethics*. Kalamazoo, Mich.: Behaviordelia.

KRASNER, L. (1962). The therapist as a social reinforcement machine. En H.H. Strupp and L. Luborsky (Eds.), *Research in psychotherapy* (Vol. II). Washington, D.C.: American Psychological Association.

KRASNER, L. (1971). Behavior Therapy. *Annual Review of Psychology, 22*, 483-532.

KRASNER, L. (1982). Behavior therapy: On roots, contexts, and growth. En G.T. Wilson, & C.M. Franks (Eds.), *Contemporary behavior therapy. Conceptual and empirical foundations*. New York: The Guilford Press.

KRASNER, L. (1988). Paradigm lost: On a historical/sociological/economic perspective. En D.B. Fishman, F. Rotgers, & C.M. Franks (Eds.), *Paradigms in behavior therapy: Present and promise* (pp. 23-44). New York: Springer.

KRASNER, L. (1990). History of behavior modification. En A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.), *International handbook of behavior modification and therapy*. (2nd ed., pp. 1-25). New York: Plenum Press.

KRASNER, L. (1992). The concepts of syndrome and functional analysis: Compatible or incompatible?. *Behavioral Assessment, 14*, 307-321.

KRASNER, L., & HOUTS, A.C. (1984). A study of the 'value' systems of behavioral scientists. *American Psychologist*, 39, 840-850.

KRASNOGORSKI, N.I. (1925). The conditioned reflexes and children's neuroses. *American Journal of Diseases in Children, 30*, 735-768.

KRATOCHWILL, T.R., & MACE, F.C. (1984). Time-series research in psychotherapy. En M.Hersen, L.Michelson & A.S. Bellack (Eds.), *Issues in psychotherapy research*. New York: Plenum Press.

KREBS, D.E. (1987). Biofeedback in neuromuscular re-education and gait training. En M.S. Schwartz (Ed.), *Biofeedback: A practitioner's guide* (pp. 343-376). New York: Guilford Press.

KREMSDORF, R. (1985). An extension of fixed-role therapy with a couple. En F. Epting, & A. Landfield (Eds.), *Anticipating personal construct psychology* (pp. 216-224). Lincoln: University of Nebraska Press.

KRIZ, J. (1990). Corrientes fundamentales en psicoterapia. Buenos Aires: Amorrortu Editores, S.A. (Original: Psychologie Verlags Union, 1985).

KUBIE, L.S. (1934). Relation of the conditioned reflex to psychoanalytic technique. *Archives of Neurology and Psychiatric, 32*, 1137-1142.

KUHN, T.S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.

KUHN, T.S. (1970). *The structure of scientific revolutions* (2nd. ed.). Chicago: University of Chicago Press.

KUHN, T.S. (1974). Reflections on my critics. En I. Lakatos, & A. Musgrave (Eds.), *Criticism and the growth of knowledge* (pp. 231-278). New York: Cambridge University Press.

KUHN, T.S. (1977). *The essential tension*. Chicago: University of Chicago Press.

KVALE, S. (1992). From the archaeology of the psyche to the architecture of cultural landscapes. En S. Kvale, (Comp.), *Psychology and postmodernism*. London: Sage Publications.

LABRADOR, F.J. (1982). La importancia de los diseños N=1 en la investigación en psicología clínica. *Actas del VIII congreso nacional de psicología* (pp 589-593). Santiago de Compostela.

LABRADOR, F.J. (1984). Técnicas de biofeedback. En J. Mayor y F.J. Labrador (Eds.), *Manual de modificación de conducta* (pp. 361-398). Madrid: Alhambra Universidad.

LABRADOR, F.J. (1986). Controversia sobre una posible convergencia entre los distintos acercamientos terapéuticos o de intervención. *Revista Española de Terapia del Comportamiento, 4*, 259-302.

LABRADOR, F.J. (1990). Técnicas de biofeedback. En J. Mayor y F.J. Labrador (Eds.), *Manual de Modificación de Conducta* (pp. 361-398). Madrid: Alhambra

LABRADOR, F.J. y VALLEJO, M.A. (1999). Técnicas de biofeedback. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta (pp. 627-655). Madrid: Pirámide.

LADER, M.H., & MATHEWS, A.M. (1968). A Psychological model of phobic anxiety and desensitization. *Behaviour Research and Therapy, 6*, 411-421.

LADER, M.H., & WING, L. (1966). Psychological measures, sedative drugs and morbid anxiety. *Maudsley Monographs, 14*. London: Oxford University Press.

LADOUCEUR, R. (1981a). Desensibilización sistemática. En R. Ladoucer, M.A.Bouchard, & L. Granger (Eds.), *Principios y aplicaciones de las terapias de conductas* (pp. 65-86). Madrid: Editorial Debate. (Original: Edisem. Inc., 1977).

LADOUCEUR, R. (1981b). Condicionamiento encubierto. En R. Ladouceur, M.A. Bouchard y L. Granger (Eds.), *Principios y aplicaciones de las terapias de conducta* (pp. 147-167). Madrid: Editorial Debate. (Original: Edisem Inc., 1977).

LAING, R.D. (1967). *The politics of experience.* New York: Pantheon.

LAKE, A., RANEY, J., & PAPSDORF, J.D. (1979). Biofeedback and rational emotive therapy in the management of migraine headache. *Journal of Applied Behavioral Analysis, 12*, 127-140.

LAMBERT, M.J. (1989). The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome. *Clinical Psychology Review, 9*, 469-485.

LAMBERT, M.J. (1991). Introduction to psychotherapy research. En L. W. Beutler, & M. Crago (Eds.), *Psychotherapy research. An international review of programmatic studies* (pp. 1-11). Washington: American Psychology Association.

LAMBERT, M. J., SHAPIRO, D. A., & BERGIN, A. E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. En S.L. Garfield, & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd. ed., pp. 157 -21l). New York: John Wiley & Sons.

LAMONTAGNE, Y. (1972). La thèrapie implosive (flooding) modifièe: Traitement des phobies à Londres. *Canadian Psychiatric Association Journal, 17*, 217-220.

LAMONTAGNE, Y. (1975). La thèrapie comportamentale en psychiatre infantile. *Revue de Neuropsychiatrie infantile et d`hygiène de l`enfance, 23*, 259-266.

LAMONTAGNE, Y., & LAMONTAGNE, C. (1975). *La thèrapie comportementale en psychiatrie*. Montreal: Beauchemin L tèe.

LAMONTAGNE, Y., & MARKS, I.M. (1973). Psychogenic urinary retention: Treatment by prolonged exposure. *Behavior Therapy, 4*, 581-585.

LAMOUREUX, G., JOLY, J., y BOUCHARD, M.A. (1981). Biofeedback. En R. Ladouceur, M.A. Bouchard y L. Granger (Eds.), *Principios y aplicaciones de las terapias de conducta* (pp. 203-220). Madrid: Editorial Debate. (Original: Edisem. Inc., 1977).

LANDAU, R.J., & GOLDFRIED, M.R. (1981). The assessment of schemata: A unifying framework for cognitive, behavioral, and traditional assessment. En P.C. Kendall, & S.D. Hollon (Eds.), *Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions* (pp. 363-399). New York: Academic Press.

LANDFIELD, A.W., & NAWAS, M.M. (1964). Psychotherapeutic improvement as a function of communication and adoption of therapists' values. *Journal of Counseling Psychology*, *11*, 336-341.

LANDIS, C.A. (1937). A statistical evaluation of psychotherapeutic methods. En L.E. Hinsie, *Concepts and problems of psychotherapy*. New York :Columbia University Press.

LANG, P.J. (1969). The mechanics of desensitization and the laboratory study of human fear. En C.M. Franks (Ed.), *Behavior therapy: Appraisal and status* (pp. 160-191). New York: McGraw-Hill.

LANG, P.J. (1974). Learned control of human heart-rate in a computer directed environment. En P.A. Obrist, A.H. Ekack, K. Brener & L.V. DiCara (Eds.), *Cardiovascular Psychophysiology*. Aldine: Chicago.

LANG, P.J. (1995). The emotion probe. *American Psychologist*, *50*, 372-385.

LANG, P.J., BRADLEY, M.M., & CUTHBERT, B.N. (1997). Motivated attention: Affect, activation, and action. En P.J. Lang, R.F. Simons, & M.T. Balaban (Eds.), *Attention and orienting*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

LANG, P.J., & LAZOVIK, A.D. (1963). Experimental desensitization of a phobic. *Journal of Abnormal and social Psychology*, *66*, 519-525.

LANG, P.J., MELAMED, B.G., & HART, J. (1970). A psychophysiological analysis of fear modification using an automated desensitization procedure. *Journal of Abnormal Psychology*, 76, 229-234.

LANGE, P.C. (Ed.), (1967). *Programmed instruction: The sixty-sixth yearbook of the national society for the study of education* (Part II). Chicago : University of Chicago Press.

LANGE, P.C. (1969). The mechanics of desensitization and laboratory study of human fear. En C.M. Franks (Eds.), *Behavior Therapy: Appraisal and status*. New York: McGraw-Hill.

LASHLEY, K.S. (1951). The problem of serial order in behavior. En L.A. Jeffress (Ed.), *Cerebral mechanisms in behavior*. New York: John Wiley & Sons.

LAZARUS, A.A. (1961). Group therapy of phobic disorders by desensitization. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, *63*, 504-510.

LAZARUS, A.A. (1966). Broad-spectrum behavior therapy and treatment of agoraphobia. *Behavior Research and Therapy*, *4*, 95-97.

LAZARUS, A.A. (1967). In support of technical eclecticism. *Psychological Reports*, *21*, 415-416.

LAZARUS, A.A. (1971a). *Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw-Hill.

LAZARUS, A.A. (1971b). Reflections on behavior therapy and its development: A point of view. *Behavior Therapy*, *2*, 369-374.

LAZARUS, A.A. (1973). *Multimodal behavior therapy*: Treating the BASIC ID. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *156*, 404-411.

LAZARUS, A.A. (1976). Multimodal behavior therapy. New York: Springer.

LAZARUS, A.A. (1981). *The Practice of multimodal therapy*. New York: McGraw-Hill.

LAZARUS, A.A. (1986). Multimodal therapy. En J. C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy* (pp. 65 - 93). New York: Brunner/Mazel.

LAZARUS, A. A. (1992). Multimodal therapy: Technical eclecticism with minimal integration. En J. C. Norcross, & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 231-263). New York: Basic Books.

LAZARUS, A.A., & ABRAMOVITZ, A. (1962). The use of "emotive imagery" in the treatment of children's phobias. *Journal of Mental Science, 108*, 191-195.

LAZARUS, A., & LAZARUS, C. (1991). *Multimodal Life History Inventory* (2nd ed.). Champaign, IL: Research Press.

LAZARUS, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.

LAZARUS, R.S. (1975). A cognitively oriented psychologist looks at biofeedback. *American Psychologist, 30*, 553-561.

LAZARUS, R. S. (1977). A cognitive analysis of biofeedback control. En G.E. Schwartz y J. Beatty (Eds.), *Biofeedback. Theory and Research* (pp. 67-87). London: Academic Press.

LAZARUS, R.S., & ALFERT E. (1964). Short- circuiting of threat by experimentally alternative cognitive appraisal. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 69*, 195-205.

LAZARUS, R.S., & AVERILL, J.R. (1972). Emotion and cognition: With special reference to anxiety. En C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research* Vol. II. New York: Academic Press.

LAZARUS, R.S., & FOLKMAN, C. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer. (Traducción: Martínez Roca, 1986).

LAZARUS, R.S., & LAUNIER, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. En L.A. Pervin, & M. Lewis (Eds.), *Perspectives in interactional psychology* (pp. 287-327). New York: Plenum Press.

LEAHEY, T.H. (1992). *A history of psychology*. New York: Prentice-Hall, Inc. (Traducción: Editorial Debate, S.A., 1994).

LEDERHENDLER, I., & BAUM, M. (1970). Mechanical facilitation of the action response prevention (flooding) in rats. *Behaviour Research and Therapy, 8*, 43-48.

LEDOUX, J.E. (1995). Emotion: Clues from the brain. *Annual Review of Psychology, 46*, 209-235.

LEDOUX, J.E. (1996). *The emotional brain*. New York: Simon & Schuster.

LEDWIDGE, B. (1978). Cognitive behavior modification: A Step in the wrong direction?. *Psychological Bulletin*, 85, 353-375.

LEE, N. F., & RUSH, A.J. (1986). Cognitive-behavioral group therapy for bulimia. *International Journal of Eating Disorders, 5*, 599-615.

LEGA, L.I., CABALLO, V.E. y ELLIS, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.

LEITENBERG, H. (1965). Is time-out from positive reinforcement and aversive event. A review of the experimental evidence. *Psychological Bulletin, 64*, 428-44.

LEITENBERG, H., AGRAS, W.S., ALLEN, R., BUTZ, R., & EDWARDS, J.A. (1975). Feedback and therapist praise during treatment of phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43*, 396-404.

LEITENBERG, H., AGRAS, W.S., THOMPSON, L.E., & WRIGHT, D.E. (1968). Feedback in behavior modification: An experimental analysis in two phobic cases. *Journal of Applied Behavior Analysis, 1*, 131-137.

LEITENBERG, H., GROSS, J., PETERSON, J., &, ROSEN, J.C. (1984). Analysis of an anxiety model in the process of change during exposure plus response prevention treatment of bulimia nervosa. *Behavior Therapy, 15*, 3-20.

LEITENBERG, H., & ROSEN, J.C. (1988). Cognitive-behavioral treatment of bulimia nervosa. En M. Hersen, R.M. Eisler, & P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (Vol. 23, pp. 11-32). Newbury Park, CA: Sage.

LEITENBERG, H., ROSEN, J.C., GROSS, J., NUDELMAN, S., & VARA, L. S. (1988). Exposure plus response prevention treatment of bulimia nervosa: A controlled evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 535-541.

LEITNER, L.M. (1988). Terror, risk and reverence: Experiential personal construct therapy. *International Journal of Personal Construct Psychology, 1*, 251-261.

LEMERE, F., & VOEGTLIN, W.L. (1950). An evaluation of the aversion treatment of alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 11*, 199-204.

LENT, R.W., RUSSELL, R.K., & ZAMOSTNY, K.P. (1981). Comparison of cue-controlled desensitization, rational restructuring and a credible placebo in the treatment of speech anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 608-610.

LEVIS, D.J. (1995). Decoding traumatic memory: Implosive theory of psychopathology. En W. O'Donohue, & L. Krasner (Eds.), *Theories of behavior therapy* (pp. 173-207). Washington, DC: American Psychological Association.

LEVIS, D.J., & BOYD, T.L. (1979). Symptom maintenance: An infrahuman analysis and extension of the conservation of anxiety principle. *Journal of Abnormal Psychology, 88*, 107-120.

LEVIS, D.J., & HARE, N. (1977). A review of the theoretical rationale and empirical support for the extinction approach of implosive (flooding) therapy. En M. Hersen, R.M. Eisler, & P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (vol. 2, pp. 300-376). New York: Academic Press.

LEVIS, D.J., y ROURKE, P.A. (1991). La terapia implosiva (inundación): Una técnica conductual para la extinción de la re-activación de la memoria. En V.E. Caballo (Com.) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 217-247). Madrid, Siglo Veintiuno de España Editores.

LEWINSOHN, P.M. (1974). A behavioral approach to depression. En R.J. Friedman, & M.M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 176-178) Washington, DC: Winston-Wiley.

LEWINSOHN, P.M., CLARKE, G.N., ROHDE, P., HOPS, H., & SEELEY, J.R. (1996). A course in coping: A cognitive-behavioral approach to the treatment of adolescent depression. En E.D. Hibbs, & P.S. Jensen (Eds). *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (pp. 109-135). Washington, DC: American psychological association.

LEWICKI, P. (1986). *Nonconscious social information processing*. New York: Academic Press.

LIDREN, D.M., WATKINS, P.L., GOULD, R.A., CLUM, G.A., ASTERINO, M., & TULLOCH, H.L. (1994). A comparison of bibliotherapy and group therapy in the treatment of panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 865-869.

LINEHAN, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.* New York: The Guilford Press.

LINEHAN, M.M., GOLDFRIED, M.R., & GOLDFRIED, A.P. (1979). Assertion therapy: Skill training or cognitive restructuring?. *Behavior Therapy, 10*, 372-388.

LINDER, L.F., & MCGLYNN, F.D. (1971). Experimental desensitization of mouse avoidance following two schedules of semi-automated relaxation training. *Behaviour Research and Therapy, 9*, 131-136.

LINSCHEID, T.R., HARTEL, F., & COOLEY, N. (1993). Are aversive procedures durable? A five year follow-up of three individuals treated with contingent electric shock. *Child and Adolescent Mental Health Care, 3*, 67-76.

LINTON, S.J., & GOTESTAM, K.G. (1984). A controlled study of the effects of applied relaxation and applied relaxation plus operant procedures in the regulation of chronic pain. *British Journal of clinical psychology, 23*, 291-299.

LIOTTI, G. (1986). Structural cognitive therapy. En W. Dryden, & W. Golden (Eds.), *Cognitive-behavioral approaches to psychotherapy* (pp. 92-128). London: Harper & Rouw.

LIOTTI, G., & REDA, M. (1981). Some epistemological remarks on behavior therapy, cognitive therapy and psychoanalysis. *Cognitive Therapy and Research, 5(3)*, 231-236.

LIPSEY, M.W. (1974). Psychology: Preparadigmatic, postparadigmatic, or misparadigmatic?. *Science Studies, 4*, 406-410.

LISINA, M.I. (1958). The role of orientation in the transformation and involuntary reactions to voluntary ones. En L.G. Vorovin, A.N. Leontiev, A.R. Luria, A.N. Sokolov y O.B. Vinogradova (Eds.), *Orienting reflex and exploratory behavior*. Washington D.C.: American Institute of Biological Sciences.

LITROWNIK, A.J. (1982). Special considerations in the self-management of training of the developmentally disabled. En P. Karoly, & F.H. Kanfer (Eds.), *Self-management and behavior change: From theory to practice* (pp. 315-352). Elmsford, NY: Pergamon Press.

LLOYD, K.E. (1980). Reactions to a forthcoming energy shortage: A topic in behavioral ecology. En G.L. Martin, & J. G. Osborne (Eds.), *Helping in the community: Behavioral applications.* New York: Plenum.

LOCHMAN, J.E. (1985). Effects of different treatment lengths in cognitive behavioral interventions with aggressive boys. *Child Psychiatry and Human Development, 16*, 45-56.

LOCKE, E.A. (1971). Is "behavior therapy" behaviorist?. *Psychological Bulletin, 76*, 318-327.

LOEWALD, H. (1960). On the therapeutic action of psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis, 2*, 17-33.

LOHR, J.M., TOLIN, D.F., & MONTGOMERY, R.W. (1996, January). Differing opinions on EMDR. *APA Monitor*, pp. 3-4.

LOMONT, J.F., & EDWARDS, J.E. (1967). The role of relaxation in systematic desensitization. *Behaviour Research and Therapy, 5*, 11-25.

LONDON, P. (1972). The end of ideology in behavior modification. *American Psychologist, 27*, 913-920.

LONDON, P. (1986). The modes and morals *of psychotherapy* (2nd. ed.). New York: Hemisphere.

LÓPEZ, M., SOSA, C.D., CAPAFÓNS, J.I. y AVERO, P. (1998). *Manual práctico del entrenamiento en biofeedback para el tratamiento de la fobia a viajar en avión: guía para el terapeuta*. La Laguna: Servicio de Publicaciones de la Universidad de La Laguna.

LOPICCOLO, J., & LOBITZ, W.C. (1972). The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction. *Archives for sexual behavior, 2*, 163-171.

LORENZINI, R., & SASSAROLI, S. (1987). *La pura della paura.* Roma: La Nuova Italia Scientifica.

LOVAAS, O.I. (1967). A behavior therapy approach to the treatment of childhood schizophrenia. En J.P. Hill (Ed.), *Minnesota Symposia on Child Psychology* (Vol. 1, pp. 108-159). Minneapolis: University of Minnesota Press.

LOVAAS, O.I. (1987). Behavioral treatment and normal educational/intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 3-9.

LOVAAS, O.I., SCHAEFFER, B. & SIMMONS, J.Q. (1965). Building social behavior in autistic children by use of electric shock. *Journal of Experimental Research in Personality, 1*, 99-109.

LOWE, C., HORNE, P., & HIGSON, P. (1987). Operant conditioning: The hiatus between theory and practice in clinical psychology. En H.J. Eysenck, & I. Martin (Eds). *Theoretical foundations of behavior therapy*. (pp. 153-165). New York: Plenum Press.

LUBORSKY, L. (1984). Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment. New York: Basic Books.

LUBORSKY, L., SINGER, B., & LUBORSKY, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that everyone has won and all must have prizes? *Archives of General Psychiatry, 32*, 995-1008.

LUCIANO, M.C. (1999). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). Fundamentos, características y precauciones. *Análisis y Modificación de Conducta, 25*, 497- 584.

LUKACS, J. (1978). *1945: Year zero*. Garden City, New York: Doubleday.

LUMSDAINE, A.A., & GLASER, R. (1960). (Eds.). *Teaching machines and programmed learning*, Vol. I: A Source Book. Washington, D.C.: National Education Association.

LUMSDAINE, A.A. & GLASSER, R. (1965).(Eds.). *Teaching machines and programmed learning*, Vol. II: Data & Directions. Washington, D.C.: National Education Association.

LURIA, A.R. (1961). *The role of speech in the regulation of normal and abnormal behavior*. New York: Liveright.

LUTHANS, F., PAUL, R., & BAKER, D. (1981). An experimental analysis of the impact of contingent reinforcement of sales persons performance behavior. *Journal of Applied Psychology, 66*, 314-323.

LUTKER, E.R., TASTO, D.L., & FORGENSEN, G. (1972). A brief note on multi-hierachy desensitization. *Behavior Therapy, 3*, 619-621.

LYNCH, P. M., & ZAMBLE, E. (1989). A controlled behavioral treatment study of irritable bowel syndrome. *Behavior therapy, 20*, 509-523.

LYDDON, W.J. (1991). Epistemic style: Implications for cognitive psychotherapy. *Psychotherapy, 28(*4), 588-597.

MACKENZIE, B.D. (1972). Behaviorism and positivism. *Journal of the History of the Behavioral Sciences, 8*, 222-231.

MADSEN, C.H., MADSEN, C.K., SAUDARGAS, R.A., HAMMOND, W.R. & EDGAR, D.E. (1970). Classroom RAID (Rules, approval, ignore, disapproval): A cooperative approach for professionals and volunteers. *Journal of School Psychology, 8,* 180.

MAGURA, S., KANG, S.Y., & SHAPIRO, J.L. (1994). Outcomes of intensive AIDS education for male adolescent drug users in jail. *Journal of Adolescent Health, 15,* 457-463.

MAHONEY, K., & MAHONEY, M.J. (1976). *Permanent weight control.* New York: Norton.

MAHONEY, M.J. (1971). The self-management of covert behavior: A case study. *Behavior Therapy, 2,* 575-578.

MAHONEY, M.J. (1974). *Cognition and behavior modification.* Cambridge, Mass.: Ballinger.

MAHONEY, M.J. (1977a). Reflections on the cognitive-learning trend in psychotherapy. *American Psychologist, 32,* 5-13.

MAHONEY, M.J. (1977b). Cognitive therapy and research: A question of question. *Cognitive Therapy Research, 1,* 199-204.

MAHONEY, M.J. (1977c). Personal science: A cognitive learning therapy. En A. Ellis, & R. Grieger (Eds.), *Handbook of rational-emotive therapy*. New York: Springer.

MAHONEY, M.J. (1980). Psychotherapy and the structure of personal revolutions. En M.J. Mahoney (Ed.), *Psychotherapy process. Current issues and future directions*. New York: Plenum Press.

MAHONEY, M.J. (1984). Behaviorism, cognitivism, and human change processes. En M.A. Reda, & M.J. Mahoney (Eds). *Cognitive psychotherapies: Recent developments in theory, research, and practice.* Cambridge, MA: Ballinger.

MAHONEY, M.J. (1988a). The cognitive sciences and psychotherapy: Patterns in a developing relationship. En K.S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioural therapies*, (pp. 357-379). New York: The Guildford Press.

MAHONEY, M.J. (1988b). Rationalism and constructivism in clinical judgment. En D.C. Turk, & P. Salovey (Eds). *Reasoning, inference, and judgment in clinical psychology.* New York: Free Press.

MAHONEY, M.J. (1989). Scientific psychology and radical behaviorism. *American Psychologist, 44,* 1372-1377.

MAHONEY, M.J. (1991). *Human change processes*. New York: Basic Books.

MAHONEY, M.J. (1994). Desarrollos y direcciones en Psicologia y Psicoterapia. *Boletin de Psicología, 43,* 7-23.

MAHONEY, M.J., & ARNKOFF, D. (1978). Cognitive and self-control therapies. En S.L. Garfield, & A.E. Bergin (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2nd ed., pp. 689-722).New York: John Wiley & Sons .

MAHONEY, M.J., KAZDIN, A.E., & LESSWING, N.J. (1974). Behavior Modification: Delusion or deliverance?. En C.M. Franks, & G.T. Wilson (Eds.), *Annual Review of Behavior Therapy. Theory and Practice.* (Vol. 2, pp. 11-40). New York: Brunner-Mazel.

MAHONEY, M., MOURA, N., & WADE, T. (1980). Eficacia relativa de las técnicas de autorrecompensa, autocastigo y autobservación para el tratamiento de la obesidad. En R. Ardila. *Terapia del comportamiento* (pp. 487-493). Declée de Brouwer. 1980. (Original, 1973).

MAHONEY, M.J., & THORENSEN, G. (1974). Self-control applications: Behavioral programming. En M. Mahoney, & C. Thorensen, (Eds.)., *Self control: Power to the person.* Monterey, CA: Brooks/Cole.

MAIR, M. (1988). Psychology as story telling. *International Journal of Personal Construct Psychology, 1,* 125-138.

MAIR, M. (1989). *Between psychology and psychotherapy.* London: Routledge and Kegan Paul.

MALETZKY, B.M. (1973). *Assisted* covert sensitization in the treatment of exhibitionism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42,* 34-40.

MALETZKY, B.M (1980). Self-referred versus court-referred sexually deviant patients: Success with assisted covert sensitization. *Behavior Therapy, 11,* 306-314.

MALEY, R.F., FELDMAN, G.L., & RUSKIN, R.S. (1973). Evaluation of patient improvement in a token economy treatment program. *Journal of Abnormal Psychology, 82,* 141-144.

MALTZMAN, I. (1955). Thinking: From a behaviorist point of view. *Psychological Review, 66,* 367-386.

MALTZMAN, I. (1968). Theoretical conceptions of semantic conditioning and generalization. En T.R. Dixon & D.L. Horton (Eds.), *Verbal behavior and general behavior theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

MANN, J., & ROSENTHAL, T.L. (1969). Vicarious and direct counterconditioning of test anxiety through individual and group desensitization. *Behaviour Research and Therapy, 7,* 359-367.

MANCINI, F., & SEMERARI, A. (1990). Emozioni e sistemi cognitivi: Le teorie cognitive della sofferenza emotiva. En F. Mancini & A. Semerari (Eds.), Le teorie cognitive dei disturbi emotivi. Roma: La Nuova Italia Scientifica.

MARCIA, J.E., RUBIN, B.M., & EFRAN, J.S. (1969). Systematic desensitization: Expectancy change or counterconditioning. *Journal of Abnormal Psychology, 74,* 382-387.

MARKS, I.M. (1969). *Fears and phobias.* London: Heinemann.

MARKS, I.M. (1972). Flooding (implosion) and allied treatments. En W.S. Agras (Ed.), B*ehavior modification: Principles and clinical applications.* Boston: Little, Brown.

MARKS, I.M. (1973). New approaches to the treatment of obsessive-compulsive disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 156,* 420-426.

MARKS, I.M. (1975). Behavioral treatment of phobic and obsessive-compulsive disorders: A critical appraisal. En M. Hersen, R.M., Eisler, & P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (Vol. 1). New York: Academic Press.

MARKS, I.M. (1976). Current status of behavioral psychotherapy: Theory and practice. *American Journal of Psychiatry, 133,* 253-261.

MARKS, I. M. (1978). Behavioral psychotherapy of adult neurosis. En S.L. Garfield, & A.E. Bergin, (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change,* (2nd ed. pp. 493-547). New York: Wiley and Sons.

MARKS, I.M. (1981). *Cures and care of the neuroses.* New York: Wiley. (Traducción: Martínez Roca: 1986).

MARKS, I.M. (1991). *Miedos, Fobias y Rituales. 2. Clínica y Tratamientos.* Barcelona: Martínez Roca (Original. Oxford University Press, 1987).

MARKS, I.M. (1992). Tratamiento de exposición en la agorafobia y el pánico. En E. Echeburúa (Ed.), *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide, 1992.

MARKS, I.M., & GELDER, M. (1967). Travestism and fetishism: Clinical and psychological changes during faradic aversion. *British Journal of Psychiatry, 113,* 711-739.

MARKS, I.M., GELDER, M.G., & BANCROFT, J. (1970). Sexual deviants two years after electrical aversion. *British Journal of Psychiatry, 117*, 73-85.

MARKS, I.M., GRAY, S., COHEN, D., HILL, R., MAWSON, D., RAMM, E., & STERN, R.S. (1983). Imipramine and brief therapist-aided in agoraphobics having self-exposure home-work. *Archives of General Psychiatry, 40*, 153-162.

MARKS, I.M., HALLAM, R.S., CONNOLLY, J., & PHILPOTT, R. (1977). *Nursing in behavioural therapy*. London: The Royal College of Nursing of the United Kingdom.

MARKS, I.M., & O'SULLIVAN, G. (1992). Psicofármacos y tratamientos psicológicos en la agorafobia/pánico y en los trastornos obsesivo-compulsivos. En E. Echeburúa (Dir.), *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.

MARKS, I.M., VISWANATHAN, R., LIPSEDGE, M.S., & GARDINER, R. (1972). Enhanced relief of phobias by flooding during waning diazepam effect. *British Journal of Psychiatry, 121*, 493-505.

MARMOR, J. (1973). *Psychiatry in transition*. New York: Brunner/Mazel.

MARMOR, J., & WOODS, S. E. (Eds.), (1980). *The interface between the psychodynamic and behavioral therapies*. New York: Plenum Press.

MARQUIS, J.N. (1991). A report on seventy-eight cases treated by eye movement desensitization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 22*, 187-192.

MARSHALL, W.L. (1982). A model of dysfunctional behavior. En A.S. Bellak, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.), *International Handbook of behavior modification* (pp. 57-76). New York : Plenum Press.

MARSHALL, W.L., GAUTHIER, J., CHRISTIE, M.M., CURRIE, D.W., & GORDON, P. (1977). Flooding therapy: Effectiveness, stimulus characteristics, and the value of brief in vivo exposure. *Behaviour Research and therapy, 15*, 79-87.

MARTIN, Y. (1987). Concluding comments on theoretical foundations and requirements in behavior therapy. En H.J. Eysenck, & I. Martin (Eds.), Theoretical foundations of behavior therapy (pp. 451-464). New York: Plenum Press.

MARTIN, G., & PEAR J. (1978). *Behavior modification. What it is and how to do it*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.

MARTIN, G., & PEAR J. (1992). *Behavior modification. What it is and how to do it*, (4th. Ed.). New Jersey: Prentice-Hall, Inc.

MARTIN, R. (1975). *Legal challenges to behavior modification: Trends in schools, correction and mental health*. Champaing, III.: Research Press.

MARTÍNEZ, R. (1995a). El método de encuestas por muestreo: Conceptos básicos. En M.T.. Anguera, J.Arnau, M. Ato, R. Martínez, J. Pascual, y G. Vallejo, *Métodos de investigación en psicología*, (pp.385-431). Madrid: Síntesis.

MARTÍNEZ, R. (1995b). Diseños muestrales probabilísticos. En M.T. Anguera, J. Arnau, M. Ato, R. Martínez, J. Pascual y G. Vallejo, *Métodos de investigación en psicología*, (pp. 433-484). Madrid: Síntesis.

MARTÍNEZ, R. (1995c). Las decisiones posteriores al muestreo. En M.T. Anguera, J. Arnau, M. Ato, R. Martínez, J. Pascual y G. Vallejo, *Métodos de investigación en psicología*, (pp. 485-510). Madrid: Síntesis.

MARTOS J.R., & VILA, J. (1984). Estudio empírico sobre la validez y los modelos teóricos de la sensibilización encubierta: Una alternativa desde el aprendizaje vicario. *Análisis y Modificación de Conducta, 10*, 315-330.

MARX, O.M. (1977). History of psychology: A review of the last decade. *Journal of the History of the Behavioral Sciences, 13*, 41-47.

MASLOW, A.H. (1962). *Toward a psychology of being*. New York: Van Nostrom.

MASLOW, A.H. (1970). *Motivation and personality* (Rev. Ed.). New York: Harper & Row.

MASSERMAN, J.H. (1943). *Behavior and neurosis: An experimental psycho-analytic approach to psychobiologic principles.* Chicago: University of Chicago press.

MASTER, J.C., BURISH, T.G., HOLLON, S.D., & RIMM, D.C. (1987). *Behavior therapy. Techniques and empirical findings* (3rd ed.). New York: Harcourt Brace Jovanovich.

MASTER, J.C., & MORRIS, R.J. (1971). Effects of contingent and noncontingent reinforcement upon generalized imitation. *Child Development, 42*, 385-397.

MASTERS W.H., & JOHNSON, V.E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.

MASTERMAN, M. (1970). The nature of a paradigm. En I. Lakatos, & A. Musgrave (Eds.), *Criticism and the growth of knowledge.* Cambridge: Cambridge University Press.

MATEER, F. (1918). *Child behaviour: A critical and experimental study of young children by the method of conditioned reflexes.* Boston: Badger.

MATHEWS, A (1978). Fear-reduction research and clinical phobias. *Psychological Bulletin, 85*, 390-404.

MATHEWS, A.M., GELDER, M.G., & JOHNSTON, D.W. (1981). *Agoraphobia: Nature and treatment*. New York: The Guildford Press. (Traducción: Fontanella, 1985).

MATTHEWS, K.A., & HAYNES, S.G. (1986). Type A behavior pattern and coronary disease risk: Update and critical evaluation. *American Journal of Epidemiology, 123*, 923-960.

MATTICK, R.P., PETERS, L., & CLARKE, J.C. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: A controlled study. *Behavior Therapy, 20*, 3-23.

MATURANA, H.R. (1975). The organization of the living: A theory of the living organization. *International Journal of Man-Machine Studies, 7*, 313-332.

MATURANA, H.R., & VARELA, F.G. (1980). *Autopoiesis and cognition: The realization of the living.* Boston: Reidel.

MAULTSBY, M.C.Jr., & ELLIS, A. (1974). *Techniques for using rational-emotive imagery*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.

MAVISSAKALIAN, M. (1982). Pharmacological treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry, 43*, 487-491.

MAVISSAKALIAN, M., MICHELSON, L., & DEALY, R.S. (1983). Pharmacological treatment of agoraphobia: imipramine versus imipramine with programmed practice. *British Journal of Psychiatry, 143*, 348-355.

MAY, J.R. (1977). Psychophysiology of self regulated phobic thoughts. *Behavior Therapy, 8*, 150-159.

MAYS, D.T., & FRANKS, C.M. (Eds.). (1985). *Negative outcome in psychotherapy and what to do about it*. New York: Springer.

McCREADIE, R.G., MAIN, C.J., & DUNLOP, R.A. (1978), Token economy, pimozide and chronic schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 133,* 179-181.

McCUTCHEON, B. & ADAMS, H. (1975). The physiological basic of implosive therapy. *Behaviour Research and Therapy, 13,* 93-100.

McDONALD, R., SARTORY, G., GREY, S.J., COBB, J., STERN, R., & MARKS, I. (1979). The effects of self exposure instructions on agoraphobic outpatiens. *Behaviour Research and Therapy, 17,* 83-85.

McEACHIN, J.J., SMITH, T., & LOVAAS, O.I. (1993). Outcome in adolescence of autistic children receiving early intensive behavioral treatment. *American Journal of Mental Retardation, 97,* 359-372.

MCFALL, R.M. (1982). A review and reformulation of the concept of social skills. *Behavioral Assessment, 4,* 1-33.

MCFALL, R.M., & MARSTON, A.R. (1970). An experimental investigation of behaviour rehearsal in assertive training. *Journal of Abnormal Psychology, 76,* 295-303.

McGLYNN, F.D., MOORE, P.M., ROSE, M.P., & LAZARTE, A. (1995). Effects of relaxation training on fear and arousal during in vivo exposure to a caged snake among DSM-III-R simple (snake) phobics. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 26,* 1-8.

McKAY, M., DAVIS, M., y FANNING, P. (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés.*Barcelona: Martínez Roca. (Original: New Harbinger Publications, 1981).

MCLEAN, P.D., & HAKTIAN, A.R. (1979). Clinical depression: Comparative efficacy of outpatient treatments. *Journal of Consulting and clinical psychology, 47,* 818-836.

McMILLAN, A., & KOLVIN, Y. (1977). Behaviour modification in teaching strategy: Some emergent problems and suggested solutions. *Educational Research, 20,* 10-21.

McMullen, S., & Rosen, R. (1981). Self-administered masturbation training in the treatment of primary orgasmic dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49,*

McNAMEE, S. (1996). The social construction of psychotherapy. En K.T. Kuehlwein, & H. Rosen (Eds.) *Constructing Realities.* San Francisco: Jossey-Bass.

McREYNOLDS, W.T., & TORI, C.A. (1972). A further assessment of attention-placebo effects and demand characteristics in studies of systematic desensitization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 38,* 261-264.

McWATERS, B. (Ed.). (1977). *Humanistic perspective: Current trends in psychology*. Monterey, CA: Brooks/Cole.

MEALIEA, W.L., & MCGLYNN, F.D. (1987). Temporomandibular disorders and bruxism. En J.P. Hatch, J.G. Fischer, & J.D. Rugh (Eds.), *Biofeedback. Studies in clinical efficacy* (pp. 123-151). New York: Plenum Press.

MEICHENBAUM, D. (1969). The effects of instructions and reinforcement on thinking and language behaviors of schizophrenics. *Behaviour Research and Therapy, 7,* 101-114.

MEICHENBAUM, D.H. (1973a). Cognitive factors in behavior modification: Modifiying what clients say to themselves. En R.D. Rubin, J.P. Brady, & J.P. Henderson (Eds.), *Advances in behavior Therapy* (Vol. 4, pp. 21-36). New York: Academic Press.

MEICHENBAUM, D.H. (1973b). *Therapist manual for cognitive behavior modification*. University of Waterloo.

MEICHENBAUM, D.H. (1974). *Cognitive behavior modification*. Morristown, NJ: General learning press.

MEICHENBAUM, D.H. (1975a). Theoretical and treatment implications of developmental research on verbal control of behavior. *Canadian Psychological Review, 16*, 22-27.

MEICHENBAUM, D.H. (1975b). Enhancing creativity by modifying what subjects say to themselves. *American Educational Research Journal, 12*, 129-145.

MEICHENBAUM, D. (1976). Cognitive factors in biofeedback therapy. *Biofeedback and Self-Regulation, 1*, 201-216.

MEICHENBAUM, D.H. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press.

MEICHENBAUM, D. (1987). *Manual de inoculación de estrés.* Barcelona: Martínez Roca (Original: Pergamon, 1985).

MEICHENBAUM, D. (1988). Terapias cognitivas-conductuales. En S.J. Linn y J.P. Garske (Eds.), *Psicoterapias contemporáneas. Modelos y métodos* (pp. 331-362).Bilbao: DDB. (Original: Charles E. Merril, 1985).

MEICHENBAUM, D. (1993). Changing conceptions of cognitive behavior modification: Retrospect and prospect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 202-204.

MEICHENBAUM, D. (1994). *A clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with post-traumatic stress disorder (PTSD).* Waterloo, Ontario: Institute Press.

MEICHENBAUM, D.H. (1995). Cognitive-behavioral therapy in historical perspective. En B. Bongar, & L.E. Beutler (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy* (pp. 140-154). New York: Oxford University Press.

MEICHENBAUM, D. (1997). El estado de la cuestión en la modificación cognitivo-conductual. En I. Caro (Comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas* (pp. 149-156). Barcelona: Paidós Ibérica.

MEICHENBAUM, D.H., BOWERS, K.S., & ROSS, R.R. (1968). Modification of classroom behavior of institutionalized female adolescent offenders. *Behavioral Research and Therapy, 6*, 343-353.

MEICHENBAUM, D., & CAMERON, R. (1972). *Stress inoculation: A skills training approach to anxiety management.* Manuscrito no publicado, Universidad de Waterloo.

MEICHENBAUM, D.H., & CAMERON, R. (1973). Training schizophrenics to talk to themselves: A means of developing attentional controls. *Behavior Therapy, 4*, 515-534.

MEICHENBAUM, D., & CAMERON, R. (1983). Stress inoculation training: Toward a general paradigm for training coping skills. En D. Meichenbaum, & M.E. Jaremko (Eds.), *Stress reduction and prevention* (pp. 115-154). New York: Plenum Press. (Traducción: Desclée de Brouwer, 1987).

MEICHENBAUM, M., & GENEST, M. (1980). Cognitive behavior modification: An integration of cognitive and behavioral methods. En E.H. Kanfer, & A.P. Goldstein (Eds.), *Helping people change*. New York, Pergamon Press.

MEICHENBAUM, D.H., & GOODMAN, J. (1969a). The development control of operant motor responding by verbal operants. *Journal of Experimental Child Psychology, 7*, 553-565.

MEICHENBAUM, D.H., & GOODMAN, J. (1969b). Reflection-impulsivity and verbal control of motor behavior. *Child Development, 40*, 785-797.

MEICHENBAUM, D.H., & GOODMAN, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology, 77*, 115-126.

MEICHENBAUM, D.H, TURK, D., & BURNSTEIN, S. (1975). The nature of coping with stress. En I. Sarason, & C.D. Spielberger (Eds.), *Stress and anxiety* (Vol. 2). Washington, D.C.: Hemisphere.

MELAMED, B.G., & SIEGEL, L.J. (1975). Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of filmed modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43*, 511-521.

MELTZOFF, J., & KORNREICH, M. (1970). *Research in Psychotherapy*. New York: Atherton.

MENDONCA, J.D., & SIESS, T.F. (1976). Counseling for indecisiveness: Problem solving and anxiety in management training. *Journal of Counseling Psychology, 23*, 330-347.

MESSER, S. B. (1992). A critical examination of belief structures in integrative and eclectic psychotherapy. In J. C. Norcross, & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy integration* (pp. 130-168). New York: Basic Books.

MESSER, S.B., SASS, L.A, & WOOLFOLK, R.L. (Eds.), (1988). *Hermeneutics and psychological theory*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

MEYER, V., LEVEY, R., & SCHNURER, A. (1974). The behavioural treatment of obssessive-compulsive disorder. En H.R. Beech (Ed.), *Obsessional states*. London: Methuen.

MEYER, V., & LIDDEL, A. (1975). Behavior Therapy. En D. Bannister (Ed.), *Issues and approaches in the psychological therapies*. New York: John Wiley & Sons.

MIGLER, B., & WOLPE, J. (1967). Automated self-desensitization: a case report. *Behaviour Research and Therapy, 5*, 133-135.

MIGUEL-TOBAL, J.J. y FERNÁNDEZ-ABASCAL, E.G. (1984). Trastornos cardiovasculares. En J. Mayor y F.J. Labrador (Eds.). *Manual de modificación de conducta* (pp. 595-616). Madrid: Alhambra Universidad.

MILAN, M.A. (1990). Applied behavior analysis. En A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.), *Behavior modification and therapy* (pp. 67-82). New York: Plenum Press.

MILBY, J.J., PENDERGRASS, P.E., & CLARKE, C.J. (1975). Token economy versus control ward: A comparison of staff and patients attitudes toward ward environment. *Behavior Therapy, 6*, 22-29.

MILLER, G.A. (1996). How we think about cognition, emotion, and biology in psychopathology. *Psychophysiology, 33*, 615-628.

MILLER, G.A., GALANTER, E., & PRIBRAM, K.H. (1960). *Plans and the structure of behavior*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

MILLER, H.R., & NAWAS, M.M. (1970). Control of aversive stimulus termination in systematic desensitization. *Behaviour Research and Therapy, 8*, 57-61.

MILLER, J.G. (1978). *Living systems*. New York: McGraw-Hill.

MILLER, N.E. (1959). Liberalization of basic S-R concepts: Extensions to conflict behavior, motivation and social learning. En S. Koch (Dir.), *Psychology: A study of a science*, (Vol. 2). New York: McGraw-Hill.

MILLER, N.E. (1961). Integration of neurophysiological and behavior research. *Annals of the New York Academy of Science, 92*, 830-839.

MILLER, N.E. (1964). Some implications of modern behavior theory for personality change and psychotherapy. En P. Worchel, & D.Byrne (Eds.), *Personality change* (pp. 73-99). New York: John Wiley & Sons.

MILLER, N.E. (1978). Biofeedback and visceral learning. *Annual Review of Psychology, 29*, 373-404.

MILLER, N.E., & DiCARA, L. (1967). Instrumental learning of heart rate changes in curarized rats: Shaping and specificity to discriminative stimulus. *Journal of Comparative and Physiological Psychology, 63,* 12-19.

MILLER, N.E., & DOLLAR, J. (1941). *Social learning and imitation*. New Haven: Yale University Press.

MILLON, T. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond* (2nd. ed.). New York: John Wiley & Sons.

MILLS, H.L., AGRAS, W.S., BARLOW, D.H., & MILLS, J.R. (1973). Compulsive rituals treated by response prevention. *Archives of General Psychiatry, 28,* 524-529.

MINEKA, S. (1985). Animal models of anxiety-based disorders: Their usefulness and limitations. En J. Maser, & A. Tuma (Eds.) *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

MINUCHIN, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University.

MISCHEL, W. (1968). *Personality and assessment.* New York: John Wiley & Sons.

MISCHEL, W. (1973). Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychological Review, 80,* 252-283.

MISCHEL, W. (1974). Process in delay of gratification. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 7). San Diego, CA: Academic Press.

MISCHEL, W. (1977). On the future of personality measurement. *American Psychologist, 32,* 246-254.

MISCHEL, W. (1979). On the interface of cognition and personality. *American Psychologist, 34,* 740-754.

MONTI, P.M., ROHSENOW, D.J., RUBONIS, A.V., NIAURA, R.S., SIROTA, A.D., COLBY, S.M., GODDARD, P., & ABRAMS, D.B. (1993). Cue exposure with coping skills treatment for male alcoholics: A preliminary investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 1011-1019.

MORELL, J.A. (1979). *Program evaluation in social research*. Elmsford, NY: Pergamon Press.

MORENO, J.L. (1937). Inter-personal therapy and the psychopathology of interpersonal relationships. *Sociometry, 1,* 9-76.

MORGAN, R.T.T. (1978). Relapse and therapeutic response in the conditioning treatment of enuresis: A review of recent findings on intermittent reinforcement, overlearning and stimulus intensity. *Behavior Research and Therapy, 16,* 273-279.

MORGANSTERN, K.P. (1973). Implosive therapy and flooding procedures: A critical review. *Psychological Bulletin, 79,* 318-334.

MORRIS, R.J. (1991). Fear reduction methods. En F.H. Kanfer, & A.P. Goldstein (Eds.), *Helping people change* (pp. 161-201). New York: Pergamon Press.

MORRIS, R.J., & KRATOCHWILL, T.R. (1983). *Treating children's fears and phobias. A behavioral approach*. Elmsford, NY: Pergamon Press.

MORRIS, R.J, & SUCKERMAN, K.R. (1974a). The importance of the therapeutic relationship in systematic desensitization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42,* 147-162.

MORRIS, R.J, & SUCKERMAN, K.R. (1974b). Therapist warmth as a factor in automated systematic desensitization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42,* 244-250.

MOWRER, O.H. (1939). A stimulus-reponse analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review, 46*, 553-564.

MOWRER O.H. (1950). *Learning theory and personality dynamics: Selected papers.* New York: Ronald.

MOWRER O.H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York : John Wiley & Sons.

MOWRER O.H., & MOWRER W.M. (1938). Enuresis -A method for its study and treatment. *American Journal of Orthopsychiatry, 8*, 436-459.

MULHOLLAND, T.B., & PEPER, E. (1971). Occipital alpha and accommodative vergence, pursuit tracking and fast eye movements. *Psychophysiology, 8*, 556-575.

MULLINS, N.C. (1973). *Theories and Theory Groups in Contemporary American Sociology*. New York: Harper and Row.

MUÑOZ, M. y LARROY, C. (1995). Inoculación de estrés. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 744-775). Madrid: Pirámide.

MURPHY, L. (1962). *The widening world of childhood.* New York: Basic Books.

MURPHY, S.T. (1976). The effects of a token economy program on self care behaviors of neurologically impaired inpatients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 7*, 145-147.

MURRAY, E. J. (1983). Beyond behavioral and dynamic therapy. *British Journal of Clinical Psychology, 22*, 127-128.

NAGEL, T. (1995). *Other minds: Critical essays 1969-1994*. New York: Oxford University Press.

NATHAN, P.E. (1998). Practice guidelines are an unexpected outgrowth of psychology's 50-year search for empirical support for psychotherapy. *American Psychologist, 53(3),* 290-300.

NAU, S.D., CAPUTO, J.A., & BORKOVEC, T.D. (1974). The relationship between credibility of therapy and simulated therapeutic effects. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 5*, 129-133.

NAWAS, M.M., & LANDFIELD, A.W. (1963). Improvement in psychotherapy and adoption of the therapist's meaning system. *Psychological Reports, 13*, 97-98.

NAWAS, M.M., WELSCH, W.V., & FISHMAN, S.T. (1970). The comparative effectiveness of pairing aversive imagery with relaxation, neutral tasks and muscular tension in reducing snake phobia. *Behaviour Research and Therapy, 6*, 63-68.

NEFF, D.F., & BLANCHARD, E.B. (1987). A multicomponent treatment for irritable bowel syndrome. *Behavior Therapy, 18*, 70-83.

NEIGHER, W.D., & FISCHMAN D.B. (1985). From science to technology: Reducing problems in mental health evaluation by paradigm shift. En L. Burstein, H.F. Freeman, & P.H. Rossi (Eds.), *Collecting evaluation data: Problems and solutions* (pp. 263-298). Beverly Hills, CA: Sage Publications.

NEIMEYER, R.A. (1984). Toward a personal construct conceptualization of depression and suicide. En F.R. Epting, & R.A. Neimeyer (Eds.), *Personal meanings of death: Applications of personal construct theory to clinical practice* (pp. 127-173). New York: Hemisphere.

NEIMEYER, R.A. (1985a). Personal constructs in depression: Research and clinical implications. En E. Button (Ed.), *Personal construct theory and mental health* (pp. 82-102). London: Croom Helm.

NEIMEYER, R.A. (1985b). *The development of personal construct psychology*. Lincoln: University of Nebraska Press.

NEIMEYER, R.A. (1993). An appraisal of constructivist psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 221-234.

NEIMEYER, R.A (1995). Constructivist psychotherapies: Features, foundations, and future directions. En R.A. Neimeyer, & M.J. Mahoney (Eds.), Constructivism in psychotherapy (pp. 11-38). Washington, DC: American Psychological Association.

NEIMEYER, R.A. (1997). Una valoración de las psicoterapias constructivistas: Contextos y retos. En M.J.Mahoney (Ed.), *Psicoterpias cognitivas y constructivistas. Teoría, investigación y práctica* (pp. 197-232). Bilbao: Desclée de Brouwer.

NEIMEYER, R.A., HARTER, S., & ALEXANDER, P.C. (1991). Group perceptions as predictors of outcome in the treatment of incest survivors. *Psychotherapy Research, 1*, 149-158.

NEIMEYER, R.A., & MARTIN, J.M. (1996). Looking back, looking forward: Personal construct therapy in sociohistorical perspective. En W. Dryden (Ed.), *Developments in psychotherapy* (pp. 140-166). London: Sage Publications.

NEISSER, U. (1967a). *Cognitive Psychology*. New York: Appleton-Century-Crofts.

NEISSER, U. (1967b). *Cognition and reality* New York: Appleton-Century-Crofts.

NELSON, R.E. (1977). Irrational beliefs in depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45,* 1190-1191.

NELSON, R.O., & HAYES, S.C. (1981). Theoretical explanations for reactivity in self-monitoring. *Behavior Modification, 5,* 3-14.

NELSON, R.O., HAYES, S.C., SPONG, R.T., JARRET, R.B., & McKNIGHT, D.L. (1983). Self-reinforcement: Appealing misnomer or effective mechanism? *Behaviour Research and Therapy, 21,* 557-566.

NEMEROFF, C.J., & KAROLY, P. (1991). Operant methods. En F.H. Kanfer, & A.P. Goldstein, A.P. (Eds.), *Helping people change* (pp. 122-160). New York: Pergamon Press.

NEMETZ, G.H., CRAIG, K.D., & REITH, G. (1978). Treatment of females sexual dysfunction through symbolic modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46,* 62-73.

NEUFELD, R.W.J. (1976). Evidence of a stress as a function of experimentally altered appraisal of stimulus aversivenes and coping efficacy. *Journal of Personality and Social Psychology, 33,* 632-646.

NEUFELD, R.W.J., & MOTHERSIL, K.J. (1980). Stress as an irritant of psychopathology. En I.G. Sarason, & C.D. Spielberger (Eds.), *Stress and anxiety*, Vol. VII. Washington, DC: Hemisphere.

NEWELL, R. (1996). Developments in Behaviour Therapy. En W. Dryden (Ed.), *Developments in psychotherapy. Historical perspectives*. London: Sage Publications.

NEWTON-JOHN, T.R.O., SPENCE, S.H., & SCHOTTE, D. (1995). Cognitive behavioral therapy versus EMG biofeedback in the treatment of chronic low back pain. *Behaviour Research and Therapy, 33,* 691-697.

NEZU, A.M. (1986). Efficacy of a social problem-solving therapy approach for unipolar depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54,* 196-202.

NEZU, A.M. (1987). A problem-solving formulation of depression: A literature review and proposal of a pluralistic model. *Clinical Psychology Review, 7*, 121-144.

NEZU, A.M., & NEZU, C.M. (Comps.), (1989). *Clinical decision making in behavior therapy. A problem-solving perspective*. Champaign, Ill.: Research Press.

NEZU, A.M., & NEZU, C.M. (1993). Identifying and selecting target problems for clinical interventions. A problem-solving model. *Psychological Assessment, 5*, 254-263.

NEZU, A.M., NEZU, C.M., DEANER, S.L., & D'ZURILLA, T.J. (1997). El estado de la cuestión de los enfoques en resolución de problemas. En I.Caro (Comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas* (pp. 171-179). Barcelona: Paidós.

NEZU, C.M., NEZU, A.M., & HOUTS, P.S. (1993). Multiple applications of problem-solving principles in clinical practice . En K.T. Kuehlwein, & H. Rosen (Comps.), *Cognitive therapies in action: Evolving innovative practice* (pp. 353-378). San Francisco: Josey-Bass.

NEZU, A.M., & PERRI, M.G. (1989). Social problem-solving therapy for unipolar depression: An initial dismantling investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 408-413.

NICHOLAS, M.K., WILSON, P.H., & GOYEN, J. (1991). Operant-behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic low back pain. *Behaviour Research and Therapy, 29*, 235-238.
NORCROSS, J.C. (Ed.), (1986). *Handbook of eclectic psychotherapy.* New York: Brunner/Mazel.

NIETZEL, M.T., MARTORANO, R.D., & MELNICK, J. (1977). The effects of covert modeling with and without reply training on the development and generalization of assertive responses. *Behavior Therapy, 8*, 183-192.

NORCROSS, J. C., & PROCHASKA, J. O. (1983). Clinicians' theoretical orientations: Selections, utilization, and efficacy. *Professional Psychology: Research* and Prac*tice, 14*, 197-208.

NORCROSS, J.C., & PROCHASKA, J. O. (1988). A study of eclectic (and integrative) views revisited. *Professional Psychology: Research and Practice, 19, 170-174.*

NOUWEN, A. (1983). EMG biofeedback used to reduce standing levels of paraspinal muscle tension in chronic tow back pain. *Pain, 17*, 353-360.

NUECHTERLEIN, K.H., & HOLROYD, J.C. (1980). Biofeedback in the treatment of tension headache. Current status. *Archives of General Psychiatry, 37*, 866-873.

O'CONNOR, R.D. (1969). Modification of social withdrawal through symbolic modeling. *Journal of Applied Behavior Analysis, 2*, 15-22.

O'DELL, S. (1974). Training parents in behavior modification: A review. *Psychological Bulletin, 81*, 418-433.

O'DONOHUE, W., & KRASNER, L. (1995a). Theories in behavior therapy: Philosophical and historical contexts. En W. O'Donohue, & L. Krasner (Eds.), *Theories of behavior therapy. Exploring behavior change*. Washington, DC: American Psychological Association.

O'DONOHUE, W., & KRASNER, L. (Eds.), (1995b) *Theories of behavior therapy: Exploring behavior change.* Washington, DC: American Psychological Association.

O'FARRELL, T.J., CHOQUETTE, K.A., CUTTER, H.S.G., BROWN, E.D., & MCCOURT, W.F. (1993). Behavioral marital therapy with and without additional couples relapse prevention sessions for alcoholics and their wives. *Journal of Studies on Alcohol, 54*, 652-666.

O'LEARY, A., SHOOR, S., LORIG, K., & HOLMAN, H.R. (1988). A cognitive behavioral treatment for rheumatoid arthritis. *Health psychology, 7,* 527-544.

O'LEARY, K.D., & BECKER, W.C. (1967). Behavior modification of an adjustment class: A token reinforcement program. *Exceptional children, 34,* 637-642.

O'LEARY, K.D., & WILSON, G.T. (1975). *Behavior therapy: Application and outcome*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

O'LEARY, K.D., & WILSON, G.T. (1987). *Behavior therapy: Application and outcome* (2nd. ed.) Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

O'LEARY, S.G. (1976). *The use of punishment with normal children.* Paper presented at the Association for the Advancement of Behavior Therapy. New York. December, 1976.

O'LEARY, S.G., & DUBEY, D.R. (1979). Applications of self-control procedures by children: A review. *Journal of Applied Behavior Analysis, 12,* 111-127.

OLIVARES, J. MÉNDEZ, F.X. y BERMEJO, R.M. (1998). Técnicas de biofeedback. En J. Olivares y F.X. Méndez (Eds.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 307-336). Madrid: Biblioteca Nueva.

OLSON, R.P., & SCHWARTZ, M.S. (1987). An historical perspective on the biofeedback field. En M.S. Schwartz (Ed.), *Biofeedback: A practitioner's guide* (pp. 3-16). New York: Guilford Press.

OLTON, R.M., & CRUTCHFIELD, R.S. (1969). Developing the skills of productive thinking. En P. Mussen, J. Langer, & M.V. Covington (Eds.), *Trends and issues in developmental psychology* (pp. 68-91). New York: Holt, Rinehart, & Winston.

O'NEILL, & HOWELL, R.J. (1969). Three modes of hierarchy presentation in systematic desensitization. *Behaviour Research and Therapy, 7,* 289-294.

ORDMAN, A.M., & KIRSCHENBAUM, D.S. (1985). Cognitive-behavioral therapy for bulimia: An initial outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53,* 305-315.

ORLANSKY, H. (1949). Infant care and personality. *Psychological Bulletin, 46,* 1-48.

OSBORN, A.F. (1963). *Applied imagination. Principles and procedures of creative problem-solving* (3rd ed.) New York: Scribner's.

OSGOOD, C.E. (1956). Fidelity and reality. En H. Quastler (Ed.), *Information theory in psychology*. Glencoe, Ill.: Free Press.

ÖST, L., & WESTLING, B. (1995). Applied relaxation vs cognitive behavior therapy in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy, 33,* 145-158.

OVERHOSER, J.C., & FINE, M.A. (1994). Cognitive-behavioral treatment of excessive interpersonal dependency: A four-stage psychotherapy model. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 8,* 55-70.

OVERSKEID, G. (1994). Private events and other causes of behavior: Who can tell the difference?. *The Psychological Record, 44,* 35-43.

OZER, E.M., & BANDURA, A. (1990). Mechanisms governing empowerment effects: A self-efficacy analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 58,* 472-486.

PACKER, M.J. (1985). Hermeneutic inquiry in the study of human conduct. *American Psychologist, 4*0, 1081-1093.

PAIVIO, A. (1971). *Imagery and verbal processes*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.

PALACIOS, C. (1992). Resolución de problemas de química, mapas conceptuales y estilo cognitivo. *Revista de Educación, 297*, 293-314.

PALERMO, D.S. (1971). Is a scientific revolution taking place in psychology?. *Science Studies, 1*, 135-155.

PALMER, J.E. (1980). *A primer of eclectic psychotherapy*. Monterey, CA: Brooks/Cole.

PAPANEK, V.J. (1969). Tree of life: Bionics. *Journal of Creative Behavior, 3*, 5-15.

PARKER, J.C., SMARR, K.L., BUCKELEW, L.P., STUCKY-ROPP, R.C., HEWETT, J.E., JOHNSON, J.C., WRINHT, G.E., IRVIN, W.S., & WALKER, S.E. (1995). Effects of stress management on clinical outcomes in rheumatoid arthritis. *Arthritis and rheumatism, 38*, 1807-1818.

PARLOFF, M.B. (1961). Therapist-patient relationships and outcome of psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology, 25*, 29-38.

PATTERSON, G.R. (1975). *Families* (Rev. ed.). Champaing, Ill.: Research Press.

PAUL, G.L. (1966). *Insight versus desensitization in psychotherapy. An experiment in anxiety reduction* Stanford, CA: Stanford University Press.

PAUL, G.L. (1967). Insight versus desensitization two years after termination. *Journal of Consulting Psychology, 51*, 333-348.

PAUL, G.L. (1969a). Chronic mental patient: Current status-future directions. *Psychological Bulletin, 71*, 81-94.

PAUL, G. L. (1969b). Behavior modification research: Design and tactics. En C. M. Franks (Ed.), *Behavior therapy: Appraisal and status* (pp. 29-62). New York: McGraw-Hill.

PAUL, G.L., & LENTZ, R.J. (1977). *Psychosocial treatment of chronic mental patients: Milieu versus social-learning programs*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

PAUL, G.L., & SHANNON, D.T. (1966). Treatment of anxiety through systematic desensitization in therapy groups. *Journal of Abnormal Psychology, 71*, 124-135.

PAVLOV, I.P. (1906). The scientific investigation of the psychical facultaties or processes in the higher animals. *Science, 24*, 613-619.

PAVLOV, I.P. (1927). *Conditioned reflexes: An investigation of the physiological activity of the cerebral cortex*. London: Oxford University Press.

PAYNE, A., & BLANCHARD, E.B. (1995). A controlled comparison of cognitive therapy and self-help support groups in the treatment of irritable bowel syndrome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 779-786.

PELECHANO, V. (1978). Formulación y panorama actual de la psicología de la modificación de la conducta. *Análisis y Modificación de Conducta, 4*, 63-85.

PELECHANO, V. (1980). *Modelos básicos de aprendizaje*. Valencia: Alfaplus.

PELECHANO, V., ALONSO, A., MATEO, Y., GUERRA, L., y MARTIN, R. (1976). Viabilidad de una entrevista estructurada para detectar historias de refuerzo en deficientes mentales. *Análisis y Modificación de Conducta, 2(3),* 233-246.

PENICK, S.B., FILION, R., FOW, S., & STUNKARD, A.J. (1974). Behavior modification in the treatment of obesity. En M. Mahoney, & C.E. Thoresen, *Self-Control: Power to the person*. Monterey, CA: Brooks/Cole.

PEPLER, D.J., & RUBIN, K.H. (Eds.), (1991). *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

PEPPER, S. (1942). *World hypotheses: A study in evidence*. Berkeley, CA: University of California Press.

PEPPER, S.C. (1967). *Concept and quality: A word hypothesis*. LaSalle, IL: Open Court.

PÉREZ, M. (1991). El sujeto de la modificación de conducta: Un análisis conductista. En V. Caballo (Comp.), *Manual de técnicas de modificación de conducta*. (pp. 69-89). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.

PÉREZ, M. (1995). Pasado, presente y futuro de la terapia de conducta. *Boletín de Psicología*, 46, 37-94.

PÉREZ, M. (1996a). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Editorial Universitas, S.A.

PÉREZ, M. (1996b). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.

PERRY, M.A., & FURUKAWA, M.J. (1986). Modeling methods. En F.H. Kanfer, & A.P. Goldstein, (Eds.), *Helping people change* (3rd ed. pp. 66-110). New York: Pergamon Press.

PETERSON, D.R. (1968). *The clinical study of social behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.

PHADKE, K.M. (1982). Some innovations in RET theory and practice. *Rational Living, 17,* 25-30.

PHILLIPS, E.L. (1968). Achievement Place: Token reinforcement procedures in a home-style rehabilitation setting for "predelinquent" boys. *Journal of Applied Behavior Analysis, 1*, 213-223.

PHILLIPS, E.L., PHILLIPS, E.A., WOLF, M.M. & FIXEN, D.L. (1973). Achievement Place: Development of the elected manager system. *Journal of Applied Behavior Analysis, 6*, 541-561.

PHILLIPS, H.C. (1987). The effect of behavioral treatment on chronic pain. *Behaviour Research and Therapy, 25*, 365-367.

PHILLIPS, R.E., JOHNSON, G.E., & GEVER, A. (1972). Self-administered systematic desensitization. *Behaviour Research and Therapy, 10*, 93-96.

PIERCE, D., SEWELL, K., & CROMWEIL, R. (1992). Schizophrenia and depression: Construing empirical research. En R.A. Neimeyer, & G.J. Neimeyer (Eds.), *Advances in personal construct psychology* (Vol. 2, pp. 151-184). Greenwich, CT: JAI Press.

PINE, F. (1990). *Drive, ego, object and self: A synthesis for clinical work*. New York: Basic Books.

PLATONOV, K.I. (1959). *The word as a physiological and therapeutic factor*. Moscow: Foreing Langauges Publishing House.

PLAUD, J.T. (1995). Analysis of complex human behavior: A reply to Staats. *Behavior Analyst, 18*, 167-169.

PLAUD, J.J., & Eifert, G.H. (1998). *From Behavior Theory to Behavior Therapy*. Boston: Allyn and Bacon.

PLOTKIN, W.B. (1976). On the self-regulation of the occipital alpha rhythm: Control strategies, states of consciousness and the role of physiological feedback. *Journal of Experimental Psychology: General, 105*, 66-99.

POCH, J. y AVILA, E. (1998). *Investigación en psicoterapia. La contribución psicoanalítica*. Barcelona: Paidós.

POLKINGHORNE, D.E. (1991). Two conflicting calls for methodological reform. *The Consulting Psychologist, 19*, 103-114.

POLKINGHORNE, D.E. (1992). Postmodern epistemology of practice. En S. Kvale (Comp.). *Psychology and postmodernism*. London: Sage Publications

POLLIE, R. (1983). Brother, can you paradigm?. *Science 83 (4)*, 76-77.

POPPER, K.R. (1959). *The logic of scientific discovery*. New York: Harper & Row.

POPPER, K.R. (1966). *The open society and its enemies*. London: Routledge and Kegan Paul

POPPER, K.R. (1972). *Objective knowledge*. Oxford: Clarendon Press.

POSER, E.G. (1966). The effect of therapist's training on group therapeutic outcome. *Journal of Consulting Psychology, 30*, 283-289.

POSER, E.G. (1969). The teaching of behavior modification in an interdisciplinary setting. En R.D. Rubin, & C.M. Franks (Eds.) *Advances in behavior therapy, 1968*. New York: Academic Press.

PREMACK, D. (1959). Toward empirical behavior laws. I. Positive reinforcement. *Psychological Review*, 66, 219-233.

PREMACK, D. (1965). Reinforcement theory. En D. Levine (Ed.) *Nebraska symposium on motivation* (pp. 123-180). Lincoln: University of Nebraska.

PROCHASCA, J.O. (1984). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (2nd ed.). Homewood, IL: Dorsey Press.

PROCHASKA, J. O., & DICLEMENTE, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Homewood, Ill: Dow Jones-Irvin.

PROCHASKA, J.O., & DICLEMENTE, C.C. (1986). The transtheoretical approach. En J.C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy* (pp. 163-200). New Brunner/Mazel.

PROCHASKA, J.O., ROSSI, J. S., & WILCOX, N. S. (1991). Change processes and psychotherapy outcome in integrative case research. *Journal of Psychotherapy Integration, 1*, 103-120.

PROKASY, W.F., & ALLEN, C.K. (1969). Instructional sets in human differential eyelid conditioning. *Journal of Experimental Psychology, 80*, 271-291.

PUDER, R.S. (1988). Age analysis of cognitive-behavioral group therapy for chronic pain outpatients. *Psychology and Aging, 3*, 204-207.

PULA, R.P. (1979). Knowledge, uncertainty and courage. Heisenberg, & Korzybski. *General Semantics Bulletin, 46*, 9-25.

PUTNAM, H. (1984). After Ayer, after empiricism. *Partisan Review, 51*, 265-275.

RACHLIN, H. (1974). Self-control. *Behaviorism, 2*, 94-107.

RACHLIN, H. (1977). *Introducción al conductismo moderno.* Madrid: Debate. (Original: 1976).

RACHMAN, S. (Ed.), (1963a). *Critical essays on psychoanalysis.* New York: McMillan.

RACHMAN, S. (Ed.), (1963b). Introduction to behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy, 1,* 3-15.

RACHMAN, S. (1965). Studies in desensitization: l. The separate effects of relaxation and desensitization. *Behaviour Research and Therapy, 3,* 245-252.

RACHMAN, S. (1967). Systematic desensitization. *Psychological Bulletin, 67,* 93-103.

RACHMAN, S. (1968a). *Phobias: Their nature and control*. Springfield III.: Charles C. Thomas.

RACHMAN, S. (1968b). The role of muscular relaxation in desensitization therapy. *Behaviour Research and Therapy, 6,* 159-166.

RACHMAN, S. (1971). *The effects of psychotherapy*. New York: Pergamon Press.

RACHMAN, S.J. (1976). Observational learning and therapeutic modeling. En M.P.Feldman, & A. Broadhurst (Eds.), *Theoretical and empirical bases of the behaviour therapies.* London: John Wiley & Sons.

RACHMAN, S. (1990). *Fear and courage* (2nd. ed.). New York: W.H. Freeman.

RACHMAN, S.J. (1996). Trends in cognitive and behavioural therapies. En P.M. Salkovskis (Ed.), *Trends in cognitive and behavioural therapies* (pp. 1-24). New York: John Wiley & Sons.

RACHMAN, S., COBB, J., GREY, S., MCDONALD, B., MAWSON, D., SARTORY, G., & STERN, R. (1979). The behavioural treatment of obsessional-compulsive disorders with and without clomipramine. *Behaviour Research and Therapy, 17,* 467-478.

RACHMAN, S., & EYSENCK, H.J. (1966). Reply to a "critique and reformulation" of behavior therapy. *Psychological Bulletin, 65,* 165-169.

RACHMAN, S.J., & HODGSON,R.J. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

RACHMAN, S., HODGSON, R., MARKS, I.M. (1971). The treatment of chronic obsessive-compulsive disorders by modeling. *Behaviour Research and Therapy, 9,* 237-247.

RACHMAN, S., & TEASDALE, J. (1969). *Aversion therapy and behavior disorders: An analysis*. Coral Gables, FL.: University of Miami Press.

RACHMAN, S.J., & WILSON, G.T. (1971). *The effects of psychological therapy*. Oxford: Pergamon Press.

RACHMAN, S.J., & WILSON, G.T. (1980). *The effects of psychological therapy*, (2nd. ed.). Oxford: Pergamon Press.

RAICH, R. (1995). Condicionamiento encubierto. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 776-795). Madrid: Pirámide.

RAINER, T. (1978). *The new diary*. Los Angeles: Tarcher

RASKIN, M., JOHNSON, G., & RONDESTVEDT, J. (1973). Chronic anxiety treated by feedback-induced muscle relaxation. *Archives of General Psychiatry, 28,* 263-267.

REEVES, J.L., & MEALIEA, W.L. (1975). Biofeedback assisted cue-controlled relaxation for the treatment of flight phobias. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 6,* 105-109.

REHM, L.P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.

REHM, L.P. (1991). Métodos de autocontrol. En V. E. Caballo (Comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*., (pp.655-683). Madrid: Siglo Veintiuno Editores, S.A.

REHM, L.P., & ROKKE, P. (1988). Self-management therapies. En K.S. Dobson (Comp.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: The Guildford Press.

RENFREY, G., & SPATES, C.R. (1994). Eye movement desensitization: A partial dismantling study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 25*, 231-239.

RICE, L.N. & GREENBERG, L.S. (1992). Humanistic approaches to psychotherapy. En D.K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy* (pp. 197-224). Washington, DC: American Psychological Association.

RICHARDSON, F.C., & SUINN, R.M. (1973). A comparison of traditional systematic desensitization, accelerated massed desensitization, and anxiety management training in the treatment of mathematics anxiety. *Behavior Therapy, 4*, 212-218.

RICHARDSON, K. (1993). *Para comprender la psicología*. Madrid: Alianza Editorial. (Original, 1988).

RICOEUR, P. (1970). *Freud & philosophy*. New Haven, CT: Yale University Press.

RIGAZIO-DIGILIO, S.A., & IVEY, A.E. (1990). Developmental therapy and depressive disorders: Measuring cognitive levels through patient natural language. *Professional Psychology: Research and Practice, 21*, 470-475.

RIMM, D.C. (1973). Thought stopping and covert assertion in the treatment of phobias. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*, 466-467.

RIMM, D.C., & MASTERS, J.C. (1979). *Behavior therapy: Techniques and empirical findings* (2nd ed.). Orlando: Academic Press Inc.

RISLEY, T.R. (1968). The effects and side effects of punishing the autistic behaviors of a deviant child. *Journal of Applied Behavior Analysis, 1*, 21-34.

RISLEY , T.R., & HART, B.M. (1968). Developing correspondence between the nonverbal and verbal behavior of preschool children. *Journal of Applied Behavior Analysis, 1*, 267-281.

RITTER, B. (1968). The group treatment of children's snake phobias, using vicarius and contact desensitization procedures. *Behaviour Research and Therapy, 6*, 1-6.

ROBINSON, C., & SUINN, R.M. (1969). Group desensitization of phobia in massed sessions. *Behaviour Research and Therapy, 7*, 319-321.

ROBINSON, D.N. (1979). *Systems of modern psychology*. New York: Columbia University Press.

ROGERS, C.R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin. (Traducción: Paidós, 1971).

ROGERS, T. & CRAIGHEAD, W.E. (1977). Physiological responses to self-statements: The effects of statement valence and discrepancy. *Cognitive Therapy and Research, 1*, 99-119.

ROGERS-WARREN, A., & WARREN, S.F. (1977). *Ecological perspectives in behavior analysis*. Baltimore: University Park Press.

ROGNANT, J. (1973). Therapie comportementale de l'exhibitionnisme néurotique. *Encéphale, 62*, 332-344.

ROLLINS, H.A., McCANDLESS, B.R., THOMPSON, M., & BRASSELL, W.R. (1974). Project Success Environment: An extended application of contingency management in inner-city schools. *Journal of Educational Psychology, 66,* 167-178.

ROMANCZYK, R.G. (1974). Self-monitoring in the treatment of obesity: Parameters of reactivity. *Behavior Therapy, 5,* 531-540.

ROTHBAUM, B.O., HODGES, L.F., KOOPER, R., OPDYKE, D., WILLIFORD, J.S., & NORTH, M. (1995). Virtual reality graded exposure in the treatment of acrophobia: A case report. *Behavior Therapy, 26,* 547-554.

ROTGERS, F. (1988). Social learning theory, philosophy of science, and the identity of behavior therapy. En D. B. Fishman, F. Rotgers, & C.M. Franks. *Paradigms in Behavior Therapy: Present and Promise* (pp. 187-210). New York: Springer

ROSCH, E. (1973). On the internal structure of perceptual and semantic categories. En T.M. More (Ed.), *Cognitive-development and the acquisition of language* (pp. 290-233). New York: Academic Press.

ROSCH, E. (1975). Cognitive representations of semantic categories. *Journal of Experimental Psychology General, 104*, 192-233.

ROSEN, G.M. (1976). The development and use of nonprescription behavior therapies. *American Psychologist, 31,* 139-141.

ROSEN, G.M., ROSEN, E., & REID, J.B. (1972). Cognitive desensitization and avoidance behavior: A reevaluation. *Journal of Abnormal Psychology, 80,* 176-182.

ROSEN, G.M., GLASGOW, R.E., & BARRERA, M.A. (1976). Controlled study to asses the clinical efficacy of totally self-administered systematic desensitization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44,* 208-217.

ROSEN, H. (1985). *Piagetian dimensions of clinical relevance*. New York: Columbia University Press.

ROSENBAUM, M.A. (1980). A schedule for assessing self-control behaviors: Preliminary findings. *Behavior Therapy, 11,* 109-121.

ROSENBAUM, M., & MERBAUM, M. (1984). Self-control theory and technique in the modification of smoking, obesity, and alcohol abuse. En C.M. Franks (Ed.), *New developments in behavior therapy: From research to clinical application* (pp. 57-148). New York: The Haworth Press.

ROSENTHAL, R. (1994). Science and ethics in conducting, analyzing, and reporting psychological research. *Psychological Science, 5,* 127-134.

ROSENTHAL, T.L., & BANDURA, A. (1978). Psychological modeling: Theory and practice. En S.L. Garfield, & A.E. Bergin (Eds), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, (2nd, ed.). New York: Wiley.

ROSENTHAL, T.L. y REESE, S.L. (1983). Efectos del modelado encubierto y del modelado *in vivo* sobre la conducta asertiva. En D. Upper y J.R. Cautela (Eds.), *Condicionamiento encubierto* (pp. 222-230). Bilbao: Desclée de Brouwer (Original: Pergamon Press, 1977).

ROTHBAUM, B.O., HODGES, L.F., KOOPER, R., OPDYKE, D., WILLIFORD, J.S., & NORTH, M. (1995). Virtual reality graded exposure in the treatment of acrophobia: A case report. *Behavior Therapy, 26,* 547-554.

ROTTER, J.B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs. New York: Prentice-Hall.

ROTTER, J.B. (1982). Social learning theory. En N.T. Feather (Ed.), *Expectations and actions: Expectancy-value models in psychology*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

RUSSEL, E.W. (1974). The power of behavior control: A critique of behavior modification methods. *Journal of Clinical Psychology, 30*, 111-136.

RYLE, A. (1978). A common language for the psychotherapies. *British Journal of Psychiatry, 132*, 585-594.

RYLE, A. (1980). Some measures of goal attainment in focused integrated active psychotherapy: A study of 15 cases. *British Journal of Psychiatry, 137*, 475-486.

SAFER, D.J., HEATON, R.C., & PARKER, F.C. (1981). A behavioral program for disruptive junior high school students: Results and follow-up. *Journal of Abnormal Child Psychology, 9*, 483-494.

SAFRAN, J.D., & SEGAL, Z.V. (1991). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.

SAIGH, P.A. (1986). In vitro flooding in the treatment of a 6-yr-old boy's post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 24*, 685-688.

SAIGH, P.A. (1987). In vitro flooding of an adolescent's post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Child Psychology, 16*, 147-150.

SALMON, W. (1984). *Scientific explanation and the causal structure of the world. P*rinceton, NJ: Princeton University Press.

SALOVEY, P., & SINGER, J.A. (1991). Cognitive behavior modification. En F.H. Kanfer, & A.P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (pp. 361-395). Elmsford: Pergamon Press.

SALTER, A. (1949). *A conditioned reflex therapy. The direct approach to the reconstruction of personality*. New York: Creative Age Press.

SALTER, A. (1949). *Condition reflex therapy: The direct approach to the reconstruction of personality*. New York: Creative Age Press.

SALTER, A. (1952). *The case against psychoanalysis*. New York: Holt.

SAMAAN, M. (1975). Thought-stopping and flooding in a case of hallucinations, obsessions and homicidal-suicidal behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 6*, 65-67.

SANDERSON, W.C., BECK, A.T, & McGINN, L.K. (1994). Cognitive therapy for generalized anxiety disorder: Significance of comorbid personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 8*, 13-18.

SARASON, J.G. (1979). Three lacunae of cognitive therapy. *Cognitive Therapy and Research, 3*, 223-235.

SARGENT, J.D., SLOLBACH, P., COYNE, L., SPHON, H., & SEGERSON, J. (1986). Results of a controlled experimental outcome study of non-frug treatment for the control of migraine headache. *Journal of Behavioral Medicine, 9*, 291-306.

SARTRE, J.P. (1989). *El ser y la nada*. Madrid: Alianza. (Original: 1943).

SCARR, S. (1985). Construing psychology: Making facts and fables for our times. *American Psychologist, 40*, 499-512.

SCHMIDT, U. (1989). Behavioural psychotherapy for eating disorders. *International Review of Psychiatry, 1*, 245-256.

SCHROEDER, G.L., & BAER, D.M. (1972). Effects of concurrent and serial training on generalized vocal imitation in retarded children. *Developmental Psychology*, 6, 293-301.

SCHULTZ, J.H. (1932). *Das autogene training: Konzentrative selbtentspannung*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

SCHWARTZ, G.E. (1991). The data are always friendly: A systems approach to psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration, 1*, 55-69.

SCHWARTZ, G.E., & BEATTY, J. (1977). Introduction. En G.E. Schwartz, & J. Beatty (Eds.), *Biofeedback, theory and research* (pp. 1-6). New York: Academic Press, Inc.

SCHWARTZ, J.L., & DUBITZKY, M. (1968). *Psychosocial factors involved in cigarette smoking and cessation. Berkeley*, CA: Institute for Health Research.

SCHWARTZ, M.S. (1987). *Biofeedback: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.

SEARS, R.R. (1944). Experimental analysis of psychoanalytic phenomena. En J.M.V. Hunt (Ed.), *Personality and the behavior disorders: A handbook based on experimental and clinical research* (Vol. I). New York: Roland.

SEARS, R.R., MACCOBY, E.E., & LEVING, H. (1957). *Patterns of child rearing*. Evanston: Row Peterson.

SELIGMAN, M.E.P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist, 50*, 965-974.

SELIGMAN, M.E.P. (1996). Science as an ally of practice. *American Psychologist, 51*, 1072-1079.

SELIGSON, M.R., & PETERSON, K.E. (Eds.), (1992). *AIDS prevention and treatment: Hope, humor, & healing.* New York: Hemisphere.

SEWELL, K., ADAMS-WEBBER, J., MITTERER, J., & CROMWELL, R. (1992). Computerized repertory grids: Review of the literature. *International Journal of Personal Construct Psychology, 5*, 1-24.

SHAPIRO, D. (1982). Generalization and maintenance in biofeedback treatment. En R.B. Stuart (Comp.), *Adherence, compliance, and generalization in behavioral medicine.* New York: Brunner/Mazel.

SHAPIRO, D., TURSKY, B., GERSHON, E., & STERN, M. (1969). Effects of feedback and reinforcement on the control of human systolic blood pressure, *Science, 163*, 588-590.

SHAPIRO, D., SCHWARTZ, G.E. & TURSKY, B. (1972). Control of the diastolic blood pressure in man by feedback and reinforcement. *Psychophysiology, 9*, 296-304.

SHAPIRO, D., & SURWIT, R.S. (1976). Learn control of physiological function and disease. En H. Leitenberg (Ed.), *Handbook of behavior modification and behavior therapy*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

SHAPIRO, D.A., BARKHAM, M., REES, A., HARDY, G., REYNOLDS, S., & STARTUP, M. (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 522-524.

SHAPIRO, F. (1989).Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress, 2*, 199-223.

SHAPIRO, M.B. (1957). Experimental method in the psychological description of the individual psychiatric patient. *International Journal of Social Psychiatry, 3*, 89-102.

SHAW, B.F. (1977).Comparison of cognitive therapy and behavior therapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45*, 543-551.

SHAW, G., SRIVASTAVA, E.D., SADLER, M., SWANN, P., JAMES, J.Y., & RHODES, J. (1991). Stress management for irritable bowel syndrome: A controlled trial. *Digestion, 50*, 36-42.

SHEAR, M.K., PILKONIS, P.A., CLOITRE, M., & LEON, A.C. (1994). Cognitive behavioral treatment compared with non-prescriptive treatment of panic disorder. *Archives of General Psychiatry, 51*, 395-401.

SHEPPARD, N., Jr. (1977). A lesson in prison life, taught by experts. *N.Y. Times*, Jan. 25, 39:3.

SHIMP, C.P. (1976). Short-term memory in the pigeon: The previously reinforced response. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 26* 487-493.

SHURE, M..B. (1981). Social competence as a problem-solving skill. En D. Wine, & M.D. Syme (Eds.), *Social competence.* New York: Guilford Press.

SHURE, M..B., & SPIVACK, G. (1978). *Problem solving techniques in child rearing*. San Francisco: Jossey Bass.

SILVERMAN, L. H. (1974). Some psychoanalytic considerations of non-psychoanalytic therapies: On approaches and related issues. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 11*, 298-305.

SILVERMAN, K., HIGGINS, S.T., BROONER, R.K., MONTOYA, I.D., CONE, E.J., SCHUSTER, C.R., & PRESTON, K.L. (1996). Sustained cocaine abstinence in methadone maintenance patients through voucher-based reinforcement therapy. *Archives of General Psychiatry, 53*, 409-415.

SIMON, K.M. (1994). A rapid stabilization cognitive group therapy program for psychiatric inpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 1*, 286-297.

SIMÓN, M.A. (1991). Biofeedback. En V.E. Caballo (Ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 373-400). Madrid: Siglo XXI.

SIPPRELLE, C.N. (1967). Induced anxiety. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 4*, 36-40.

SKINNER, B.F. (1938). *The behavior of organisms: An experimental analysis*. New York: Appleton-Century.

SKINNER, B.F. (1945). The operational analysis of psychological terms. *Psychological Review, 52*, 270-277.

SKINNER, B.F. (1950). Are theories of learning necesary?. *Psychological Review, 57*, 193-216.

SKINNER, B.F. (1953). *Science and human behavior.* New York: Macmillan. (Traducción Fontanella, 1970).

SKINNER, B.F. (1956). A case history in scientific method. *American Psychologist*, 11, 221-233.

SKINNER, B.F. (1957). *Verbal behavior.* New York: Appleton-Century-Crofts.

SKINNER, B.F. (1963). Behaviorism at fifty. *Science, 140*, 951-958.

SKINNER, B.F. (1979). *Contingencias de reforzamiento. Un análisis teórico*. México: Trillas. (Original: Appleton-Century-Crofts, 1969).

SKINNER, B.F. (1971). *Beyond freedom and dignity*. New York: Knopf.

SKINNER, B.F. (1972). *Cumulative record: A selection of papers* (3rd. ed.). New York: Appleton-Century-Crofts.

SKINNER, B.F. (1974). *About behaviorism.* New York: Knopf.

SKINNER, B.F. (1976). *Particulars of my life*. New York: Knopf.

SKINNER, B.F. (1977). Why I am not a cognitive psychologist. *Behaviorism, 5*, 1-10.

SKINNER, B.F. (1978). The experimental analysis of behavior (a history). En B.F. Skinner (Ed.), *Reflections on behaviorism and society*, (pp. 113-126). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

SLOANE, R. B., STAPLES, E R., CRISTOL, A. H., YORKSTON, N. J., & WHIPPLE, K. (1975). *Psychotherapy versus behavior therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

SMITH, D.S. (1982). Trends in counseling and psychotherapy. *American Psychologist, 37*, 802-809.

SMITH, M.L., & GLASS, G.V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist, 32*, 752-760.

SMITH, M.L., GLASS, G. V., & MILLER, I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

SMITH, R.D., DICKSON, A.L., & SHEPPARD, L. (1973). Review of flooding procedures (implosion) in animals and man. *Perceptual and Motor Skills, 37*, 351-374.

SNYGG, G., & COMBS, A.W. (1959). *Individual Behavior*. New York: Harper & Row.

SOLDZ, S. (1987). The flight from relationship. En R.A. Neimeyer, & G.J. Neimeyer (Eds.), *Personal construct therapy casebook* (pp. 76-89). New York: Springer.

SOLOMON, R.L. (1964). Punishment. *American psychologist, 19*, 239-253.

SOLOMON, R.L., & BRUSCH, E.S. (1956). Experimentally derived conceptions of anxiety and aversion. En M.R. Jones, *Nebraska Symposium on motivation*. Nebraska: University of Nebraska Press.

SOLOMON, R.L., KAMIN, L.J., & WYNNE, L.C. (1953). Traumatic avoidance learning: The outcomes of several extinction procedures with dogs. *The Journal of Abnormal and Social Psychology, 48*, 291-302.

SOLOMON, R.L. & WYNNE, L.C. (1953). Traumatic avoidance learning: Acquisition in normal dogs. *Psychological Monographs, 67*.

SOLOMON, R.L. & WYNNE, L.C. (1954). Traumatic avoidance learning: The principles of anxiety conservation and partial irreversibility. *Psychological Review, 61*, 353-383.

SOMMER, R., & OSMOND, H. (1961). Symptoms of institutional care. *Social Problems, 8*, 254-263.

SORBI, M., & TELLEGEN, B. (1984). Multimodal migraine treatment: Does thermal feedback add to the outcome?. *Headache, 24*, 249-255.

SORBI, M., & TELLEGEN, B. (1986). Differential effects of training in relaxation and stress-coping in patients with migraine. *Headache, 26*, 473-481.

SPENCER, P.G., GILLESPIE, C.R., & EKISA, E.G. (1983). A controlled comparison of the effects of social skills training and remedial drama on the conversational skill of chronic schizophrenic inpatients. *British Journal of Psychiatry, 143*, 165-172.

SPIEGLER, M.D., COOLEY, E.J., MARSHALL, G.J., PRINCE, H.T., PUCKETT, S.P., & SKENAZY, J.A. (1976). A self-control versus a counterconditioning paradigm for systematic desensitization: An experimental comparison. *Journal of Counseling Psychology, 23*, 83-86.

SPIEGLER, M.D., & GUEVREMONT, D.C. (1998). Contemporary behavior therapy (3rd ed.) New York: Brooks/Cole.

SPIVACK, G., PLATT, J.J., & SHURE, M.D. (1976). *The problem solving approach to adjustment*, San Francisco: Jossey Bass.

SPIVACK, G., & SHURE, M.B. (1974). *Social adjustment in young children: A cognitive approach to solving real life problems*. San Francisco. Jossey-Bass.

SPIVACK, G., & SHURE, M.B. (1982). The cognition of social adjustment: Interpersonal cognitive problem solving thinking. En B.B. Lahey, & A.E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 5, pp. 323-372). New York: Plenum Press.

SPOCK, B. (1957). *Baby and child care*. New York: Pocket Books.

STAATS, A.W. (Ed.), (1964). *Human learning: Studies extending conditioning principles to complex behavior*. New York: Holt, Rinehart & Wiston.

STAATS, A.W. (1969). Experimental demand characteristics and the classical conditioning of attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology, 11*, 187-192.

STAATS, A.W. (1975). *Social Behaviorism*. Homewood, III.: Dorsey Press. (Traducción: El Manual Moderno, 1979).

STAATS, A.W. (1983). *Psychology's crisis of disunity: Philosophy and method for a unified science*. New York: Praeger.

STAATS, A.W. (1988). Paradigmatic behaviorism, unified positivism and paradigmatic behavior therapy. En D.B. Fishman, F. Rotgers, & C.M Franks (Eds.), *Paradigms in behavior therapy: Present and promise* (pp. 211-253). New York: Springer.

STAATS, A.W. (1990). Paradigmatic behavior therapy: A unified framework for theory, research, and practice. En G.H. Eifert, & I.M. Evans, (Eds.), *Unifying behavior therapy. Contributions of paradigmatic behaviorism* (pp. 14-15). New York: Springer.

STAATS, A.W. (1995). Paradigmatic behaviorism and paradigmatic behavior therapy. En W. O'Donohue, & L. Krasner (Eds.), *Theories of Behavior Therapy* (pp. 659-693). Washington, DC: American Psychological Association.

STAATS, A. W. (1997). *Conducta y personalidad. Conductismo psicológico*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original, 1996).

STAMPFL, T.G. (1966). Implosive therapy: The theory, the subhuman analogue, the strategy, and the technique. Part I: The theory. En S.G. Armitage (Ed.), *Behavior modification techniques in the treatment of emotional disorders*. Battle Creek, Michigan: Veterans Administration Hospital.

STAMPFL, T.G. (1970). Implosive therapy: An emphasis on covert stimulation. En D.J. Levis (Ed.), *Learning approaches in therapeutic behavior change*. Chicago: Aldine.

STAMPFL, T.G., & LEVIS, D.J. (1967). Essentials of implosive therapy: A learning-theory-based psychodinamic behavioral therapy. *Journal of Abnormal Psychology, 72*, 496-503.

STAMPFL, T.G., & LEVIS, D.J. (1969). Learning theory: An aid to dynamic therapeutic practice. En L.D. Eron, & R. Callahan (Eds.), *Relationship of theory to practice in psychotherapy* (pp. 85-114) Chicago: Aldine.

STAMPFL, T.G., & LEVIS, D.J. (1976). Implosive therapy: A behavioral therapy. En J.T. Spence, R.C. Carson, & J.W.Thibaut (Eds.), *Behavioral Approach to Therapy*, Morristown, New Jersey: General Learning Press.

STARK, K.D., SWEARER, S., KUROWSKI, C., SOMMER, D., & BOWEN, B. (1996). Targeting the child and the family: A holistic approach to treating child and adolescent depressive disorders. En E.D. Hibbs, & P. Jensen (Eds.). *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (pp. 207-238). Washington, DC: American Psychological Association.

STEENBARGER, B.N. (1991). All the world is not a stage: Emerging contextualist themes in counseling and development. *Journal of Counseling and Development, 70*, 288-296.

STEKETEE, G. (1994). Behavioral assessment and treatment planning with obsessive compulsive disorder: A review emphasizing clinical application. *Behavior Therapy, 25*, 613-633.

STERMAN, M.B. (1973). Neurophysiologic and clinical studies of sensorimotor EEG biofeedback training: Some effects on epilepsy. *Seminars in Psychiatry, 5*, 507-525.

STERMAN, M.B. (1977). Clinical implications of EEG biofeedback training: A critical appraisal. En G.E. Schwartz, & J. Beatty (Eds.), *Biofeedback: Theory and research* (pp. 389-411). New York: Academic Press Inc.

STERMAN, M.B., FEINSTEIN, B., & MaCDONALD, L.R. (1975). Quantitative analysis of baseline and biofeedback training effects with central and occipital cortical frequencies in man. *Presentation at biofeedback research society meeting*. Monterey, California.

STERMAN, M.B., & MaCDONALD, L.R. (1978). Effects of central cortical EEG feedback training on incidents of poorly controlled seizures. *Epilepsia, 15*, 395-416.

STERMAN, M.B., MaCDONALD, L.R., & STONE, R.K. (1974). Biofeedback training of the sensorimotor electroencephalogram rhythm in man: Effects on epilepsy. *Epilepsia, 15*, 395-416.

STERN, R.S., LIPSEDGE, M. , & MARKS, I.M. (1973). Obsessive ruminations: A controlled trial of a thought-stopping technique. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 11*, 659-662.

STERN, R.S, & MARKS, I.M. (1973). Brief and prolonged flooding. *Archives of General Psychiatry, 28*, 270-276.

STEVENS, S.S. (1935b). The operational definition of psychological concepts. *Psychological Review, 42*, 517-527.

STEWART, A.E., & BARRY, J.R. (1991). Origins of George Kelly's constructivism in the work of Korzybski and Moreno. *International Journal of Personal Construct Psychology, 4*, 121-136.

STILES, W.B., SHAPIRO, D.A., & ELLIOTT, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent?. *American Psychologist, 41*, 165-180.

STOFFELMAYR, V.E., FAULKNER, G.E., & MITCHELL, W.S. (1979). The comparison of token economy and social therapy in the treatment of hard core schizophrenic patients. *Behavioral Analysis and Modification, 3*, 3-17.

STOKES, T.F., & BAER, D.M. (1977). An implicit technology of generalization. *Journal of Applied Behavior Analysis, 10*, 349-367.

STRICKER, G. (1993). The current status of psychotherapy integration. En G. Stricker, & J.R. Gold, *Comprehensive handbook of psychotherapy integration* (pp. 533-546). New York: Plenum Press.

STRICKER, G. (1994). Reflections on psychotherapy integration. *Clinical Psychology: Research and Practice, 1*, 3-12.

STRICKER, G., & GOLD, J. R. (1996). Psychotherapy integration: An assimilative psychodynamic approach. *Clinical Psychology: Research and Practice, 3, 47-58.*

STRUPP, H.H. (1976). Some critical comments on the future of psychoanalytic therapy. *Bulletin of the Menninger Clinic, 40,* 238-254.

STRUPP, H.H. (1995). The psychotherapist ‘s skills revisited. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2,* 70-74.

STRUPP, H.H., & BINDER, J.L. (1984). *Psychotherapy in a new key: A guide to time limited dynamic Psychotherapy*. New York: Basic Books.

STRUPP, H.H., & HADLEY, S.W. (1977). A tripartite model of mental health and therapeutic outcome. *American Psychologist, 32,* 187-196.

STUART, R.B. (1972). Situational versus self-control. En R.D. Rubin, H. Fersterhein, J.D. Henderson, & L.P. Ullmann (Eds.), *Advances in behavior therapy*. New York: Academic Press.

SUCHMAN, J.R. (1969). *Evaluating inquiry in physical science*. Chicago: Science Research Associates.

SUINN, R.M. (1993). *Entrenamiento en manejo de la ansiedad. Una terapia de conducta.*Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original:.Plenum, 1990).

SUINN, R.M., & DEFFENBACHER, J.L. (1988). Anxiety management training. *The Counseling Psychologist, 16,* 31-49.

SUINN, R.M., & RICHARDSON, F. (1971). Anxiety management training: A nonspecific behavior therapy program for anxiety control. *Behavior Therapy, 2,* 498-510.

SULZER-AZAROFF, B. & MAYER, G.R. (1977). *Applying behavior-analysis procedures with children and youth*. New York: Holt, Rinehart, & Winston. (Traducción: Trillas: 1983).

SURWIT, R.S., & JORDAN, J.S. (1987). Behavioral treatment of Raynaud’s syndrome. En J.P. Hatch, J.G. Fischer, & J.D. Rugh (Eds.), *Biofeedback. Studies in clinical efficacy* (pp. 255-279). New York: Plenum Press.

SUSHINSKY, L.W., & BOOTZIN, R.R. (1970). Cognitive desensitization as a model of systematic desensitization. *Behaviour Research and Therapy, 8,* 29-33.

SUTICH, A.J., & VICH, M. (Eds.), (1969). *Readings in humanistic psychology*. New York: Free Press.

SWAN, G.E., & MACDONALD, M.L. (1978). Behavior therapy is practice: A national survey of behavior therapists. *Behavior Therapy, 9,* 799-807.

SWINSON, R.P., FERGUS, K., COX, B.J., & WICKWIRE, K. (1995). Efficacy of telephone-administered behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 33,* 465-469.

TAGESON, W.C. (1982). *Humanistic psychology: A synthesis*. Homewood,IL: Dorsey Press.

TARCHANOFF, J.R. (1885). Voluntary acceleration of heart beat in man. *Pfüger`s Archive der Gesamten Physiologie, 35,* 109-135.

TASK FORCE ON PROMOTION AND DISSEMINATION OF PSYCHOLOGICAL PROCEDURES, (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *Clinical Psychologist, 48,* 3-23.

TAYLOR, C. (1979). Interpretation and the sciences of man. En P. Rabinow, & W. Sullivan (Eds.), *Interpretive social science: A reader*. Berkeley: University of California Press.

TAYLOR, C. (1985). Peaceful coexistence in psychology. *Philosophical papers, I*. New York: Cambridge University Press.

TEASDALE, J.D. & BANCROFT, J. (1977). Manipulation of thought content as a determinant of mood and corrugator electromyographic activity in depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology, 86,* 235-241.

TEASDALE, J.D. SEGAL, Z., & WILLIAMS, J.M.G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attention control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy, 33,* 25-39.

TELCH, C.F., & TELCH, M.J. (1986). Group coping skills instruction and supportive group therapy for cancer patients: A comparison of strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54,* 802-808.

TELCH, M.J., AGRAS, W.S., TAYLOR, C.B., ROTH, W.T., & GALLEN, C.C. (1985). Combined pharmacological and behavioral treatment for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 23,* 325-335.

THARP, R., & WETZEL, R. (1969). *Behavior modification in the natural environment*. New York: Academic Press.

THASE, M.E. (1994). After the fall: Perspectives on cognitive behavioral treatment of depression in the "post-collaborative" era. *The Behavior Therapist, 17,* 48-52.

THASE, M.E., & MOSS, M.K. (1976). The relative efficacy of covert modeling procedures and guided participant modeling on the reduction of avoidance behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 7,* 7-12.

THOMAS, J.R. (1964). Avoidance of time-out from two VI schedules of positive reinforcement. *Journal of Experimental Analysis of Behavior, 7,* 168.

THORESEN, C.E. (1973). Behavioral humanism. En C. E. Thoresen (Ed.), *Behavior modification in education* (pp. 98-122). Chicago: University of Chicago Press.

THORESEN, C.E., & MAHONEY, M.J. (1974). *Behavioral self-control*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

THORNDIKE, E.L. (1911). *Animal intelligence.* New York: MacMillan.

THORNE, F.C. (1973). Eclectic psychotherapy. En R. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies*. Itasca, Ill.: F.E. Peacock.

THORPE, G.L. (1975) Desensitization, behavior rehearsal, self-instructional training and placebo effects on assertive-refusal behavior. *European Journal of Behavioural Analysis and Modification, 1,* 30-44.

TIMBERLAKE, W., & ALLISON, J. (1974). Response deprivation: An empirical approach to instrumental performance. *Psychological Review, 81,* 146-164.

TOLMAN, E.C. (1922). A new formula for behaviorism. *Psychological Review, 29,* 44-53.

TOLMAN, E.C. (1959). Principles of purposive behavior. En S. Koch. (Ed.). *Psychology: A study of a science, Vol. II,* (pp. 92-157). New York: McGraw Hill.

TONDO, T.R., LANE, J.R. y GILL, K. (1983). Supresión de conductas alimenticias específicas mediante coste de respuestas encubierto: Un análisis experimental. En D. Upper y J.R. Cautela (Eds.), *Condicionamiento encubierto* (pp. 269-278). Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original: Pergamon Press, 1977).

TORI, C., & WORREL L. (1973). Reduction of human avoidant behavior: A comparison of counterconditioning, expectancy, and cognitive information approaches. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41*, 269-278.

TOSELAND, R. (1977). A problem-solving group workshop for older persons. *Social Work, 22*, 325-326.

TOULMIN, S. (1972). *Human understanding*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

TOUS, J.M. (1989). Antecedentes, naturaleza y desarrollo de la terapia cognitivo-social. *Boletín de Psicología, 23*, 17-45.

TRUAX, C.B., & MITCHELL, K.M. (1971). Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. En A.E. Bergin, & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. New York: John Wiley & Sons.

TRUDEL, G., MARUCA, F., & LEROUX, P.A. (1973). L`immersion: une nouvelle technique de dèconditionnement. *L`Encèphale, 62*, 160-189.

TRULL, T.J., NIETZEL, M.T., & MAIN, A. (1988). The use of meta-analysis to assess the clinical significance of behavior therapy for agoraphobia. *Behavior Therapy, 19*, 527-538.

TURK, D.C., MEICHENBAUM, D., & GENEST, M. (1983). *Pain and behavioral medicine*. New York: Guilford Press.

TURNER, J.A. (1982). Comparison of group progressive-relaxation training and cognitive-behavioral group therapy for chronic low back pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 573-579.

TURNER J.A., CLANCY, J.A., MCQUADE, K.J., & CARDENAS, D.D. (1990). Effectiveness of behavioral therapy for chronic low back pain: A component analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 573-579.

TURNER, S.M., BEIDEL, D.C., & JACOB, R.G. (1994). Social phobia: A comparison of behavior therapy and atenolol. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 350-358.

TVERSKY, A., & KAHNERMANN, D. (1981). The framing of decisions and the psychology of choice. *Science, 211*, 453-458.

TYLER, V.O., & BROWN, G.D. (1967). Token reinforcement of academic performance with institutionalized delinquent. *Psychological Reports, 21*, 249-260.

ULLMAN, L.P. (1979). Treating the real, not the concept. En P. Sjödén, S. Bates, & W.S. Dockens, (Eds.), *Trends in Behavior therapy* (pp. 13-21). New York: Academic Press.

ULLMAN, L.P., & KRASNER, L. (Eds.), (1965). *Case studies in behavior modification*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.

ULLMANN, L.P., & KRASNER, L.A. (1969). *A psychological approach to abnormal behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

ULMAN, J. D. (1990). Paradigmatic behaviorism: Hierarchically schematized eclecticism. *TIBA Newsletter, 2*, 6-7.

ULRICH, N.E., & AZRIN, N.H. (1962). Reflexive fighting in responses to aversive stimulation. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 5*, 511-520.

ULRICH, R., STACHNICK, T., & MABRY, J. (Eds.), (1966). *Control of human behavior* (Vol. I). Genview, Ill.: Scott, Foresman.

ULRICH, R., STACHNICK, T., & MABRY, J. (Eds.), (1970). *Control of human behavior* (Vol. II). From cure to prevention. Glenview, Ill.: Scott, Foresman.

ULRICH, R., STACHNICK, T., & MABRY, J. (Eds.), (1974). *Control of human behavior* (Vol. III). Behavior modification in education. Glenview, Ill.: Scott, Foresman.

VALINS, S., & RAY, A.A. (1967). Effects of cognitive desensitization on avoidance behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 7*, 345, 350.

VALLEJO, G. (1995a). Diseños de series temporales interrumpidas. En T. Anguera, J. Arnau, M. Ato, R. Martínez, J. Pascual, y G. Vallejo. *Métodos de investigación en psicología* (pp.321-334). Madrid: Síntesis.

VALLEJO, G. (1995b). Análisis de los diseños de series de tiempo interrumpidas. En T. Anguera, J. Arnau, M. Ato, R. Martínez, J. Pascual, y G. Vallejo. *Métodos de investigación en psicología* (pp.335-351). Madrid: Síntesis.

VALLEJO, G. (1995C). Problemas inferenciales asociados con el uso de diseños de series de tiempo interrumpidas. En T. Anguera, J. Arnau, M. Ato, R. Martínez, J. Pascual, y G. Vallejo. *Métodos de investigación en psicología* (pp.353-382). Madrid: Síntesis.

VALLIS, T.M. (1991). Theoretical and conceptual bases of cognitive therapy. En T.M. Vallis, J.L.Howes, & P.C. Miller (Eds.). The challenge of cognitive therapy. *Applications to nontraditional populations*, (pp.3-20). New York: Plenum Press.

VALLIS, T.M., HOWES, J.L., & MILLER, P.C. (1991). *The challenge of cognitive therapy. Applications to noncontraditional populations*. New York: Plenum Press.

VAN EGEREN, L.F. (1970). Psychophysiology of systematic desensitization model. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1*, 249-255.

VAN EGEREN, L.F. (1971). Psychophysiological aspects of systematic desensitization: Some outstanding issues. *Behaviour Research and Therapy, 9*, 65-79.

VAN EGEREN, L.F., FEATHER, B.W. & HEIN, P.L. (1971). Desensitization of phobias: Some psychophysiological propositions. *Psychophysiology, 8*, 213-228.

VAN OPPEN, P., DE HAAN, E., VAN BALKOM, A.J., SPINHEVEN, P., HOOGDUIN, K., & VAN DYCK, R. (1995). Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 379-390.

VARELA, F.J. (1979). *Principles of biological autonomy*. New York: Elsevier North Holland.

VERONEN, L.J., y KILPATRICK, D.G. (1987). Control del estrés en víctimas de violación . En D. Meichenbaum y M.E. Jaremko (Eds.), *Prevención y reducción del estrés* (pp. 295-324). Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original, 1983).

VILA, J. (1980). Biofeedback y auto-regulación. *Análisis y Modificación de Conducta, 6*, 367-376.

VILA, J. (1984). Técnicas de reducción de ansiedad. En J. Mayor y F.J. Labrador (Eds.), *Manual de modificación de conducta* (pp. 229-263). Madrid: Alhambra Universidad.

VILA, J. (1996). *Una introducción a la psicofisiología clínica*. Madrid: Pirámide.

VILA, J. (1997). Los efectos de la Terapia de conducta. *Revista de Psicología General y Aplicada, 50*, 503-511.

VILA, J. (1998). Psicología y salud: entre el corazón y el cerebro. *Anuario de Psicología, 29*, 109-138.

VINEY, L. (1988). Which data-collection methods are appropriate for a constructivist psychology?. *International Journal of Personal Construct Psychology, 1*, 191-203.

VINEY, L. (1990). Psychotherapy as shared reconstruction. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 3, 437-456.

VYGOTSKY, L. (1962). *Thought and language*. New York: Wiley.

WACHTEL, P. L. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy: Toward an integration*. New York: Basic Books.

WACHTEL, P. L. (1982). What can dynamic therapies contribute to behavior therapy?. *Behavior Therapy*, 13, 594-609.

WACHTEL, P.L. (1987). *Action and insight*. New York: The Guildford Press.

WACHTEL, P.L. (1997). *Psychoanalysis, behavior therapy, and the relational world*. Washington, DC: American Psychological Association.

WALKER, H.N., & BUCKLEY, N.K. (1974) *Token reinforcement techniques*. Eugene, Oregon: E-B Press.

WALKER, C.E., HEDBERG, A., CLEMENT, P.W., & WRIGHT, L. (1981). *Clinical procedures for behavior therapy*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

WALKER, H.M., MATTSON, R.H., & BUCKLEY, N.K. (1971). The Functional Analysis of behavior within an experimental class setting. En W.C. Becker (Ed.). *An empirical basis for change in education* (pp. 236-263). Chicago: Sciences Research Associates.

WALLACE, C.J., & LIBERMAN, R.P. (1985). Social skills training for patients with schizophenia: A controlled clinical trial. *Psychiatry Research, 15*, 239-247.

WARDEN, C.J., & AILESWORTH, M. (1927). The relative values of reward and punishment in the formation of a visual discrimination habit in the white rat. *Journal of Comparative Psychology, 7*, 117-127.

WARREN, N. (1971). Is a scientific revolution taking place in psychology?: Doubts and reservations. *Science Studies, 1*, 407-413.

WATERS, W.F., MCDONALD, D.G., & KORESKO, R.L. (1972). Psychophysilogical responses during analogue systematic desensitization and non-relaxation control procedures. *Behaviour Research and Therapy, 10*, 381-393.

WATSON, J.B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review, 20*, 158-177.

WATSON, J.B. (1916a). The place of the conditioned reflex in psychology. *Psychological Review, 27*, 163-174.

WATSON, J.B. (1916b). Behavior and the concept of mental disease. *Journal of Philosophy, Psychology and Scientific Methods, 12*, 589-596.

WATSON, J.B. (1919). *Psychology from the standpoint of behaviorist.* Philadelphia: Lippincott.

WATSON, J.B., & RAYNER, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology, 3,* 1-14.

WATSON, J.P., GAIND, R., & MARKS, I.M. (1972). Physiological habituation to continuous phobic stimulation. *Behaviour Research and Therapy, 10,* 269-278.

WATSON, R.I. (1951). *The clinical method in psychology*. New York: Harper and Row.

WATSON, R.I. (1971). Prescriptions as operative in the history of psychology. *Journal of the History of the Behavioral Sciences, 7,* 311-322.

WATTS, F.N. (1971). Desensitization as an habituation phenomenon: I. Stimulus intensity as determinant of the effects of stimulus lengths. *Behaviour Research and Therapy, 9,* 209-217.

WATTS, F.N. (1973). Desensitization as an habituation phenomenon: II. Studies of interstimulus interval lengths. *Psychological Reports, 33,* 715-718.

WATZLAWICK, P. (Ed.), (1984). *The invented reality: Contributions to constructivism*. New York: Norton.

WATZLAWICK, P. (1990). *Münchhausen's pigtail or psychotherapy and 'reality'*. New York: Norton.

WEIMER, W.B. (1975). The psychology of inference and expectation: Some preliminary remarks. En G. Maxwell, & R.M. Anderson (Eds.), *Minnesota studies in the philosophy of science* (Vol. 6). Minneapolis: University of Minnesota Press.

WEIMER, W. B. (1977). A conceptual framework for cognitive psychology: Motor theories of the mind. En R. Shaw, & J.D. Bransford (Eds.). *Perceiving, acting, and knowing.* Hillsdale: Erlbaum.

WEIMER, W. B. (1979). *Notes on the methodology of scienfific research.* Hillsdale, NJ: Eilbaum.

WEIMER, W. B. (1982). Hayek's approach to the problems of complex phenomena: An introduction to the theoretical psychology of the Sensory Order. En W. B. Weimer, & D. S. Palermo (Eds.), Cognition and *the symbolic processes* (Vol. 2). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

WEINER, H. (1962). Some effects of response cost upon human operant behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 5,* 201-211.

WEINMAN, M.L., SEMCHUK, K.M., GAEBE, G., & MATHEW, R.L. (1983). The effect of stressful life events on EMG biofeedback and relaxation training in the treatment of anxiety. *Biofeedback and self-regulation, 8,* 191-205.

WEISZ, J.R., RUDOLPH, K.D., GRANGER, D.A., & SWEENEY, L. (1992). Cognition, competence, and coping in child and adolescent depression: Research findings, developmental concerns, therapeutic implications. *Development and Psychopathology, 4,* 627-653.

WESSLER, R.L. (1984). Alternative conceptions of rational-emotive therapy: Toward a philosophically neutral psychotherapy. En M.A. Reda, & M.J. Mahoney (Comps.). *Cognitive psychotherapies: Recent developments in theory, research and practice*. New York: Ballinger.

WESSLER, R.L. (1986). Conceptualizing cognitions in the cognitive-behavioural therapies. En W. Dryden, & W. L. Golden (Eds.), *Cognitive-behavioural approaches to psychotherapy* (pp. 1-30). New York: Harper & Row.

WESSLER, R.L. (1987). Listening to oneself: Cognitive appraisal therapy. En W. Dryden (Comp.), *Key cases in psychotherapy*. London: Croom-Helm.

WESSLER, R.L. (1988). Affect and nonconscius processes in cognitive psychotherapy. En W. Dryden, & P. Trower (Comps.), *Developments in cognitive psychotherapy*. London: Sage Publications.

WESSLER, R.L. (1993a). Cognitive appraisal therapy and disorders of personality. En K.T. Kuehlwein, & H. Rosen (Comps.). *Cognitive therapies in action: Evolving innovate practice*. San Francisco: Jossey-Bass.

WESSLER, R.L. (1993b). Enfoques cognitivos para los trastornos de personalidad. *Psicología Conductual, 1*, 35-50.

WESSLER, R.L. (1996). Idiosyncratic definitions and unsupported hypothesis: Rational emotive behavior therapy as pseudoscience. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 10*, 30-50.

WESSLER, R.L. (1997). El estado de la cuestión en la terapia de valoración cognitiva. En I. Caro (Comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas*, (pp.251-259). Barcelona: Paidós.

WESSLER, R.L., & HANKING-WESSLER, S.W.R. (1989). Nonconscoius algorithms in cognitive and affective processes. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 3*, 243-254.

WESSLER, R.L., & HANKIN-WESSLER, S.W.R. (1990). Emotion and rules of living. En R. Pluschik, & H. Kellerman (Comps.), *Emotion: Theory, research and experience* (Vol. 5). New York: Academic Press.

WESSLER, R.L., & HANKIN-WESSLER, S.W.R. (1991). La Terapia de valoración cognitiva. En V.E. Caballo (Ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 555-579). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.

WHISMAN, M.A., & JACOBSON, N.S. (1989). Marital distress. En A.M. Nezu y C.M. Nezu (Comps.), *Clinical decision making in behavior therapy: A problem-solving perspective*. Champaign, Ill.: Research Press.

WHITE, L., & TURSKY, B. (1982). *Clinical biofeedback*. New York: Guilford Press.

WHITE, M. & EPSTON, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.

WHITSETT, S.F., LUBAR, J.F., HOLDER, G.S., PAMPLIN, W.E., & SHABSIN, H.S. (1982). A double-blind investigation of the relationship between seizure activity and the sleep EEG following EEG biofeedback training. *Biofeedback self-regulation, 7*, 193-210.

WIENS, A.N. (1976). Pharmacological aversive counter-conditioning to alcohol in a private hospital: One-year follow-up. *Journal of Studies on Alcohol, 38*, 1320-1324.

WILDER, J. (1945). Facts and figures on psychotherapy. *Journal of Clinical Psychopathology, 7*, 311-347.

WILKINSON, L., & REPPUCCI, N.D. (1973). Perceptions of social climate among participants in token economy and non-token economy cottages in a juvenile correctional institution. *American Journal of Community Psychology, 1*, 36-43.

WILLIAMS, S.L, & FALBO, J. (1996). Cognitive and performance-based treatments for panic attack in people with varying degrees of agoraphobic disability. *Behaviour Research and Therapy, 34*, 253-264.

WILSON, G.T. (1978). Aversion therapy for alcoholism: Issues, ethics, and evidence. En G.A. Marlatt, & P.E. Nathan (Eds), *Behavioral assessment and treatment of alcoholism*. New Brunswick, N.J.: Center for Alcohol studies.

WILSON, G.T. (1982a). Clinical issues and strategies in the practice of behavior therapy. En C.M. Franks, G.T. Wilson, P.C. Kendall, & K.D. Brownell, (Eds.), *Annual review of behavior therapy, 8*, (pp. 305-345). New York: The Guilford Press.

WILSON, G.T. (1982b). Psychotherapy process and procedure: The behavioral mandate. *Behavior Therapy, 13*, 291-312.

WILSON, G.T. (1990). Clinical issues and strategies in the practice of behavior therapy. En C.M. Franks, G.T. Wilson, & J.P. Foryt. *Review of Behavior Therapy. Theory and Practice* (Vol. 12, pp. 271-301). New York, The Guilford Press.

WILSON, G.T., & DAVISON, G.C. (1969). Aversion techniques in behavior therapy: Some theoretical and meta-theoretical considerations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*, 327-329.

WILSON, G.T., & DAVISON, G.C. (1971). Processes of fear reduction in systematic desensitization: Abnormal studies. *Psychological Bulletin, 76*, 1-14.

WILSON, G.T., & EVANS, I.M. (1977). The therapist-client relationship in behavior therapy. En R.S. Gurman, & A.M. Razin (Eds.), *The therapist's contribution to effective psychotherapy: An empirical approach*. New York: Pergamon Press.

WILSON, G.T., & FRANKS, C.M. (Eds.), (1982). *Contemporary behavior therapy: Conceptual and empirical foundations*. New York: The Guildford Press.

WILSON, G.T., & O'LEARY, K.D. (1980). *Principles of Behavior Therapy*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

WILSON, S.A., BECKER, L.A., & TINKER, R.H. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 928-937.

WINCZE, J.P., & CAIRD, W.K. (1976). The effects of systematic desensitization and video desensitization in the treatment of essential sexual dysfunction in women. *Behavior Therapy, 7*, 335-342.

WINTER, D. (1990). Therapeutic alternatives for psychological disorders. En G.J. Neimeyer, & R.A. Neimeyer (Eds.) *Advances in personal construct psychology* (Vol. 1., pp. 89-116). Greenwich, CT: JAI Press.

WISE, E.H., & HAYNES, S.N., (1983). Cognitive treatment of test anxiety: Rational restructuring versus attentional training, *Cognitive Therapy and Research, 7*, 69-78.

WISOCKI, P.A. (1973). A covert reinforcement program for the treatment of test anxiety: Brief report. *Behavior Therapy, 4*, 264.-266.

WISOCKI, P.A., & RONEY, E.J. (1974). A comparison of thought stopping and covert sensitization techniques in the treatment of smoking: A brief report. *Psychological Record, 24*, 191-192.

WOLBERG, L.R. (1967). *Short-term psychotherapy.* New York: Grune & Stratton.

WOLCHIK, S.A., WEISS, L., & KATZMAN, M. D. (1986). An empirically validated, short-term psycho-educational group treatment program for bulimia. *International Journal of Eating Disorders, 5*, 21-34.

WOLF, E.M., & CROWTHER, J.H. (1992). An evaluation of behavioral and cognitive-behavioral group interventions for the treatment of bulimia nervosa in women. *International Journal of Eating Disorders, 11*, 3-15.

WOLF, M.M. (1978). Social Validity: The case for subjective measurement, or how behavior analysis is finding its heart. *Journal of Applied Behavior Analysis, 11*, 203-214.

WOLF, M.M., RISLEY, T.R., & MEES, H.L. (1964). Application of operant conditioning procedures to the behavior problems of an autistic child. *Behaviour Research and Therapy, 1*, 305-312.

WOLF, S.L., & BINDER-MACLEOD, S.A. (1989). Electromyographic biofeedback in the physical therapy clinic. En J.V. Basmajian (Ed.), *Biofeedback. Principles and practice for clinicians* (3rd ed. pp. 191-103). Baltimore: Williams & Wilkins.

WOLITZKY, D.L. (1995). The theory and practice of traditional psychoanalytic psychotherapy. En A.S. Gurman, & S.B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies. Theory and practice* (pp. 12-54). New York: The Guilford Press.

WOLPE, J. (1952). Experimental neurosis as learned behavior. *British Journal of Psychology, 43,* 243-268.

WOLPE, J. (1954). Reciprocal inhibition as the main basics of psychotherapeutic effects. *Archives of Neurology and Psychiatry, 72,* 205-226.

WOLPE, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press. (Traducción: Desclée de Brouwer, 1975).

WOLPE, J. (1969). Foreword. En C.M. Franks (Ed.), *Behavior therapy. Appraisal and status* (pp. 9-13). New York: McGraw-Hill.

WOLPE, J. (1973). *The practice of behavior therapy* (2nd. ed.), New York: Pergamon Press.

WOLPE, J. (1976a). Behavior therapy and its malcontents-I. Denial of its bases and psychodynamic fusionism. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 7,* 1-5.

WOLPE, J. (1976b). Behavior therapy and its malcontents-II. Multimodal eclecticism, cognitive exclusionism and exposure empiricism. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 7,* 109-116.

WOLPE, J. (1978). Cognition and causation in human behavior and its therapy. *American Psychologist, 33,* 437-446.

WOLPE, J. (1980). Cognitive behavior and its roles in psychotherapy: An integrative account. En M.J. Mahoney (Ed.), *Psychotherapy process: Current issues and future directions* (pp. 185-201). New York: Plenum Press.

WOLPE, J. (1989). The derailment of behavior therapy: A tale of conceptual misdirection. *Scandinavian Journal of Behavior Therapy, 18,* 1-19.

WOLPE, J. (1990). *The practice of behavior therapy* (4th. Ed.). Elmsford, New York: Pergamon Press.

WOLPE, J. (1995). Reciprocal inhibition: Major agent of behavior change. En W. O'Donohue, & L. Krasner (Eds.) *Theories of behavior therapy: Exploring behavior change* (pp. 23-57). Washington, DC: American Psychology Association.

WOLPE, J., & LAZARUS, A.A. (1966). *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neuroses*. New York: Pergamon Press.

WOLPE, J., & REYNA, L.J. (1970). Editorial . *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1,* 1-2.

WOLPE, J., SALTER, A., & REYNA, L.J. (Eds.), (1964). *The conditioning therapies: The challenge in psychotherapy*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.

WOLPIN, M. & RAINES, J. (1966). Visual imagery, expected roles and extinction as possible factors in reducing fear and avoidance behaviour. *Behaviour Therapy, 4,* 25-37.

WOOLEY, S.C., BLACKWELL, G. & WINGET, C. (1978). A learning theory model of chronic illnes behavior: Theory treatment and research. *Psychosomatic Medicine, 40,* 379-401.

WOOLFOLK, R.L., & RICHARDSON, F.C. (1984). Behavior therapy and the ideology of modernity. *American Psychologist, 39*, 777-786.

YATES, A.J. (1958). The application of learning theory to the treatment of tics. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 56*, 175-182.

YATES, A.J. (1970). *Behavior Therapy*. New York: John Wiley & Sons.

YATES, A.J. (1983). Behavior therapy and psychodynamic psychotherapy: Basic conflict or reconciliation and integration?. *British Journal of Clinical Psychology, 22*, 107-125.

YELA, M. (1980). La evolución del conductismo. *Análisis y Modificación de Conducta, 6*, 147-179.

YOUNG, J.E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3rd ed.) Sarasota, Fl: Professional Resource Press.

YULE, W., SACKS, B., & HERSOV, L. (1974). Successful flooding treatment of a noise phobia in an eleven-year-old. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 5*, 209-211.

ZELENY, M. (1980). *Autopoiesis, dissipative structures, and spontaneous social orders*. Washington, DC: American Association for the Advancement of Science.

ZIMMER, D. (1987). Does marital therapy enhance the effectiveness of treatment for sexual dysfunction?. *Journal of Sex and Marital Therapy, 13*, 193-209.

ZIMMERMAN, B.J. (1977). Modeling. En H.L. Hom, Jr., & P.A. Robinson (Eds.), *Psychological processes in early education*. New York: Academic Press.

ZIMMERMAN, J., & FERSTER, C.B. (1964). Some notes on time out from positive reinforcement. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 7*, 13-19.

ZIMMERMAN, E.H., ZIMMERMAN. J., & RUSSELL, C.D. (1969). Differential effects of token reinforcement on instruction-following behavior in retarded students instructed as a group. *Journal of Applied Behavior Analysis, 2*, 101-112

ZUBIN, J. (1953). Evaluation of therapeutic outcome in mental disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease, 117*, 95-111.