

MITOS RELACIONADOS CON LA TERAPIA CONDUCTUAL

ALFONSO MARTÍNEZ TABOAS, B.A.*
UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO

THE PURPOSE OF THIS PAPER IS TO ANALYZE CURRENT MISCONCEPTIONS WIDELY USED TO SUMMARILY DISMISS THE BEHAVIORAL APPROACH IN PSYCHOTHERAPY. FIVE OF THESE MYTHS ARE DESCRIBED AND EVALUATED. THE PAPER CONCLUDES THAT THE MISCONCEPTIONS ARE BASED ON LOGICAL AND EMPIRICAL ERRORS. TENTATIVE EXPLANATIONS ARE OFFERED TO ELUCIDATE WHY THESE MISCONCEPTIONS ARE CITED AS PROOF OF THE "IRRELEVANCE" OF THE BEHAVIORAL APPROACH FOR PUERTO RICAN PATIENTS.

DENTRO DEL ÁREA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA, EL TEMA DE LA EVALUACIÓN DE LAS PSICOTERAPIAS ES UNO QUE PARTICULARMENTE TIENDE A GENERAR POLÉMICAS, ARGUMENTACIONES APASIONADAS Y SECTARISMOS (BERGIN & STRUPP, 1972). NO ES DEL TODO INFRECUENTE QUE UNA PROBLEMÁTICA RELACIONADA CON ESTA TEMÁTICA SEA MÁS BIEN "RESUELTA" A TRAVÉS DE LA RETÓRICA, EN VEZ DE SER ANALIZADA Y EXAMINADA DE MANERA DESAPASIONADA. A NUESTRO PARECER, ESTA SITUACIÓN ES POCO FRUCTÍFERA SI LA JUZGAMOS DESDE EL ÁNGULO CIENTÍFICO/EMPÍRICO.

UNA DE LAS CONSECUENCIAS DE ESTE TIPO DE DISCUSIÓN ES LA CREACIÓN DE CIERTOS ESTEREOTIPOS FALSOS ALREDEDOR DE CIERTAS MODALIDADES TERAPÉUTICAS. A DICHS ESTEREOTIPOS LOS DENOMINAREMOS COMO MITOS EN ESTE TRABAJO. ESTOS MITOS USUALMENTE NO SÓLO SON PRESENTACIONES DISTORSIONADAS DEL QUEHACER DENTRO DE UNA MODALIDAD ESPECÍFICA, SINO QUE A FUERZA DE REPETIRSE UNA Y OTRA VEZ SON PAULATINAMENTE ACEPTADOS COMO HECHOS INDUBITABLES.

EN ESTE TRABAJO, PRECISAMENTE, PRETENDEMOS ESCLARECER Y DILUCIDAR DE MANERA RIGUROSA UNA SERIE DE MITOS RELACIONADOS CON EL MARCO TEÓRICO/TERAPÉUTICO CONOCIDO COMO CONDUCTUALISTA O DE APRENDIZAJE SOCIAL. NUESTRA EXPERIENCIA NOS INDICA QUE ALREDEDOR DE ESTA MODALIDAD TERAPÉUTICA EXISTEN UNA SERIE DE MITOS, QUE CON UNA FRECUENCIA CONSIDERABLE SALEN A RELUCIR EN DISTINTOS SIMPOSIOS, COLOQUIOS Y DISCUSIONES DE CLASE EN LOS CUALES HEMOS ESTADO PRESENTES. A NUESTRO JUICIO LA ACLARACIÓN FÁCTICA DE ESTOS MITOS NO SÓLO SE JUSTIFICA COMO UNA MERA

*PARA COMUNICARSE CON EL AUTOR DIRÍJASE A: DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA, UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO, RÍO PIEDRAS, PUERTO RICO 00932

LABOR ACADÉMICA, SINO QUE A SU VEZ NOS HACE POSIBLE COMPRENDER EL POTENCIAL CONSIDERABLE QUE GUARDA ESTE PARTICULAR MODELO PARA EL PSICÓLOGO CLÍNICO.

DEFINICIÓN DE LA TERAPIA CONDUCTUAL

COMO ACERTADAMENTE HAN SEÑALADO HAZDIN Y WILSON (1978), NO ES TAREA SENCILLA DEFINIR TAJANTEMENTE LA TERAPIA CONDUCTUAL, DEBIDO A LA HETEROGENEIDAD QUE CARACTERIZA ESTE CAMPO. ASÍ, LEEMOS SOBRE MODIFICACIÓN CONDUCTUAL COGNOSCITIVA (MEICHENBAUM & CAMERON, 1982); ANÁLISIS APLICADO CONDUCTUAL (BAER, 1982); MODELOS MEDIACIONALES E-R (EYSENCK, 1982); ENFOQUES BASADOS EN TEORÍAS DE APRENDIZAJE SOCIAL (BANDURA, 1977), ETC. AUNQUE, PUES, ES CIERTO QUE ENCONTRAMOS VARIAS CONCEPTUALIZACIONES DIVERGENTES DENTRO DE ESTA MODALIDAD, NO ES MENOS CIERTO QUE TODAS ELLAS TIENEN A SU HABER UNAS COMUNALIDADES CENTRALES. VEAMOS ALGUNAS DE ELLAS (SIGUIENDO A KAZDIN, 1978):

1- LA TENDENCIA A CENTRARSE EN LOS DETERMINANTES ACTUALES DE LA CONDUCTA, MÁS QUE EN LOS HISTÓRICOS,

2- EL CONSIDERAR EL CAMBIO EN LA CONDUCTA MANIFIESTA COMO EL CRITERIO FUNDAMENTAL CON ARREGLO AL CUAL DEBE EVALUARSE EL TRATAMIENTO,

3- LA ESPECIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO EN TÉRMINOS OBJETIVOS, CON VISTAS A FACILITAR POSIBLES REPLICACIONES,

4- LA CONFIANZA EN LA INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA BÁSICA COMO FUENTE DE HIPÓTESIS SOBRE EL TRATAMIENTO Y TÉCNICAS TERAPÉUTICAS ESPECÍFICAS,

5- ESPECIFICIDAD EN LA DEFINICIÓN, TRATAMIENTO Y MEDIDA DE LOS PROBLEMAS Y OBJETIVOS EN LA TERAPIA,

6- ENFASIS EN CONSTRUCTOS TEÓRICOS BASADOS EN LAS MODERNAS INVESTIGACIONES DEL APRENDIZAJE SOCIAL Y EN LA CODIFICACIÓN COGNOSCITIVA.

LA DEFINICIÓN QUE OFRECEN FRANKS Y WILSON (1975) RECOGE GRAN PARTE DE ESTAS CARACTERÍSTICAS:

TERAPIA CONDUCTUAL ENVUELVE PRIMARIAMENTE LA APLICACIÓN DE PRINCIPIOS DERIVADOS DE INVESTIGACIONES EN EL ÁREA DE PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL Y SOCIAL CON EL PROPÓSITO DE ALIVIAR EL SUFRIMIENTO HUMANO Y ENGRANDECER EL FUNCIONAMIENTO HUMANO. LA TERAPIA CONDUCTUAL ENVUELVE CAMBIO EN EL MEDIO AMBIENTE Y EN LA INTERACCIÓN SOCIAL EN VEZ DE ALTERAR DIRECTAMENTE PROCESOS BIOLÓGICOS A TRAVÉS DE PROCEDIMIENTOS SOMÁTICOS. LA META ES PRIMARIAMENTE EDUCACIONAL. LAS TÉCNICAS EMPLEADAS FACILITAN UN AUTO-CONTROL MÁS EFECTIVO (P.5).

TENIENDO EN CUENTA ESTOS CONCEPTOS, PASEMOS ENTONCES A NUESTRO ANÁLISIS.

Mito 1

LAS TERAPIAS CONDUCTUALES ESTÁN EN FRANCA DECADENCIA EN CUANTO A INVESTIGACIÓN Y PRÁCTICA SE REFIERE

HAY DIFERENTES MANERAS DE DEMOSTRAR QUE DICHA DECLARACIÓN ES UNA EQUÍVOCA.

PARA EL 1963 HABÍA UNA SOLA REVISTA PROFESIONAL QUE SE ESPECIALIZA EN ESTA MODALIDAD. PARA EL 1969 SÓLO HABÍAN DOS. PARA EL 1975 ENCONTRAMOS SEIS Y PARA EL 1985 PODEMOS ENUMERAR DIECIOCHO. ESTE ES UN INDICIO ROBUSTO DE QUE EL CAMPO, LEJOS DE ESTAR EN DECADENCIA, CADA DÍA DEMUESTRA UN EMPUJE AVASALLADOR EN EL ÁREA DE LA PRÁCTICA CLÍNICA Y LA INVESTIGACIÓN.

POR OTRO LADO, HOON Y LINDSLEY (1974) HAN DEMOSTRADO QUE YA PARA EL 1973 LAS PUBLICACIONES PROFESIONALES REFERENTES A LAS TERAPIAS CONDUCTUALES SOBREPASAN A LAS PUBLICACIONES PROFESIONALES DE CUALQUIER OTRO MODELO TERAPEÚTICO, INCLUSIVE A LAS PSICODINÁMICAS.

ASIMISMO, UN INFORME DEL NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH PARA EL 1982, DEMUESTRA QUE EL 74% DE LOS FONDOS DESTINADOS A LA INVESTIGACIÓN DE PSICOTERAPIAS FUERON ACAPARADOS POR ESTE MODELO (O'LEARY, 1984).

SMITH (1982), POR SU PARTE, RECIENTEMENTE INDAGÓ LAS PREFERENCIAS TERAPEÚTICAS DE 800 PSICÓLOGOS CLÍNICOS ESCOGIDOS AL AZAR. LOS RESULTADOS DE LA MISMA REVELARON QUE EL MODELO DE INTERVENCIÓN CONDUCTUAL-COGNOSCITIVO GOZA DE PREFERENCIAS MARCADAS ENTRE MUCHOS DE ESTOS PRACTICANTES. COMO BIEN COMENTA SMITH: "LAS OPCIONES CONDUCTUALES-COGNITIVAS REPRESENTAN UNO DE LOS ÉNFASIS TEÓRICOS MÁS FUERTES, SI NO EL MÁS FUERTE, AL DÍA DE HOY (P.807)".

VARIAS REVISIONES RECIENTES DESTACAN EL HECHO DE QUE ESTE MARCADO INTERÉS EN EL MODELO DE INTERVENCIÓN CONDUCTUAL NO SE LIMITA A LA PSICOLOGÍA NORTEAMERICANA. LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS TANTO EN JAPÓN (YAMAGANI, OKUMA, MORINAGA & NAKAO, 1982), COMO EN ITALIA (MEAZZINI & ROVETTO, 1983), SUR AFRICA (DOWDALL, 1982), GHANA (DANQUAH, 1982), Y VARIOS OTROS PAÍSES DE AMÉRICA DEL SUR (ARDILA, 1978, 1982; ROSENBERG & DELGADO, 1985) ESTÁN DEMOSTRANDO UN INTERÉS NOTABLE EN ESTE TIPO DE INTERVENCIÓN TERAPEÚTICA.

ESTE TIPO DE DATOS, MÁS OTROS PRESENTADOS POR O'LEARY (1984), DECIDIDAMENTE NO APOYAN LA VISIÓN DE DECADENCIA EN INVESTIGACIÓN Y PRÁCTICA QUE ALGUNOS CRÍTICOS ALEGAN.

MITO 2

LA SUBSTITUCIÓN DE SÍNTOMAS ABUNDA EN LOS PACIENTES TRATADOS CON TERAPIAS CONDUCTUALES

EN LA DÉCADA DE 1950 VARIOS PROMINENTES CLÍNICOS PSICODINÁMICOS COMENZARON A ADVERTIR A LA COMUNIDAD DE PSICÓLOGOS CLÍNICOS LOS PELIGROS Y RIESGOS DE UTILIZAR TÉCNICAS CONDUCTUALES. SEGÚN ÉSTOS, DICHAS TÉCNICAS SÓLO ALIVIABAN PASAJERAMENTE EL TRASTORNO DEL PACIENTE; PARA LOGRAR UNA CURA VERDADERA Y DURADERA SE NECESITABA USAR UN ENFOQUE PSICODINÁMICO. COLEMAN (1956) , POR EJEMPLO, AFIRMABA:

UN ERROR COMÚN EN TERAPIA ES TRATAR LOS SÍNTOMAS EN VEZ DE LAS DIFICULTADES DE PERSONALIDAD SUBYACENTES... A MENOS QUE ESTOS CONFLICTOS SUBYACENTES SEAN MANEJADOS DE MANERA APROPIADA CON PSICOTERAPIA, EL MISMO SÍNTOMA NEURÓTICO U OTRO DISEÑADO PARA DEFENDER AL PACIENTE DE SU PROBLEMA, PRONTAMENTE APARECERÁ (P.225).

EN LOS ESCRITOS DE FREUD SOBRESALEN OCASIONALMENTE COMENTARIOS SIMILARES. POR EJEMPLO, EN LA SIGUIENTE CITA PUEDE NOTARSE QUE FREUD (1909/1972) CRITICARÍA LA ADECUACIDAD TERAPEÚTICA DE TÉCNICAS DE EXPOSICIÓN EN VIVO (EMMELKAMP, 1982; MARKS, 1981) TAN EMPLEADAS ACTUALMENTE POR CLÍNICOS CONDUCTUALES:

LA EXPERIENCIA HA DEMOSTRADO QUE ES INÚTIL Y EN ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS MUY PELIGROSO INTENTAR LA CURACIÓN DE UNA FOBIA DE UN MODO VIOLENTO, COLOCANDO AL ENFERMO EN UNA SITUACIÓN EN LA QUE TENGA NECESARIAMENTE QUE PASAR POR EL DESARROLLO DE ANGUSTIA, DESPUÉS DE HABERLE PRIVADO DE SU DEFENSA (P.152).

ESTAS ADVERTENCIAS DE PELIGROSIDAD Y/O INUTILIDAD EN TÉCNICAS QUE NO REBUSCAN ETIOLOGÍAS Y TRASTORNOS INTRAPSÍQUICOS, AUN SUELE CITARSE CON TODA AUTORIDAD. ESTE TIPO DE ASEVERACIÓN, DE SER CIERTA, SERÍA RELATIVAMENTE FÁCIL DE CONFIRMAR. POR EJEMPLO, SERÍA DE ESPERARSE QUE EN UN ESTUDIO CON UN SEGUIMIENTO DE UNO A DOS AÑOS UNA CANTIDAD CONSIDERABLE DE LOS PACIENTES TRATADOS CON TÉCNICAS CONDUCTUALES O RECAIGAN CON SU VIEJO SÍNTOMA O LES SURJA UN NUEVO PROBLEMA QUE SUBSTITUYA AL TRATADO. MÁS AUN, SERÍA DE ESPERARSE QUE ÉSTOS, AUNQUE MEJOREN "EL SÍNTOMA" TRATADO, EMPEOREN EN OTRAS ÁREAS DE FUNCIONAMIENTO.

ESTA SERIA PREOCUPACIÓN TRAJÓ COMO CONSECUENCIA QUE EN INNUMERABLES ESTUDIOS EN DONDE SE EVALUARA LA TERAPIA CONDUCTUAL, SE INVESTIGARAN A FONDO OTRAS ÁREAS DE FUNCIONAMIENTO DEL PACIENTE, ADEMÁS DE DARLE UN SEGUIMIENTO PROLONGADO AL CASO. ¿QUÉ NOS MUESTRA LA EVIDENCIA? VEAMOS:

PAUL (1969) EN UNA IMPORTANTE REVISIÓN CRÍTICA DE LA TÉCNICA DE DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA, ENCONTRÓ 75 ESTUDIOS EN LA MAYORÍA DE LOS CUALES EL CLÍNICO ESTABA AL ASECHO DE SUBSTITUCIÓN DE SÍNTOMAS Y/O RECAÍDAS. SIN EMBARGO, PAUL NO ENCONTRÓ EVIDENCIA ALGUNA DE DICHO PATRÓN.

GELDER, MARKS Y WOLFF (1967) EN SU NOTABLE ESTUDIO COMPARATIVO DE TÉCNICAS CONDUCTUALES VERSUS PSICODINÁMICAS, LE DIERON SINGULAR ATENCIÓN A POSIBLES PATRONES QUE INDICARON SUBSTITUCIÓN DE SÍNTOMAS,

A PESAR DE HABER HECHO UNA BÚSQUEDA CUIDADOSA DE LAS PUNTUACIONES, LAS NOTAS CUALITATIVAS DE CASO Y LOS REPORTES DE LOS EVALUADORES, NINGÚN PACIENTE QUE PASARA POR DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA DEMOSTRÓ SÍNTOMAS NUEVOS, A PESAR DE LAS MARCADAS MEJORÍAS LOGRADAS. TAMPOCO HUBO EVIDENCIA DE QUE SEGÚN LOS SÍNTOMAS MEJORABAN CON DESENSIBILIZACIÓN SU AJUSTE SOCIAL EMPEORABA; AL CONTRARIO, EL PATRÓN FUE QUE EL AJUSTE SOCIAL MEJORABA LUEGO DE LOS SÍNTOMAS HABER MEJORADO (P. 69).

ZITRIN (1981), EN SU EXTENSO ESTUDIO RECIENTE, TENÍA COMO PROPÓSITO DETECTAR CUALQUIER DETERIORO PERSONAL O SOCIAL DE LOS CLIENTES QUE PASARON POR TÉCNICAS CONDUCTUALES.

NO PUDIMOS ENCONTRAR SUBSTITUCIÓN DE SÍNTOMAS EN NINGUNO DE LOS PACIENTES QUE MEJORARON EN SU PROBLEMA. AL CONTRARIO, SI ENCONTRAMOS UNA MEJORÍA SIGNIFICATIVA EN LA CALIDAD DE SUS VIDAS: MEJOR FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y EN SU TRABAJO, UNA VIDA SOCIAL MÁS PLENA, UNA AMPLITUD EN SUS ACTIVIDADES E INTERESES, Y MEJORÍAS EN SU RELACIONES INTERPERSONALES. EN GENERAL, SE NOTABA UNA RIQUEZA CUALITATIVA EN EL ENTORNO DE SUS VIDAS (P. 69).

EN EL ESTUDIO DE SLOANE, STAPLES, CRISTOL, YORKSTON Y WHIPPLE (1975) SE LE DIO ÉNFASIS A LOCALIZAR SUBSTITUCIÓN DE SÍNTOMAS, EN CASO DE HABERLOS. NO SÓLO EL PACIENTE TENÍA QUE EVALUAR SU MEJORÍA, SINO TAMBIÉN SU TERAPEUTA, SU FAMILIA Y UN EVALUADOR INDEPENDIENTE. EL SEGUIMIENTO FUE DOS AÑOS. "NO HUBO EVIDENCIA ALGUNA DE SUBSTITUCIÓN DE SÍNTOMAS. AL CONTRARIO, LOS PACIENTES CUYOS PROBLEMAS CENTRALES MEJORABAN CASI SIEMPRE REPORTABAN MEJORÍAS EN OTROS SÍNTOMAS DE MENOS IMPORTANCIA" (P. 219).

COMO NO ES NUESTRO PROPÓSITO CANSAR AL LECTOR CON UNA LETANÍA DE DATOS SIMILARES, BASTARÁ CON LOS PRESENTADOS PARA SUBRAYAR EL HECHO DE QUE LA SUBSTITUCIÓN DE SÍNTOMAS DEBE SER JUZGADA COMO UN MITO, CON TODO LO QUE ELLO IMPLICA. DE HECHO, LA MAYORÍA DE LOS INVESTIGADORES QUE SE HAN PREOCUPADO POR EVALUAR NO SÓLO LA MEJORA EN LA CONDUCTA PROBLEMA, SINO EN CONDUCTAS COLATERALES, HAN ENCONTRADO QUE LAS MEJORAS Y EL BIENESTAR GENERAL SE GENERALIZAN A OTRAS ÁREAS PROBLEMAS QUE APENAS FUERON TRATADAS.

ESTO NO QUIERE DECIR QUE ESPORÁDICAMENTE NO SE REPORTE ALGÚN ESTUDIO DE CASO EN DONDE ALGÚN CLÍNICO ALEGE HABER ENCONTRADO UN PATRÓN DE SUBSTITUCIÓN DE SÍNTOMAS. BLANCHARD Y HERSEN (1976), POR EJEMPLO, REPORTARON UN CASO DE UNA HISTÉRICA CON SÍNTOMAS CONVERSIVOS LA CUAL FUE HOSPITALIZADA Y TRATADA EXITOSAMENTE CON EXTINCIÓN A LA CONDUCTA DESADAPTATIVA Y CON REFUERZO POSITIVO A TODO INTENTO DE SOBREPONERSE AL PROBLEMA. SIN EMBARGO, AL VOLVER A SU CASA, ESTA PACIENTE RECAYÓ CON UN SÍNTOMA SIMILAR. PARA UN CLÍNICO PSICODINÁMICO ESTO SERÍA UN CASO TÍPICO DE SUBSTITUCIÓN DE SÍNTOMAS. SIN EMBARGO, BLANCHARD Y HERSEN (1976) NO LO PENSARON ASÍ. SEGÚN ELLOS, ESTA PACIENTE HABÍA ESTADO ACOSTUMBRADA POR AÑOS A INTERACTUAR CON SU FAMILIA EN EL PAPEL DE ENFERMA. DE ESTA MANERA SOLÍA CONSEGUIR UN SIN NÚMERO DE REFUERZOS. AL ENVIARLA DE VUELTA A SU CASA, MEJORADA DE SU CONDICIÓN, ÉSTA NO SABÍA CÓMO INTERACTUAR ADECUADAMENTE PARA CONSEGUIR UNA SERIE DE REFUERZOS. LA RECAÍDA, PUES, SERÍA DE ESPERARSE. POR LO QUE BLANCHARD Y HERSEN INTERVINIERON ESTA VEZ DIRIGIENDO SUS ESFUERZOS EN EL DESARROLLO DE HABILIDADES SOCIALES E INTERPERSONALES PARA QUE ÉSTA SATISFACIERA SUS GUSTOS Y NECESIDADES DE UNA MANERA SOCIALMENTE ACEPTABLE. LUEGO DE DICHO ENTRENAMIENTO, LA PACIENTE FUE ENVIADA NUEVAMENTE A SU HOGAR SIN RECURRIR EL PROBLEMA POR VARIOS AÑOS.

ESTE ES UN BUEN EJEMPLO DE QUE AUN EN ESOS RAROS Y EXCEPCIONALES CASOS EN DONDE UN PACIENTE PARECE PRESENTAR UN PATRÓN DE SUBSTITUCIÓN DE SÍNTOMAS, LO QUE EN REALIDAD HA OCURRIDO ES QUE EL TERAPEUTA NO HA PRESTADO LA DEBIDA ATENCIÓN AL CUADRO TOTAL QUE ESTÁ MANTENIENDO LA CONDUCTA PROBLEMA. UN ANÁLISIS FUNCIONAL AYUDARÁ AL CLÍNICO EN ESTA LABOR, A MODO DE EVITAR RECAÍDAS INNECESARIAS.

MITO 3

LA TERAPIA CONDUCTUAL SÓLO ATACA EL "SÍNTOMA" Y NO LA "CAUSA"

ALGUNOS AUTORES PSICODINÁMICOS (WOLBERG, 1965) NOS PRESENTAN LA TERAPIA CONDUCTUAL COMO UNA QUE SÓLO SE DIRIGE A ATACAR DIRECTAMENTE LA CONDUCTA PROBLEMA, SIN VER EL CONTEXTO O CAUSA DE LA DISFUNCIÓN. ¿HASTA QUÉ PUNTO ES CIERTO?

TOMEMOS EL CASO REPORTADO POR STRAVYNSKI (1983) EN DONDE UN CLIENTE SE PRESENTA CON UNOS CONSTANTES VÓMITOS PSICOGÉNICOS. SEGÚN LA VERSIÓN ESTEREOTIPADA QUE SE TIENE DE LA TERAPIA CONDUCTUAL, STRAVYNSKI DEBERÍA DE ATACAR DIRECTAMENTE LA SINTOMATOLOGÍA DE VÓMITOS. SIN EMBARGO, ÉSTE DECIDIÓ EN VEZ OFRECERLE A SU PACIENTE UN ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD Y EN HABILIDADES HETEROSEXUALES. ¿POR QUÉ STRAVYNSKI TOMÓ DICHA DECISIÓN? ¿ACASO ESTO NO VIOLA UNO DE LOS PRINCIPIOS FUNDAMENTALES QUE CARACTERIZAN AL CONDUCTISTA?

PARA TOMAR DICHA DECISIÓN STRAVYNSKI UTILIZÓ UN ANÁLISIS FUNCIONAL (NELSON & BARLOW, 1981) EL CUAL LE FACILITA AL CLÍNICO DILUCIDAR QUÉ FACTORES (INTERNOS O EXTERNOS) SON LOS QUE CAUSAN Y/O MANTIENEN UNA DETERMINADA CONDUCTA DESADAPTATIVA. EL JOVEN QUE STRAVYNSKI TRATÓ SOLÍA PRESENTAR SU PROBLEMÁTICA AL ENFRENTARSE CON UNA SITUACIÓN EN DONDE TENÍA QUE INTERACTUAR CON ALGUNA FÉMINA; SITUACIONES QUE LO PONÍAN SUMAMENTE TENSO. TENEMOS ENTONCES QUE LO QUE ACTIVABA UNA EXCESIVA PERISTALSIS ERA SU RECONOCIMIENTO DE UNAS SERIAS DEFICIENCIAS INTERPERSONALES EN SUS RELACIONES HETEROSEXUALES. UNA VEZ MANEJADAS ÉSTAS, LOS VÓMITOS DESAPARECIERON.

COMO TODO BUEN CLÍNICO DEBE SABER, LAS CONDUCTAS DE POR SÍ FORMAN SÓLO UNA PARTE DEL "ROMPECABEZAS" QUE SE LE PRESENTA AL CLÍNICO. ASÍ, UN PROBLEMA DE UN NIÑO QUE SE REHUSA IR A LA ESCUELA PUEDE ESTAR PRECIPITADO O INFLUENCIADO POR FACTORES TOTALMENTE DISÍMILES. PODRÍA MUY BIEN SER QUE EL NIÑO REHUSE IR PORQUE TEME ESTAR ALLÍ, O SIMPLEMENTE PORQUE SE PONE ANSIOSO AL SEPARARSE DE SUS PADRES, O QUIZÁS EL NIÑO TIENE LA PECULIARIDAD DE RETIRARSE DE SITUACIONES QUE LE OBLIGAN A INTERACTUAR CON OTROS NIÑOS. ES EL DEBER DE TODO CLÍNICO CONDUCTUALISTA CONFECCIONAR UN BUEN ANÁLISIS FUNCIONAL PARA ENTONCES DIRIGIR SUS ESFUERZOS TERAPÉUTICOS AL ÁREA DONDE EL PACIENTE TIENE EL PROBLEMA. O COMO LO EXPONEN DEL-SER Y SEGURA (1983):

EN POCAS PALABRAS, DIRÍAMOS QUE EL TERAPEUTA DE CONDUCTA ES TODO MENOS UN ADMINISTRADOR DE TÉCNICAS MECÁNICAMENTE ASIGNADAS A CADA CATEGORÍA DE PROBLEMA. DE HECHO, SU LABOR MÁS IMPORTANTE Y DE MÁS ALCANCE TERAPÉUTICO ES EL CORRECTO ANÁLISIS, EXHAUSTIVO E INDIVIDUALIZADO, DE CADA CASO, COMO CLAVE DE CUALQUIER ACTUACIÓN TERAPÉUTICA POSTERIOR (p. 691).

BANDURA (1969) REFLEXIONANDO SOBRE ESTE MISMO TEMA DICE:

POR LO TANTO, TANTO LOS ENFOQUES PSICODINÁMICOS COMO LOS DE APRENDIZAJE SOCIAL TIENE COMO META MODIFICAR LOS DETERMINANTES SUBYACENTES DE LOS PATRONES DE RESPUESTAS DESVIADAS; SIN EMBARGO, ESTAS TEORÍAS DIFIEREN, A VECES RADICALMENTE, EN LO QUE ELAS IDENTIFICAN COMO LAS CAUSAS DE LOS PROBLEMAS ... (p. 49).

ESTE INCISIVO COMENTARIO SUBRAYA EL HECHO DE QUE EL ARGUMENTO QUE IMPLICA QUE LOS CLÍNICOS CONDUCTUALISTAS PASAN POR DESAPERCIBIDOS LOS DETERMINANTES O CAUSAS DE LA CONDUCTA DESADAPTATIVA, ES UNO QUE ESTÁ LEJOS DE CORRESPONDER CON EL BUEN PROCEDER DEL CLÍNICO CONDUCTUAL.

MITO 4

ESTE MODELO TERAPÉUTICO RESPONDE A LAS NECESIDADES DE UNOS DETERMINADOS PACIENTES NORTEAMERICANOS. POR LO QUE ESTE TIPO DE TERAPIA PROBABLEMENTE NO TENGA ÉXITO EN UN CONTEXTO CULTURAL DISTINTO AL DE ESTOS.

SEGÚN NUESTRA APRECIACIÓN, ESTE ES EL MITO QUE CON MÁS FRECUENCIA ES INVOCADO PARA RESTARLE FUERZA Y CREDIBILIDAD A LA TERAPIA CONDUCTUAL. EN ESTA SECCIÓN INTENTAREMOS DEMOSTRAR QUE DICHA APRECIACIÓN ES UNA SIN FUNDAMENTO EMPÍRICO.

SI HACEMOS UN ANÁLISIS CUIDADOSO DE LAS RAÍCES DE ESTA MODALIDAD, NOTARÍAMOS QUE LA MISMA SE DESARROLLA EN LA DÉCADA DE 1950 EN TRES PAÍSES DISTINTOS (KAZDIN, 1978). EN SUR AFRICA, WOLPE (1958) Y LAZARUS (1958) COMIENZAN A PUBLICAR IMPORTANTES HALLAZGOS CLÍNICOS; EN INGLATERRA, EYSENCK (1959) Y MEYER (1957) PUBLICAN OTROS TRABAJOS DE VALÍA; EN ESTADOS UNIDOS EL CONDICIONAMIENTO OPERANTE DE SKINNER (1954) COMIENZA A APLICARSE EN CONTEXTOS CLÍNICOS. POR LO QUE SE DESPRENDE QUE LA TERAPIA CONDUCTUAL NO ES UNA "CREACIÓN" DE LOS NORTEAMERICANOS Y SÍ UNA PODEROSA ALTERNATIVA DESARROLLADA MULTINACIONALMENTE.

EN MÁS DE UNA OCASIÓN HEMOS LEÍDO Y/O ESCUCHADO EL CURIOSO ARGUMENTO DE QUE TÉCNICAS DESARROLLADAS EN ESTADOS UNIDOS NO TIENEN APLICABILIDAD EN UN PACIENTE CON UN BAGAJE CULTURAL DIFERENTE. SE ARGUMENTA QUE LA CULTURA Y OTRAS IDIOSINCRACIAS NACIONALES LIMITAN SERIAMENTE LA EFECTIVIDAD QUE PUEDAN TENER DICHAS TÉCNICAS EN NUESTROS PACIENTES.

PRIMA FACIE EL ARGUMENTO APARENTE TENER CIERTA PERSUASIVIDAD. SIN EMBARGO, ESTE TIPO DE ASEVERACIÓN DEBE SER JUZGADA DESDE UN PUNTO DE VISTA PRÁCTICO Y EMPÍRICO. NUESTRA POSICIÓN ES QUE HAY LA SUFICIENTE EVIDENCIA PARA CONTESTAR RAZONABLEMENTE ESTE TIPO DE ALEGATO.

TENEMOS COMO EJEMPLO LA APLICACIÓN CLÍNICA DE TÉCNICAS CONDUCTUALES A TRASTORNOS SEVEROS TALES COMO LA AGORAFOBIA. LA APLICACIÓN ÉXITOSA DE ESTAS TÉCNICAS NO SÓLO HA SIDO CONFIRMADA CON NORTEAMERICANOS (BARLOW, O'BRIEN & LAST, 1984), SINO CON BRITÁNICOS (MUMBY & JOHNSTON, 1980), HOLANDECES (EMMELKAMP & KUIPERS, 1979), ESPAÑOLES (COSTA-DEL-SER, 1979), ALEMANES (ULLRICH & ULLRICH, 1972), SUECOS (PERSSON, ALSTROM & NORDLUND, 1984), FRANCESES (JULIEN, ET AL, 1978), ITALIANOS (GUIDANO & LIOTTI, 1983), JAPONESES (YAMAGANI, OKUMA, MORINAGA & NAKAO,

1982), CANADIENSES (SOLYOM, SOLYOM, LAPIERRE, PECKNOLD & MORTON, 1981), AUSTRALIANOS (FAFNER & ROSS, 1983), AFRICANOS (DANQUAH, 1982), Y OTROS.

OTRO MAGNÍFICO EJEMPLO LO TENEMOS CON LOS PACIENTES OBSE-SIVOS-COMPULSIVOS LOS CUALES SUELEN RESPONDER MARCADAMENTE A TÉCNICAS CONDUCTUALES TALES COMO EXPOSICIÓN PROLONGADA EN VIVO Y PREVENCIÓN DE LA RESPUESTA (RACHMAN & HODGSON, 1980). EL ÉXITO CON ESTAS NO SE HA LIMITADO A LOS NORTEAMERICANOS (FOA & GOLDSTEIN, 1978); SU ÉXITO HA SIDO REPLICADO EN ALEMANIA (HEYSE, 1975), AUSTRALIA (CATTS & MCCONAGHY, 1975), FRANCIA (NOTE, CALVET & JULIEN, 1981), INGLATERRA (KIRK, 1983), ITALIA (GUIDANO & LIOTTI, 1983), BRASIL (QUEIROZ, MOTTA, MASI, SOSSAI & BOREN, 1981), GRECIA (BOULOUGOURIS & BASSIAKOS, 1973), HOLANDA (HOOGDUIN & HOOGDUIN, 1984), ESPAÑA (SACRISTÁN PÁRRAGA & RUBIO, 1984), ETC.

IGUALMENTE, OTRAS TÉCNICAS CONDUCTUALES DIRIGIDAS A ALIVIAR OTRAS DISFUNCIONES (DEPRESIÓN, DEFICIENCIAS INTERPERSONALES, PROBLEMAS SEXUALES, CONFLICTOS MARITALES, ENURESIS, ETC.) HAN SIDO APLICADAS EXTENSAMENTE EN PAÍSES QUE POSEEN UN IDIOMA, BAGAJE CULTURAL E IDIOSINCRACIA DIFERENTES AL NORTEAMERICANO. ESTO, SIN EMBARGO, NO HA TRAÍDO UNA DISMINUCIÓN EN LOS ÉXITOS LOGRADOS. DE HECHO, EN GHANA, EN DONDE ENCONTRAMOS UNA DISIMILITUD CULTURAL RADICAL CON LA NORTEAMERICANA, LOS RESULTADOS CON MÁS DE DIEZ MIL PACIENTES TRATADOS CONDUCTUALMENTE, HAN SIDO CONSISTENTEMENTE EXITOSOS Y NOTABLES (DANQUAH, 1982).

EN CUANTO AL PACIENTE LATINO, ARDILA (1978, 1982) HA NOTADO QUE EN AMÉRICA LATINA CADA DÍA SE USA CON MÁS ÉXITO Y RESONANCIA ESTE TIPO DE INTERVENCIÓN. DE HECHO, LA ÚNICA REVISTA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA LATINOAMERICANA (AVANCES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA LATINOAMERICANA) LE DEDICA CASI EL 50% DE SUS PÁGINAS A LA PUBLICACIÓN DE CASOS Y REVISIONES CONCERNIENTES A ESTA MODALIDAD. EN ESPAÑA, LA REVISTA DE PSICOLOGÍA, GENERAL Y APLICADA, LE DEDICA UN ESPACIO CONSIDERABLE A LA PRESENTACIÓN DE INTERESANTES ESTUDIOS Y CASOS CLÍNICOS MANEJADOS POR CLÍNICOS CONDUCTUALES.

FINALMENTE, O'LEARY (1984) HACE ÉNFASIS EN EL HECHO DE QUE EN LA CONVENCION DE LA ASOCIATION FOR THE ADVANCEMENT OF BEHAVIORAL THERAPY PARA EL 1983, CLÍNICOS REPRESENTANTES DE LOS SIGUIENTES PAÍSES PRESENTARON LOS RESULTADOS DE SUS ESTUDIOS: ALEMANIA, AUSTRALIA, AUSTRIA, BÉLGICA, BRASIL, CANADA, CHILE, COLOMBIA, DINAMARCA, ESCOCIA, ESPAÑA, FINLANDIA, FRANCIA, GHANA, INGLATERRA, IRLANDA, ISRAEL, ITALIA, JAPÓN, LÍBANO, MÉJICO, NUEVA ZELANDIA, NORUEGA, PORTUGAL, REPÚBLICA DOMINICANA, SUR AFRICA, SUECIA, SUIZA, URUGUAY, VENEZUELA.

QUEDA PATENTE QUE ESTE MITO ESTEREOTIPADO NO SÓLO RESULTA SER EQUÍVOCO, SINO QUE NO RESISTE UN ANÁLISIS CRÍTICO, DESAPASIONADO Y RIGUROSO, EN DONDE SE TOMEN EN CONSIDERACIÓN LAS RAÍCES

HISTÓRICAS DE ESTE MOVIMIENTO Y SU EXTENSA APLICABILIDAD. PARA ESTO, CLARO ESTÁ, UNO DEBE ESTAR EXTENSAMENTE FAMILIARIZADO CON LA TEMÁTICA.

¿QUÉ IMPLICACIONES TIENEN DICHS HALLAZGOS PARA EL PSICÓLOGO CLÍNICO PUERTORRIQUEÑO? CREEMOS QUE VARIAS, PERO DOS DE ELLAS NECESITAN RESALTARSE. EN PRIMER LUGAR, LA EXTENSA LITERATURA DISPONIBLE NOS MUESTRA QUE ESTAS TÉCNICAS NO SE VEN AFECTADAS DE MANERA ADVERSA AL SER APLICADAS EN UN CONTEXTO CULTURAL DISTINTO AL NORTEAMERICANO. POR LO QUE EL COMENTARIO TENAZ DE QUE ÉSTAS SON "IRRELEVANTES", "AJENAS A LAS DISFUNCIONES DE NUESTRO PUEBLO" Y HASTA "PSICONOXIVAS" NO NOS PARECEN NI PLAUSIBLES NI SATISFATORIAS. ¿ACASO SE PRETENDE INDICAR QUE EL CLIENTE PUERTORRIQUEÑO ES UN TIPO DE RARA AVIS, EL CUAL REACCIONARÁ DE UNA MANERA ANÓMALA ANTE PROCEDIMIENTOS TERAPEÚTICOS QUE HAN CONSISTENTEMENTE DEMOSTRADO UNA MARCADA EFECTIVIDAD EN DISTINTOS CONTEXTOS CULTURALES?

EN SEGUNDO LUGAR, UNA MANERA DE REBATIR ESTE TIPO DE ARGUMENTO CON MÁS RIGUROSIDAD AUN, CONSISTIRÍA EN DISEÑAR E IMPLEMENTAR ESTUDIOS DE VALIDACIÓN CLÍNICA EN DONDE SE EXAMINE A FONDO LA APLICABILIDAD Y EFECTIVIDAD DE ESTE MODELO TERAPEÚTICO EN LA POBLACIÓN PUERTORRIQUEÑA. LAMENTABLEMENTE, Y DEBIDO A UNA SERIE DE CONSABIDAS LIMITACIONES, EN PUERTO RICO NO SE LE HA PRESTADO LA DEBIDA ATENCIÓN A LA VALIDACIÓN E INVESTIGACIÓN DE LOS DIVERSOS SISTEMAS TERAPEÚTICOS EMPLEADOS POR EL PSICÓLOGO PUERTORRIQUEÑO. EN VISTA DE QUE ESTA SITUACIÓN NO PARECE TENER VISOS DE PROGRESAR EN UN FUTURO INMEDIATO, EL CLÍNICO DEBERÁ DE JUZGAR CON DETENIMIENTO LA PLAUSIBILIDAD DEL ARGUMENTO QUE ESTAMOS ANALIZANDO.

EN RESUMEN, LA POSICIÓN DE QUE LAS TÉCNICAS CONDUCTUALES SON INAPLICABLES E INADAPTABLES A CLIENTES QUE NO SEAN NORTEAMERICANOS, NO RECIBE APOYO NI CREDIBILIDAD A LA LUZ DE LA EXTENSA EVIDENCIA TRANSCULTURAL DISPONIBLE. ENTONCES, ¿CÓMO ES POSIBLE QUE ESTE TIPO DE ARGUMENTACIÓN RESUENE Y SE INVOQUE CON TANTA INSISTENCIA? ¿QUÉ MOTIVACIONES META-EMPÍRICAS O EXTRA-CIENTÍFICAS ESTÁN DETRÁS DE LA FACHADA DE ESTE ARGUMENTO? ¿POR QUÉ SE RECURRE MÁS AL APRIORISMO QUE A LA EVIDENCIA PARA INTENTAR ANALIZAR LOS ALCANCES DE ESTA MODALIDAD? EN LAS CONCLUSIONES INTENTAREMOS CONTESTAR ESTAS INQUIETANTES PREGUNTAS.

MITO 5

LA TERAPIA CONDUCTUAL ES UNA MECANICISTA Y RÍGIDA EN SU APLICACIÓN. MÁS AUN, EL TERAPEUTA CONDUCTUAL TIENDE A SER FRÍO E IMPERSONAL EN LA INTERACCIÓN CON SUS CLIENTES.

DEFINITIVAMENTE NO HAY JUSTIFICACIÓN ALGUNA PARA TILDAR AL CLÍNICO CONDUCTUALISTA COMO MÁS IMPERSONAL O DISTANTE, QUE UN

CLÍNICO QUE TRABAJE BAJO OTRO MARCO TERAPÉUTICO. PARA EMPEZAR, ESTE MITO NI SIQUIERA PLANTEA EL ARGUMENTO CON VISOS DE PLAUSIBILIDAD, O, ¿CASO SE SUGIERE QUE EL TERAPEUTA CONDUCTUAL ES INCOMPETENTE E INSENSIBLE EN LAS ÁREAS DE DESTREZA INTERPERSONAL? SEGUNDO, ESTUDIOS DE PROCESO SEÑALAN CONSISTENTEMENTE QUE EL TERAPEUTA CONDUCTUAL ES TAN O MÁS EMPÁTICO Y SENSIBLE QUE CUALQUIER OTRO COLEGA.

SLOANE, ET AL (1975) EN SU ESTUDIO COMPARARON CÓMO LOS PACIENTES JUZGABAN A LOS TERAPEUTAS CONDUCTUALES VERSUS PSICODINÁMICOS EN ÁREAS DE RELACIÓN INTERPERSONAL. LOS RESULTADOS INDICARON QUE LOS TERAPEUTAS CONDUCTUALES FUERON JUZGADOS SIGNIFICATIVAMENTE MÁS ALTO EN SUS NIVELES DE CONTACTO INTERPERSONAL, EMPATÍA, AUTO-CONGRUENCIA Y GENUINIDAD.

BRUNINK Y SCHROEDER (1979) EN UNA COMPARACIÓN PARECIDA ENTRE TERAPEUTAS CONDUCTUALES, PSICODINÁMICOS Y GESTALTICOS ENCONTRARON QUE TODOS ELLOS CREARON ATMÓSFERAS IGUALMENTE EFECTIVAS EN MEDIDAS DE EMPATÍA Y ENTENDIMIENTO. ESTOS AUTORES REPORTAN QUE "LOS TERAPEUTAS CONDUCTUALES OFRECIERON CON MÁS FRECUENCIA COMUNICACIONES DE APOYO, LAS CUALES TENDÍAN A REDUCIR LA DISTANCIA EMOCIONAL ENTRE EL TERAPEUTA Y EL CLIENTE A TRAVÉS DE DECLARACIONES DE ALIENTO, ELOGIOS Y SIMPATÍA" (P. 573).

OTROS ESTUDIOS DE PROCESO QUE HAN ARROJADO RESULTADOS SIMILARES SON LOS DE GREENWALD, KORNBLITH, HERSEN Y BELLACK (1981) Y EL DE CROSS, SHEEHAN Y KAHN (1982). ASIMISMO, WILSON Y EVANS (1976) Y SWEET (1984) EN SUS ABARCADORAS REVISIONES DE ESTE TÓPICO HAN LLEGADO A LA CONCLUSIÓN DE QUE EL TERAPEUTA CONDUCTUAL NO SE DIFERENCIA DE OTROS CLÍNICOS, EN LO QUE RESPECTA AL BUEN TRATO Y CONSIDERACIÓN QUE SE MERECE TODO PACIENTE. POR LO QUE ESTE MITO, ADEMÁS DE CARECER DE PLAUSIBILIDAD ARGUMENTATIVA, CARECE DE EVIDENCIA SUBSTANTIVA.

CONCLUSIÓN

NEWTON-SMITH (1981), UN RESPETADO EPISTEMÓLOGO, HA RECALCADO QUE EN EL QUEHACER CIENTÍFICO NO TODAS LAS DECISIONES SE TOMAN POR RAZONES EMPÍRICAS Y RACIONALES. LA HISTORIA DE LA CIENCIA DEMUESTRA QUE LOS PREJUICIOS IDEOLÓGICOS Y LAS INFLUENCIAS SOCIO-POLÍTICAS PUEDEN AFECTAR LA ACEPTACIÓN Y/O VIABILIDAD DE NUEVOS HALLAZGOS Y ENFOQUES. A TALES FACTORES SE LES SUELE TILDAR DE META-EMPÍRICOS, DEBIDO A QUE SON INFLUENCIAS AJENAS Y HASTA CONTRARIAS AL PROCEDER EMPÍRICO/CIENTÍFICO.

LOS MITOS QUE SE HAN ANALIZADO EN ESTE TRABAJO PARECEN PROVENIR DE DOS FUENTES PRINCIPALES. LA PRIMERA Y MÁS OBVIA, PARECE "ENGENDRARSE" EN UN APRIORISMO MARCADO EN CONTRA DE ESTA MODALIDAD TERAPÉUTICA. ESTE APRIORISMO IMPLICARÍA, CLARO ESTÁ, LA EMISIÓN DE JUICIOS CONTUNDENTES Y CATEGÓRICOS A FALTA DE UN CONOCIMIENTO PLENO Y CABAL DE LA TEMÁTICA QUE SE PRETENDE CRITICAR.

UNA SEGUNDA FUENTE, QUE DE HECHO NO ES INCOMPATIBLE CON LA ANTERIOR, TOMA COMO BASE LA CRÍTICA IDEOLÓGICA DE ESTE MODELO, POR RAZONES QUE NO PRETENDEMOS ESPECIFICAR EN ESTE TRABAJO. ESTA POSTURA, COMO TODA POSTURA META-EMPÍRICA, SUELE DESVIRTUAR O RELEGAR A UN SEGUNDO O TERCER PLANO LOS DATOS Y EVIDENCIA DISPONIBLES.

EL INTENTO DE ESTE TRABAJO HA SIDO MÁS BIEN DE CONCIENCIACIÓN. EN REPETIDAS OCASIONES HEMOS PRESENCIADO CÓMO ESTA MODALIDAD TERAPÉUTICA ES DESCARTADA COMO "IRRELEVANTE", TOMANDO COMO BASE A UNO O VARIOS DE LOS MITOS QUE HEMOS PRESENTADO AQUÍ. SUELE DECIRSE QUE LOS MITOS Y LOS MALOS ENTENDIDOS SURGEN CUANDO SE HACEN UNAS ASERCIONES QUE A MANERA DE REPETICIÓN CONSTANTE TOMAN ASPECTO DE "HECHOS AUTO-EVIDENTES". CREEMOS, PUES, QUE HEMOS HECHO AL MENOS UN MODESTO ESFUERZO PARA MOTIVAR AL LECTOR A CUESTIONARSE UNA SERIE DE "HECHOS INDUBITABLES", QUE CUANDO SON ANALIZADOS CON RIGOR Y AMPLITUD NO PASAN DE SER CONJETURAS INFUNDADAS.

REFERENCIAS

- AGATHON, M. (1982). BEHAVIOR THERAPY IN FRANCE, 1976-1981. JOURNAL OF BEHAVIOR THERAPY AND EXPERIMENTAL PSYCHIATRY, 13, 271-277.
- ARDILA, R. (1978). BEHAVIOR MODIFICATION IN LATIN AMERICA. EN M. HERSEN, R.M. EISLER & P.M. MILLER (EDS.), PROGRESS IN BEHAVIOR MODIFICATION- VOL. 6. (PP. 123-142). NEW YORK: ACADEMIC PRESS.
- ARDILA, R. (1982). INTERNATIONAL DEVELOPMENTS IN BEHAVIOR THERAPY IN LATIN AMERICA. JOURNAL OF BEHAVIOR THERAPY AND EXPERIMENTAL PSYCHIATRY, 13, 15-20.
- BAER, D.M. (1982). APPLIED BEHAVIOR ANALYSIS. EN G.T. WILSON & C.M. FRANKS (EDS.), CONTEMPORARY BEHAVIOR THERAPY (PP. 310-338). NEW YORK: GUILFORD.
- BANDURA, A. (1969). PRINCIPLES OF BEHAVIOR MODIFICATION. NEW YORK: HOLT, RINEHART & WINSTON.
- BANDURA, A. (1977). SOCIAL LEARNING THEORY. NEW JERSEY: PRENTICE-HALL.
- BARLOW, D.H., O'BRIEN, C., & LAST, C. (1984). COUPLES TREATMENT OF AGORAPHOBIA. BEHAVIOR THERAPY, 15, 41-58.
- BERGIN, A.E., & STRUPP, H.H. (1972). CHANGING FRONTIERS IN THE SCIENCE OF PSYCHOTHERAPY. CHICAGO: ALDINE.

- BLANCHARD, E.B., & HERSEN, M. (1976). BEHAVIORAL TREATMENT OF HYSTERICAL NEUROSIS: SYMPTOM SUBSTITUTION AND SYMPTOM RETURN RECONSIDERED. PSYCHIATRY, 39, 118-129.
- BOULOUGOURIS, J., & BASSIAKOS, I. (1973). PROLONGED FLOODING IN CASES WITH OBSESSIVE-COMPULSIVE NEUROSIS. BEHAVIOUR RESEARCH AND THERAPY, 11, 227-231.
- BRUNINK, S.A., & SCHROEDER, H.E. (1979). VERBAL THERAPEUTIC BEHAVIOR OF EXPERT PSYCHOANALYTICALLY ORIENTED, GESTALT AND BEHAVIOR THERAPISTS. JOURNAL OF CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY, 47, 567-574.
- CATTS, S., & MCCONAGHY, N. (1975). RITUAL PREVENTION IN THE TREATMENT OF OBSESSIVE-COMPULSIVE NEUROSIS. AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND JOURNAL OF PSYCHIATRY, 9, 37-41.
- COLEMAN, J.C. (1956). ABNORMAL PSYCHOLOGY AND MODERN LIFE (2DA. ED.). CHICAGO: SCOTT.
- COSTA-DEL-SER, B.C. (1979). LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA DE CONDUCTA. MADRID: PABLO DEL RÍO- EDITOR, S.A.
- CROSS, D.G., SHEEHAN, P.W., & KHAN, J.A. (1982). SHORT AND LONG TERM FOLLOW-UP OF CLIENTS RECEIVING INSIGHT ORIENTED THERAPY AND BEHAVIOR THERAPY. JOURNAL OF CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY, 50, 103-112.
- DANQUAH, S.A. (1982). THE PRACTICE OF BEHAVIOR THERAPY IN WEST AFRICA: THE CASE OF GHANA. JOURNAL OF BEHAVIOR THERAPY AND EXPERIMENTAL PSYCHIATRY, 13, 5-13.
- DEL-SER, T., & SEGURA, M. (1983). LA PERSPECTIVA CONDUCTUAL EN PSICOLOGÍA CLÍNICA. REVISTA DE PSICOLOGÍA, GENERAL Y APLICADA, 38, 681-694.
- DOWDALL, T. (1982). BEHAVIOR THERAPY IN SOUTH AFRICA: A REVIEW. JOURNAL OF BEHAVIOR THERAPY AND EXPERIMENTAL PSYCHIATRY, 13, 279-286.
- EMMELKAMP, P.M.G. (1982). IN VIVO TREATMENT OF AGORAPHOBIA. EN D.L. CHAMBLESS & A.J. GOLDSTEIN (Eds.), AGORAPHOBIA: MULTIPLE PERSPECTIVE ON THEORY AND TREATMENT (pp. 43-75). NEW YORK: WILEY.
- EMMELKAMP, P.M.G., & KUIPERS, A.C.M. (1979) AGORAPHOBIA: A FOLLOW-UP STUDY FOUR YEARS AFTER TREATMENT. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY, 134, 352-355.
- EYSENCK, H.J. (1959). LEARNING THEORY AND BEHAVIOR THERAPY. JOURNAL OF MENTAL SCIENCE, 105, 61-75.

- EYSENCK, H.J. (1982). NEOBEHAVIORISTIC (S-R) THEORY. EN G.T. WILSON & C.M. FRANKS (EDS.), CONTEMPORARY BEHAVIOR THERAPY (PP. 205-276), NEW YORK: GUILFORD.
- FOA, E., & GOLDSTEIN, A.J. (1978). CONTINUOUS EXPOSURE AND COMPLETE RESPONSE PREVENTION IN THE TREATMENT OF OBSESSIVE COMPULSIVE NEUROSIS. BEHAVIOR THERAPY, 9, 821-829.
- FRANKS, C.M., & WILSON, (1975). ANNUAL REVIEW OF BEHAVIOR THERAPY; VOL. 3. NEW YORK: BRUNNER/MAZEL, INC.
- FREUD, S. (1909/1972). ANÁLISIS DE LA FOBIA DE UN NIÑO DE CINCO AÑOS. MADRID: ALIANZA EDITORIAL.
- GELDER, M., MARKS, I.M., & WOLFF, H (1967). DESENSITIZATION AND PSYCHOTHERAPY IN THE TREATMENT OF PHOBIC STATES. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY, 113, 53-73.
- GREENWALD, D.P., KORNBLITH, S.J., HERSEN, M., BELLACK, A.S., & HIMMELHOCH, J.M. (1981). DIFFERENCES BETWEEN SOCIAL SKILLS THERAPISTS AND PSYCHOTHERAPISTS IN TREATING DEPRESSION. JOURNAL OF CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY, 49, 757-759.
- GUIDANO, V.F., & LIOTTI, G. (1983). COGNITIVE PROCESSES AND EMOTIONAL DISORDERS. NEW YORK: GUILFORD.
- HAFNER, J., & ROSS, M.W. (1983). PREDICTING THE OUTCOME OF BEHAVIOUR THERAPY FOR AGORAPHOBIA. BEHAVIOR RESEARCH AND THERAPY, 21, 375-382.
- HEYSE, H. (1975). RESPONSE PREVENTION AND MODELING IN THE TREATMENT OF OBSESSIVE-COMPULSIVE NEUROSIS, EN J. BRENGELMAN (EDS.), PROCESS IN BEHAVIOR THERAPY (PP. 102-139). BERLIN: SPRINGER.
- HOOGDUIN, M., & HOOGDUIN, N. (1984). THE OUT-PATIENT TREATMENT OF PATIENTS WITH AN OBSESSIONAL-COMPULSIVE DISORDER. BEHAVIOUR RESEARCH AND THERAPY, 22, 455-459.
- HOON, P.W., & LINDSLEY, O.R. (1974). A COMPARISON OF BEHAVIOR AND TRADITIONAL PUBLICATION ACTIVITY. AMERICAN PSYCHOLOGIST, 29, 694-697.
- JULIEN, R., NOTE, Y., BLIND, M.C., DELMAS, G., WARNERY, F., BENICHOU, S., & LUCCIONNI, H. (1978). AGORAPHOBIE ET TRAITEMENT PAR IMMERSION DANS LES SITUATIONS PHOBOGENES. ACTUALITÉS PSYCHIAT, 5, 35-48.
- KAZDIN, A.E. (1978). HISTORY OF BEHAVIOR MODIFICATION. BALTIMORE: UNIVERSITY PARK PRESS.

- KAZDIN, A.E., & WILSON, G.T. (1978). EVALUATION OF BEHAVIOR THERAPY. CAMBRIDGE: BALLINGER.
- KIRK, J.W. (1983). BEHAVIOURAL TREATMENT OF OBSESSIONAL-COMPULSIVE PATIENTS IN ROUTINE CLINICAL PRACTICE. BEHAVIOUR RESEARCH AND THERAPY, 21, 51-56.
- LAZARUS, A.A. (1958). NEW METHODS IN PSYCHOTHERAPY. SOUTH AFRICAN MEDICAL JOURNAL, 32, 660-664.
- MARKS, I. (1981). CURE AND CARE OF NEUROSIS. NEW YORK: WILEY.
- MEAZZINI, P., & ROVETTO, F. (1983). BEHAVIOR THERAPY: THE ITALIAN WAY. JOURNAL OF BEHAVIOR THERAPY AND EXPERIMENTAL PSYCHIATRY, 14, 5-9.
- MEICHENBAUM, D., & CAMERON, R. (1982). COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY. EN G.T. WILSON & C.M. FRANKS (EDS.), CONTEMPORARY BEHAVIOR THERAPY (310-338). NEW YORK: GUILFORD.
- MEYER, V. (1957). THE TREATMENT OF TWO PHOBIC PATIENTS ON THE BASIS OF LEARNING PRINCIPLES. JOURNAL OF ABNORMAL AND SOCIAL PSYCHOLOGY, 55, 261-267.
- MUMBY, M., & JOHNSTON, D.W. (1980). AGORAPHOBIA: THE LONG TERM FOLLOW-UP OF BEHAVIORAL TREATMENT. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY, 137, 418-427.
- NELSON, R.O., & BARLOW, D.H. (1981). BEHAVIORAL ASSESSMENT. EN D.H. BARLOW (ED.), BEHAVIORAL ASSESSMENT OF ADULT DISORDERS (PP. 13-44). NEW YORK: GUILFORD.
- NEWTON-SMITH, W.H. (1981). THE RATIONALITY OF SCIENCE. BOSTON: ROUTLEDGE.
- NOTE, I.D., CALVET, P., & JULIEN, R.A. (1981). TRAITEMENT COM-
PORTEMENTAL DE LA NEVROSE OBSESSIONNELLE. CAH MÉDICINE, 6, 1423-1427.
- O'LEARY, K.D. (1984). THE IMAGE OF BEHAVIOR THERAPY: IT IS TIME TO TAKE A STAND. BEHAVIOR THERAPY, 15, 219-233.
- PAUL, G.L. (1969). OUTCOME OF SYSTEMATIC DESENSITIZATION: II -CONTROLLED INVESTIGATIONS OF INDIVIDUAL TREATMENT TECHNIQUE VARIATIONS, AND CURRENT STATUS. EN C.M. FRANKS (ED.), BEHAVIOR THERAPY: APPRAISAL AND STATUS (PP.123-169). NEW YORK: MCGRAW-HILL.
- PERSSON, G., ALSTROM, J.E., & NORDLUND, C.L. (1984) PROGNOSTIC FACTORS WITH FOUR TREATMENT METHODS FOR PHOBIC DISORDERS. ACTA PSYCHIATRICA SCANDINAVICA, 69, 307-318.

- QUEIROZ, L.O.S., MOTTA, M.A., MADI, M.B.P., SOSSAI, D.L., & BOREN, J.J. (1981). A FUNCTIONAL ANALYSIS OF OBSESSIVE-COMPULSIVE PROBLEMS WITH RELATED THERAPEUTIC PROCEDURES. BEHAVIOUR RESEARCH AND THERAPY, 19, 377-388.
- RACHMAN, S. (1959). THE TREATMENT OF ANXIETY AND PHOBIC REACTIONS BY SYSTEMATIC DESENSITIZATION PSYCHOTHERAPY. JOURNAL OF ABNORMAL AND SOCIAL PSYCHOLOGY, 58, 259-263.
- RACHMAN, S.J., & HODGSON, R.J. (1980). OBSESSIONS AND COMPULSIONS. NEW JERSEY: PRENTICE-HALL.
- ROSENBERG, F.K., & DELGADO, F. (1985). THE ESTABLISHMENT OF A BEHAVIOR THERAPY UNIT WITHIN A GENERAL HOSPITAL IN VENEZUELA: THE FIRST FIVE YEARS. JOURNAL OF BEHAVIOR THERAPY AND EXPERIMENTAL PSYCHIATRY, 16, 5-7.
- SACRISTÁN, J.R., PÉREZ, J.P., & RUBIO, J.M.L. (1984). TERAPIA DE CONDUCTA DE LOS TRASTORNOS OBSESIVO-COMPULSIVOS. REVISTA DE PSICOLOGÍA, GENERAL Y APLICADA, 39, 353-376.
- SKINNER, B.F. (1954). A NEW METHOD FOR THE EXPERIMENTAL ANALYSIS OF THE BEHAVIOR OF PSYCHOTIC PATIENTS. JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE, 120, 403-406.
- SLOANE, R., STAPLES, F., CRISTOL, A., YORKSTON, N., & WHIPPLE, K. (1975). PSYCHOTHERAPY VS BEHAVIOR THERAPY. CAMBRIDGE, MA: HARVARD UNIVERSITY PRESS.
- SMITH, D. (1982). TRENDS IN COUNSELING AND PSYCHOTHERAPY. AMERICAN PSYCHOLOGIST, 37, 802-809.
- SOLYOM, C., SOLYOM, L., LAPERRÉ, Y., PECKNOLD, J., & MORTON, L. (1981). PHENELZINE AND EXPOSURE IN THE TREATMENT OF PHOBIAS. BIOLOGICAL PSYCHIATRY, 16, 239-247.
- STRAVYNSKI, A. (1983). BEHAVIORAL TREATMENT OF PSYCHOGENIC VOMITING IN THE CONTEXT OF SOCIAL PHOBIA. JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE, 171, 448-451.
- SWEET, A.A. (1984). THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP IN BEHAVIOR THERAPY. CLINICAL PSYCHOLOGY REVIEW, 4, 253-272.
- ULLRICH, R., & ULLRICH, R. (1972). MODELOS TERAPEÚTICOS COMPLEJOS EN ANÁLISIS Y MODIFICACIÓN DE CONDUCTA. EN V. PALECHANO (ED.), ADAPTACIÓN Y CONDUCTA (pp. 59-100). MADRID: MAROVA.
- WILSON, G.T., & EVANS, I.M. (1976). ADULT BEHAVIOR THERAPY AND THE THERAPIST-CLIENT RELATIONSHIP. EN C.M. FRANKS & G.T. WILSON (EDS.), ANNUAL REVIEW OF BEHAVIOR THERAPY: THEORY AND PRACTICE- VOL. 4 (pp. 771-792). NEW YORK: BRUNNER/MAZEL, INC.

- WOLBERG, L.R. (1965). SHORT-TERM PSYCHOTHERAPY. NEW YORK: GRUNE & STRATTON.
- WOLPE, J. (1958). PSYCHOTHERAPY BY RECIPROCAL INHIBITION. STANFORD: STANFORD UNIVERSITY PRESS.
- YAMAGANI, T., OKUMA, H., MORINAGA, Y., & NAKAO, H. (1982). PRACTICE OF BEHAVIOR THERAPY IN JAPAN. JOURNAL OF BEHAVIOR THERAPY AND EXPERIMENTAL PSYCHIATRY, 13, 21-26.
- ZITRIN, C.M. (1981). COMBINED PHARMACOLOGICAL AND PSYCHOLOGICAL TREATMENT OF PHOBIAS. EN M. MAVISSAKALIAN & D.H. BARLOW (Eds.), PHOBIA (PP. 145-173). NEW YORK: GUILFORD.

RECIBIDO EL 1RO DE MAYO DE 1985