

EL ESTADO DE LA CUESTIÓN DE LOS ENFOQUES EN MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

Fernando L. Vázquez

Fernando L. Vázquez es profesor titular del Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela.

Introducción

Durante la década de los 70 y 80 del siglo XX, han convivido cuatro orientaciones dentro de la modificación de

conducta: el análisis conductual aplicado, la orientación conductual mediacional, la orientación basada en el aprendizaje social y la orientación cognitivo-conductual. Sin embargo, los trabajos de algunos autores (ej., Gambrill, 1995; Pérez, 1996a) comienzan a mostrar una perspectiva diferente. En concreto, la orientación basada en la teoría del aprendizaje social —o teoría cognitiva social— y la orientación conductual mediacional, estarían siendo absorbidas por la modificación de conducta cognitiva, mientras que el análisis conductual aplicado se mantendría y reforzaría sus planteamientos iniciales con la aparición del enfoque contextualista. Incluso, en lo que concierne a estos dos últimos enfoques, se consideraría al contextualismo —o análisis de conducta clínico— como el sucesor del análisis conductual aplicado. Se entendería que la perspectiva global del conductismo actual es contextualista y pragmática (Moderato, 1998). No obstante, el contextualismo difiere de aquel en algunos aspectos, especialmente en los tipos de intervención, trastornos clínicos y contextos de tratamiento (Dougher, 2000). Enfatiza la conducta verbal, utilizando explícitamente el lenguaje para producir cambios de conducta a través del mismo, acercándose a las terapias cognitivas, pero conceptualizando el cambio y la conducta desde una perspectiva radicalmente distinta.

Pérez (1996a) considera que esta situación es la evolución lógica de la modificación de conducta. Desde el nacimiento de ésta, la discusión

básica a nivel teórico ha estado polarizada entre el conductismo metodológico y el conductismo radical, que hoy se vería reflejado en el enfoque cognitivo o cognitivo-conductual, que partiría del conductismo metodológico, y el enfoque contextualista, que tendría su origen en el conductismo radical. O, dicho de otra manera, en la modificación de conducta ya hubo dos líneas diferenciales de actuación desde sus comienzos, por un lado, con la *Escuela de Iowa* más influida por Hull y Mowrer, y por otro, con la *Escuela de Harvard* más influida por Skinner y la psicología operante (O'Donohue, Henderson, Hayes, Fisher y Hayes, 2001). Es más, en los últimos años asistimos a un enfrentamiento enconado entre los cognitivistas y los analistas de conducta –o contextualistas. Uno de los elementos más polémico es el que concierne al estatus causal de la cognición (Plaud, 2002; Wilson, Hayes y Gifford, 1997). Para los analistas de conducta la cognición es un producto más de la conducta; la cognición o los sentimientos son conducta. Para los cognitivistas, la cognición es el determinante fundamental de los sentimientos y la conducta. No obstante, los terapeutas cognitivo-conductuales continúan siendo conductuales en el uso de procedimientos basados en la ejecución y en su compromiso con el cambio conductual (Dobson y Dozois, 2001), aunque también sean cognitivos en el sentido que creen que el cambio cognitivo es un importante mecanismo que justifica la efectividad de al menos algunos procedimientos conductuales. Subsana una divergencia teórica y filosófica de esta naturaleza no parece, al menos de momento, factible de solucionar, y además, la divergencia, siempre y cuando se respeten los principios básicos del campo de la modificación de conducta es un elemento enriquecedor. El objetivo de este artículo es describir y analizar aquellos aspectos que son cruciales para entender el estado actual del análisis conductual aplicado, el contextualismo y el enfoque cognitivo o cognitivo-conductual.

El análisis conductual aplicado

El análisis conductual aplicado mantiene unos principios teóricos y técnicos en la actualidad que apenas se diferencian en esencia a los propuestos originariamente (ver Kazdin, 2001; Miltenberger, 2001; Martin y Pear, 2002; Pierce y Epling, 1995). El objetivo básico es el análisis de la conducta de las personas, que nunca se considera resultado de causas internas, como lo son la personalidad, la cognición o la actitud. Los eventos cognitivos se pueden analizar como conductas que se rigen por los mismos principios operantes que las conductas observables, pudiendo las conductas cognitivas desempeñar las siguientes funciones (Miltenberger, 2001): a) un EC que provoca una RC; b) un E^D para las conductas deseables; c) operaciones de establecimiento, que alteran la

efectividad reforzante de un estímulo reforzador; y d) consecuencias de refuerzo o castigo cuando siguen a otra conducta.

Uno de los conceptos básicos es el término *operante*. La conducta operante es la conducta que puede ser modificada por sus consecuencias (Catania, 1998). Debido a su relación con las consecuencias se dice que es emitida más que elicitada. La operante, por tanto, es una respuesta emitida por el sujeto que produce consecuencias en el medio, que a su vez controlan dicha conducta. La noción de *contingencia* también es un elemento central en el análisis de la conducta. Constituye la vinculación entre la investigación básica del análisis experimental de la conducta y el análisis aplicado (Lattal, 1995). La contingencia en el análisis de la conducta es definida, a veces, como la interrelación entre los estímulos discriminativos, las conductas, y las consecuencias a lo largo del tiempo. Se trataría, pues, de la *contingencia en tres términos*. En este sentido, contingencia es prácticamente sinónimo de programa de reforzamiento. Otras veces –la mayoría de ellas–, contingencia tiene un sentido más específico como relación entre la conducta y los eventos que la siguen (reforzadores o castigos). Un sentido más general sería su uso como descripción en la relación entre la conducta y otros eventos, ya fuesen antecedentes o consecuentes. En todo caso, la noción de contingencia sugiere relación posible, no relación necesaria. Un término que también juega un papel importante es el de *operaciones de establecimiento*, concepto que hace referencia a cualquier operación que cambia el estatus de un estímulo como reforzador o como estímulo punitivo (Catania, 1998; Pierce y Epling, 1995).

Otra cuestión que preocupa al análisis conductual aplicado actualmente es la generalización del cambio de conducta. Esta implica tres procesos diferentes (Miltenberger, 2001): generalización del estímulo, generalización de la respuesta y mantenimiento de la conducta. La *generalización del estímulo* es cuando la persona responde de modo similar en distintas situaciones; la *generalización de la respuesta* es cuando una respuesta objetivo se ha fortalecido y otras respuestas similares también han incrementado en frecuencia; y, el *mantenimiento de la conducta*, se refiere a cuánto tiempo persiste una conducta nueva después de que las contingencias originales han sido eliminadas.

Desde siempre el interés y la insistencia en el ambiente, como quien mantiene la conducta, ha llevado a considerar que en muchas ocasiones se requiere un cambio no sólo en el ambiente físico sino también en el ambiente social. Nuestras contingencias son en gran medida programadas en nuestras instituciones sociales y son estos sistemas de contingencias los que determinan nuestra conducta (Holland, 1978). Esto ha llevado a aplicar programas en las escuelas, los hospitales, la propia casa, las cárceles, las comunidades, etc. (ver Kazdin, 2001; Martin y Pear, 2002). También ello ha conducido a aplicar programas a padres, cónyuges, profesores, amigos y a aquellas otras personas que son la

fuentes de reforzamiento para mantener la conducta del sujeto objetivo de la intervención. Los analistas de conducta utilizan cuando es necesario a otras personas como coterapeutas o como elemento necesario del cambio, cuando son éstas las que mantienen la conducta de otra persona, o para que cambiando su conducta o aplicando los principios del reforzamiento, puedan cambiar la conducta de la otra persona.

El análisis conductual aplicado sigue dando un gran peso a la metodología de *caso único*, que por otra parte, según Morgan y Morgan (2001), es la metodología de investigación que más conviene en clínica. En ella es muy importante establecer claramente la conducta junto a los estímulos antecedentes y consecuentes para, una vez bien delimitada, aplicar un tratamiento y ver el resultado del mismo. La evaluación y el tratamiento van íntimamente unidos y son inseparables. Ello ha propiciado, entre otras cuestiones, que a lo largo de los años se hayan ido desarrollando un gran número de diseños de caso único (ej., A-B-A, A-B-A-B, diseños de línea base múltiple) (ver Kazdin, 2001b), que son tan rigurosos y sirven para los mismos propósitos que la investigación de grupo, esto es, identificar una relación causal entre una condición y algún resultado o efecto; y, cuya principal ventaja es su capacidad para demostrar si un tratamiento está funcionando, y hacer los cambios necesarios mientras la intervención está todavía vigente.

Se reconoce, asimismo, que la realidad nos indica una separación entre la investigación básica y la aplicación de las técnicas, o la separación entre la ciencia básica y la ciencia aplicada. Los analistas de conducta actúan cada vez más como lo hacen cotidianamente en su práctica los médicos y los psiquiatras (Pierce y Epling, 1995). Esto es, utilizan paquetes de tratamiento estandarizados que resultan efectivos para un trastorno específico, sin detenerse en el análisis funcional de la conducta de un sujeto particular. Aunque al análisis conductual aplicado subyace una ciencia de la conducta humana, y por ende es mucho más que aplicar la tecnología conductual, también es cada vez más evidente que el interés básico del clínico es disponer de procedimientos de cambio de conducta efectivos, y no tanto analizar por qué un tratamiento es efectivo.

Por lo que atañe a su aplicabilidad, el campo de aplicación del análisis conductual aplicado tanto en problemas clínicos como sociales es cada vez más extenso (ver Austin y Carr, 2000). Las técnicas de tratamiento que utilizan los analistas de conducta son las derivadas de los principios operantes. Incluso hay procedimientos de otros enfoques de modificación de conducta que tendrían cabida si se reconceptualizan desde una perspectiva operante. Este es el caso del modelado, que se podría explicar como una imitación operante o como una imitación generalizada, o el de algunas técnicas cognitivas cuya explicación estaría fundamentada en el control de la conducta regido por reglas.

El contextualismo

El contextualismo o análisis de conducta clínico difiere del análisis de conducta en algunos aspectos, especialmente en el desarrollo terapéutico, en el que la conducta verbal adquiere su máximo protagonismo. Tradicionalmente se ha dado más importancia, cuando se trabaja con el sujeto, a lo que ocurre en su contexto cotidiano que en el terapéutico. Sin embargo, desde esta perspectiva se entiende que lo que ocurre en el contexto terapéutico es crucial. Los problemas de la vida cotidiana pueden darse en la sesión, y de hecho se dan, con lo que el terapeuta puede observarlos y tratarlos directamente; y el lenguaje que tiene lugar en la sesión se considera una conducta clínicamente relevante, ya que es una muestra del problema y una ocasión para la terapia (Kohlenberg, Tsai y Dougher, 1993).

Como componentes nucleares del contextualismo señalar el hecho de centrarse en el evento en su totalidad, el ser sensible al papel del contexto en comprender la naturaleza y la función del evento, y el asirse firmemente a un criterio pragmático (Follette y Hayes, 2000). El *contexto* se considera el elemento determinante de la conducta. Las conductas se comprenden solamente en el contexto total en el que ocurren los eventos psicológicos. El contexto incluye el repertorio de la persona, la historia de la persona de acciones similares y sus efectos, el tiempo y el lugar en el que ocurre el evento psicológico, el estado motivacional actual de la persona (la presencia de operaciones de establecimiento), las reacciones de otra gente a la acción, el ambiente genético y biológico de la persona que emite la conducta y una multitud de otras características que en su conjunto pueden ser relevantes para explicar cómo ocurre un evento psicológico y por qué es mantenido. Todas las causas de la conducta se restringen en último término a los eventos ambientales, incluidas las cogniciones, emociones, sensaciones corporales u otras conductas privadas, que se consideran desde este enfoque como conductas que sólo pueden ser explicadas por las contingencias ambientales y que nunca son causa de lo externo u observable. Dos eventos psicológicos pueden estar relacionados, pero la "causa" de ambos y su relación se encuentra en el contexto.

La unidad de análisis es la acción en su totalidad, entendiendo por tal los actos, los contextos y las características de la acción (Hayes, Follete y Follete, 1995). Las divisiones científicas entre eventos se consideran como construcciones con objeto de ser usadas para propósitos analíticos pragmáticos, no realidades ontológicas consideradas aisladas de otros eventos. La unidad de análisis es holística, la conducta no se evalúa como un acto aislado que se puede separar del todo. Es el organismo como un todo el que actúa. Se maneja para dicho análisis una con-

tingencia de tres términos –estímulo discriminativo, respuesta, estímulo reforzador– con dos condiciones causales iniciales –los estímulos discriminativos y los reforzadores; pero como el estímulo discriminativo puede estar a su vez discriminado (discriminación condicional) y ser reforzador, el resultado es una causalidad múltiple. Cada término se define por los otros, de forma inseparable. La causalidad es una forma de hablar sobre los sucesos, no un hecho.

El enfoque contextual retoma los planteamientos de Skinner sobre la conducta verbal (ver Skinner, 1957/1981). Las conductas verbales se definen como *clases funcionales operantes* que pueden tener consecuencias verbales (una contestación) y no verbales (acciones de otros a petición del hablante). El término *clase funcional* se refiere a aquellos estímulos o respuestas que tienen la misma función. La conducta se comprende en términos de su función no de su forma (Follette y Hayes, 2000). Por ejemplo, cuando un sujeto “siente miedo” no se trataría de explorar el constructo de ansiedad, sino de especificar las condiciones constitutivas y las funciones de esas conductas, en ver cómo se utiliza el lenguaje mentalista (Pérez, 1996b). Las conductas que tienen el mismo efecto sobre el ambiente en una situación dada –funcionan de la misma forma– son tratadas como equivalentes, independientemente de si son parecidas en la forma –topográficamente. Las funciones deben ser comprendidas histórica y situacionalmente.

Otro concepto clave es el de *regla*, entendiéndolo por la misma, una clase de conducta verbal –estímulos verbales con efecto sobre la conducta– consistente en instrucciones que especifican contingencias –que son correspondidas con contingencias ambientales (Catania, 1998). En este sentido, la conducta puede estar controlada por contingencias ambientales o por reglas –el control instruccional hace la función de las contingencias ambientales. Las reglas tienen un carácter discriminativo, aunque algunas son capaces de “alterar la función”, entendiéndolo por ello que tienen la capacidad para producir operaciones instrumentales como por ejemplo reforzamiento, castigo o extinción (Pérez, 1996a). Las conductas controladas por reglas, a diferencia de las otras, poseen autonomía funcional, en el sentido de que las contingencias no ejercen ningún control sobre ellas. Hay conductas, como es el caso de las exigencias sociales, que es poco probable que puedan ser seguidas por las contingencias naturales, sino que más bien lo que se refuerza es seguir la regla (Luciano, 1993). Cuando las reglas que especifican las respuestas apropiadas son moldeadas –gobernadas por contingencias–, resultan más efectivas que las que se ciñen única y exclusivamente a describir las contingencias relevantes. Moldear lo que la gente dice acerca de lo que hace es una forma de cambiar la conducta tan efectiva o más que el moldeado directo de la conducta y, por supuesto, superior al método de dar las instrucciones para que se haga (Catania, Matthews y Shimoff, 1990). El moldeamiento de la conducta verbal es una potente técnica de

cambio de la conducta, pues en una situación clínica es más sencillo moldear lo que se dice que lo que se hace y, además, la conducta verbal puede corresponderse mejor con el comportamiento que se refiere que la conducta instruida o informada (Kohlenberg et al., 1993). Es más, en la conducta verbal, el presente interactúa con el pasado y con el futuro, lo que permite según Gifford y Hayes (1999) introducir dimensiones funcionales no presentes en la situación (“predecir” el futuro y “revivir” el pasado). El antes y después verbales son convencionales y permiten reconstruir futuros que nunca han sido vividos, pero que no se analizan como sucesos hipotéticos sino como reales en la medida en que la conducta verbal es real y presente.

Terapias desarrolladas en el enfoque contextual

La terapia de aceptación y compromiso

La *terapia de aceptación y compromiso* (TAC) (Hayes, Stroschal y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002) es quizás de los desarrollos del contextualismo el que más interés ha suscitado en nuestro medio. La TAC es una terapia conductual, radical, analítica, contextual y consecuentemente funcional (Luciano, 2001). La TAC es una terapia basada en el lenguaje, orientada a alterar las funciones de las relaciones verbales. La TAC incorpora eventos privados, pero interpretados desde una perspectiva contextualista. No se considera que los eventos privados causen la conducta manifiesta, sino que se adquiere por medio de la conducta verbal y se mantienen por los indicios contextuales en el ambiente. Tampoco se considera que los eventos privados sean el problema, ni la causa de la conducta, aunque se consideren para el cambio y para la terapia. Se trata, primero, de determinar el contexto en el que ciertos eventos privados están asociados con respuestas manifiestas y, segundo, cambiarlo, ya sea manipulando las contingencias que mantienen la clase operante o usando fórmulas verbales (ej., metáforas, paradojas) que sitúen la relación previa en un nuevo marco o contexto verbal, lo que conducirá a una alteración de la función de la relación preliminar entre los comportamientos. Se altera la función motivacional o aversiva de los sucesos privados, y no su contenido; el sujeto sigue teniendo esos pensamientos, pero ya no le producen sufrimiento.

Más que aportar nuevas técnicas de tratamiento, la TAC aporta un marco conceptual para la intervención. El cumplimiento con las metas señaladas en la TAC se puede valer —con la debida contextualización— de técnicas procedentes de diversas orientaciones psicoterapéuticas como la terapia de conducta, la terapia cognitiva, la terapia estratégica, la terapia existencial y la psicoterapia analítica (Pérez, 2001). El objetivo fundamental de la TAC es la de crear un distanciamiento comprensivo

de la persona respecto de su problema, en el sentido de que el sujeto tome una cierta distancia y piense en sus problemas sin enfrascarse en explicaciones basadas en términos intrapsíquicos o mentalistas. La consecución del distanciamiento implica una serie de estadios (ver Tabla 1). La TAC está pensada fundamentalmente para el trastorno de *evitación experiencial* (ver Wilson y Luciano, 2002), que se podría definir como un fenómeno que ocurre cuando un individuo evita ponerse en contacto con experiencias privadas particulares (ej., emociones, pensamientos). Por tanto, está indicada para problemas como la depresión, la ansiedad, el alcoholismo y otras conductas adictivas, la ludopatía, la obsesión y la compulsión, y cualesquiera otros problemas que tengan como eje central la deliberada aminoración o eliminación de eventos privados sin que el resultado de tal acción, aun siendo parcialmente efectivo de forma inmediata, no sea otro que una limitación de la vida de la persona (Luciano y Hayes, 2001). La TAC considera no sólo lo que puede y quiere cambiar el sujeto, sino lo que no puede cambiar y sí quisiera cambiar; la TAC propone una aceptación activa, no victimista. Hasta el momento se han publicado distintos trabajos, especialmente de caso único (ej., Carrasco, 1999; Ferro, 2000; Velasco y Quiroga, 2001), aunque también ya se ha realizado algún estudio controlado (ej., Bach y Hayes, 2002).

Psicoterapia analítico funcional

La *psicoterapia analítico-funcional* (PAF) (Kohlenberg y Tsai, 1991) también se ha seguido con cierto interés en nuestro medio (ver Pérez, 1996 a, 1996b; Rodríguez-Naranjo, 1998). La PAF pone el énfasis en la conducta verbal y sus funciones en el contexto terapéutico (ver Tabla 2), y las contingencias de reforzamiento que se dan en la sesión terapéutica, tales como las relaciones terapéuticas, el reforzamiento natural o el moldeamiento. Las intervenciones que hace el terapeuta ocurren estrictamente en el contexto de la sesión de terapia (Kohlenberg, 2000). Lo fundamental es lo que el individuo dice y hace en presencia del terapeuta, y no tanto las tareas para casa o los acontecimientos que ocurren en su vida diaria. La PAF se apoya en la idea que hay similitudes funcionales entre las conductas de la sesión terapéutica y las que se dan en la situación diaria del sujeto

La tarea fundamental del terapeuta es la de identificar esas conductas que se dan durante la sesión clínica, conocidas por *conductas clínicamente relevantes* (CCRs), e identificar sus funciones (ver Tabla 2). Además del lenguaje hay otras situaciones terapéuticas que evocan CCRs entre las que se incluyen la estructura temporal, los honorarios, los silencios en la conversación, la expresión del afecto, los sucesos

Tabla 1
Fases de la terapia de aceptación y compromiso

- *Desesperanza creativa.* El objetivo es ayudar al sujeto a ver como ineficaces sus intentos pasados para resolver su problema actual. El sujeto comenzará a ver la situación con desesperanza, pero al mismo tiempo se convertirá en una situación clínicamente creativa, ya que le permitirá explorar nuevas aproximaciones al problema.

- *Control como problema.* El objetivo es que el sujeto vea que los intentos de control emocional y cognitivo le impiden soluciones más efectivas a los problemas. Se trata de romper todos los *pliances* que mantienen la evitación experiencial, es decir, la conducta gobernada por la "regla del cumplimiento" que está bajo control de las consecuencias mediadas socialmente por la correspondencia entre la regla y la conducta relevante, y en su lugar crear *tracking* basados en la experiencia que facilita la aceptación, o conducta gobernada por la "regla de contacto", bajo control de la correspondencia entre la regla y la manera en que esta organizado el mundo de los objetos. Se sugiere a los clientes otra regla más apropiada para los sucesos privados.

- *Establecer el "yo" como contexto más que contenido.* El objetivo es ayudar al cliente a discriminar entre la persona que denomina "yo" y la conducta que desea eliminar. La ACT distingue entre el "yo" como contexto (perspectiva común, yo observador) y el "yo" como contenido (pensamientos, emociones, evitaciones). Se trata de enseñar al individuo a reconocer entre lo que él es y lo que se dice y lo que hace, porque vienen a ser el mismo, en el sentido de que el sujeto se ofrece en el contexto de su conducta. También se intenta debilitar o romper la literalidad del lenguaje.

- *Elegir y valorar una dirección.* Se pretende evaluar los valores (reglas de cumplimiento –*pliances*) que el sujeto sigue o pretende seguir y que le generan conflictos. Se intenta establecer en su lugar reglas basadas en la experiencia (*tracks*) y el seguimiento de éstas (*tracking*). Se trata de establecer reglas relacionadas con la experiencia más que reglas de cumplimiento. Para ello se apoya al sujeto para que tome contacto con lo que él elige como valor en su vida.

- *Librarse de los esfuerzos de mantener los síntomas.* Se trata de abandonar la lucha contra las emociones y pensamientos. Se anima a los sujetos a experimentar los eventos privados evitados (pensamientos, sentimientos, sensaciones corporales, recuerdos, etc.) y su relación con las contingencias para ciertas conductas. Se propone que dejen de esforzarse y que acepten la mayoría de las cosas que temen, lo cual transforma la función de los sucesos sin cambiar la forma. Se pretende facilitar el moldeamiento directo de posibles repertorios alternativos en ausencia de respuestas de evitación.

- *Compromiso y cambio de conducta.* Se intenta que el sujeto establezca compromisos con su vida a través de las direcciones elegidas por él, en el análisis de sus propios valores. Se trata de ayudar a la persona a tomar compromisos para actuar. El cliente acepta –se hace cargo– y se compromete –es capaz de responder– a dar los pasos adecuados para solucionar su problema. El terapeuta ayudará al sujeto a identificar aquellas estrategias específicas que le serán útiles en la tarea de conseguir las metas identificadas previamente.

inusuales, las características del terapeuta, la terminación, etc (Pérez, 1996b). Asimismo, los terapeutas que utilizan la PAF presuponen que su conducta afectará a los clientes a través de algún tipo de aprendizaje contingente directo, anclado en el condicionamiento operante o respondiente. Se asume que las acciones del terapeuta en la sesión afectan al cliente sirviendo como una función *discriminativa*, *evocativa* (respondiente) y *reforzante* (consecuencias que afectan a la conducta del sujeto). Es más, se han propuesto una serie de reglas terapéuticas con el objeto de guiar la actuación terapéutica para ayudar a evocar, señalar, reforzar e interpretar la conducta del cliente (ver Tabla 2). Son reglas que gobiernan la conducta del terapeuta y permiten hacer de la sesión clínica un contexto natural para el cambio.

La PAF es una terapia diseñada para contextos externos y para clientes que es probable que manifiesten los problemas que tienen en sus vidas diarias en la sesión de terapia (Kohlenberg, 2000). Está indicada, por tanto, específicamente para aquellos clientes cuyas dificultades se ponen de manifiesto en relaciones personales íntimas, como se refleja claramente en los trabajos en los que se aplicado la PAF (ej., Ferro, Valero y Vives, 2000; Kohlenberg y Tsai, 2000).

La terapia de conducta dialéctica

La *terapia de conducta dialéctica* (TCD) fue desarrollada por Linehan (1993), inicialmente para tratar a mujeres con suicidio crónico y conductas autolesivas, muchas de las cuales reunían los criterios para un trastorno de personalidad límite (TPL). La autora formuló una teoría biosocial, en la que propuso que las dificultades centrales de esos individuos derivan de una dificultad fisiológica primaria en la regulación emocional –vulnerabilidad emocional– combinada con una historia de un ambiente social invalidante, que impiden que el sujeto desarrolle habilidades adaptativas que le permitan modular eficazmente su estado emocional. El individuo aprende a utilizar las conductas suicidas y autolesivas como mecanismos de afrontamiento para regular los estados afectivos abrumadores.

El objetivo de la terapia consiste en crear un contexto de validación sobre el que reconstruir la regulación emocional más que de inculpación del cliente, dentro del cual el terapeuta extingue las conductas inadecuadas, hace surgir las adecuadas y procura que sean reforzadas hasta que se instauren de modo definitivo en el repertorio del individuo (Pérez, 1996a). El cliente y el contexto son parte de un todo más amplio y la interrelación entre los dos es dinámica y mutuamente influenciable. La TCD consta de varias modalidades y fases de tratamiento, que implican sesiones semanales de 2 a 2.5 horas (ver Kim y Goff, 2002). En la modalidad grupal se enseñan habilidades interpersonales, cognitivas y de regulación emocional. En la modalidad individual, el terapeuta usa estra-

Tabla 2
Clases de conductas verbales, conductas clínicamente relevantes (CCRs) y reglas terapéuticas

<i>Clases de conductas verbales</i>	
Tacto	Una conducta verbal que depende de un estímulo discriminativo. Son descripciones.
Mando	Una conducta verbal que especifica su reforzador. Tiene que ver con la petición, la solicitud, la demanda. Los mandos pueden estar disfrazados, encubriendo peticiones y hacerse pasar por tactos.
Intraverbal	Una conducta verbal ocasionada por un estímulo verbal, donde la relación entre el estímulo y la conducta es una arbitraria establecida por la comunidad verbal.
Ecoica	Un estímulo verbal vocal ocasiona la correspondiente respuesta verbal vocal.
Autoclítica	Conducta verbal que depende de otra conducta verbal para su ocurrencia y que modifica los efectos de esa otra conducta verbal en el oyente.
Audiencia	El estímulo discriminativo señala la ocasión en la que la conducta verbal tiene consecuencias.
 <i>CCRs</i>	
Tipo 1	Se componen de las manifestaciones reales de las conductas problema de interés que ocurren durante la sesión terapéutica. Tienen que ver con el control aversivo, la evitación y la dependencia.
Tipo 2	Son las mejorías del individuo durante la sesión. Estas conductas tienen poca fuerza al principio de la terapia, pero luego deben ir adquiriendo una mayor presencia.
Tipo 3	Implican observaciones y descripciones de la propia conducta en función de sus condiciones antecedentes (evocativas y discriminativas) y de sus consecuencias (reforzantes).
 <i>Reglas terapéuticas</i>	
Regla nº 1	Consiste en observar las posibles CCRs durante la sesión terapéutica.
Regla nº 2	Recomienda construir un ambiente terapéutico que permita evocar o generar las CCRs.
Regla nº 3	Consiste en reforzar las CCRs Tipo 2.
Regla nº 4	Consiste en observar las propiedades reforzantes de la conducta del terapeuta en relación con las CCRs del cliente.
Regla nº 5	Consiste en proveer las condiciones para la descripción de las relaciones funcionales entre las variables de control y las conductas, incluyendo tanto las interpretaciones del cliente como los modelos presentados por el terapeuta.

tegas de aceptación y cambio para capacitar al sujeto en conductas habilidosas. Dentro de la sesión se trabaja en la consecución de metas de tratamiento jerarquizadas: conductas suicidas, conductas que interfieren con la terapia, conductas que interfieren con la calidad de vida e incremento de habilidades conductuales. Entre sesiones, se utiliza la modalidad de consulta por teléfono, cuyo objeto es la generalización de las habilidades de entrenamiento, la intervención en crisis y la reparación de las desavenencias en la relación terapéutica. En la modalidad de supervisión, el terapeuta recibe ayuda semanalmente con el objeto de manejar el estrés que le supone trabajar con este tipo de clientes.

La TCD está considerado como un tratamiento psicológico *probablemente eficaz* para el TLP (ver Chambless y Ollendick, 2001; Pérez y Fernández, 2001). Se ha encontrado una asociación entre la TCD y un decremento en las conductas parasuicidas, la hospitalización psiquiátrica, la ira, la ideación suicida, la depresión, la desesperanza y la disociación, y un incremento en la retención del cliente, en el nivel de funcionamiento en su conjunto y en el nivel de ajuste social en su conjunto (ver Koerner y Dimeff, 2000). También se ha adaptado a otro tipo de poblaciones (ej., adolescentes suicidas, dependientes a opiáceos, comedores compulsivos) (ver Koerner y Dimeff, 2000).

La terapia de pareja conductual de integración

Una de las cuestiones que más interés está suscitando en los últimos años es el desarrollo de una aproximación más comprensiva para el tratamiento de los problemas de pareja denominada *terapia de pareja conductual de integración* (Jacobson y Christensen, 1996). Lo que proponen estos autores es que en algunos casos la meta de la terapia de pareja, en vez de ser el cambio de las conductas que molestan al otro, sea la aceptación de las conductas molestas del miembro de la pareja. Sin embargo, a pesar de esta etiqueta, el propósito del trabajo de aceptación no es promover la resignación o la mera aceptación. Se trata de ayudar a las parejas a usar sus problemas sin resolver para establecer una mayor cercanía e intimidad. Con tal finalidad se proponen cuatro estrategias: a) *empatía mutua*, que consiste en aprender a ver las cosas desde el punto de vista del otro miembro de la pareja; b) *imparcialidad*, que consiste en enseñar a la pareja a distanciarse de sus conflictos; c) *aprender a ser tolerante*, que implica aprender formas para llegar a sentirse menos molesto con las conductas del otro miembro de la pareja; y d) *cuidarse a uno mismo*, esto es, los miembros de la pareja se les anima a desarrollar medios para obtener satisfacción de otras fuentes que no sea la relación de pareja.

Para las parejas que tienen dificultad para cambiar su conducta, la aceptación proporciona una vía alternativa con la que construir una relación más cercana. Paradójicamente, las intervenciones de aceptación

pueden producir cambios, además de la aceptación, de forma más eficiente que el cambio directo que inducen las estrategias de la terapia de pareja conductual tradicional. Los cambios contextuales que se producen por la aceptación pueden ser una forma muy efectiva para cambiar las contingencias de reforzamiento. Hallazgos de estudios recientes (ej., Jacobson, Christensen, Prince, Cordova y Eldridge, 2000) sugieren que la terapia conductual de integración es un tratamiento prometedor en el abordaje de los problemas maritales.

Enfoque cognitivo

La terapia cognitivo-conductual

En la década de los setenta del siglo XX aparecieron en modificación de conducta las terapias cognitivo-conductuales, las cuales incorporaban la cognición en la explicación y la modificación del comportamiento. Estas terapias comparten la creencia de que la actividad cognitiva afecta a la conducta, que la actividad cognitiva puede ser monitorizada y alterada, y que el cambio conductual se puede conseguir a través de la manipulación de las formas de pensamiento idiosincrático y disfuncional (Dobson y Dozois, 2001). Además, como resultado de la herencia conductual, muchos de los métodos cognitivo-conductuales hacen uso de las técnicas y principios conductuales en la terapia y confían hasta cierto punto en la evaluación conductual del cambio para documentar el progreso terapéutico.

Algunas de estas terapias no sólo han conseguido consolidarse sino que cuentan con un sólido apoyo empírico (ver Chambless y Ollendick, 2001; Nathan y Gorman, 2002; Pérez y Fernández, 2001). En cuanto a las técnicas de reestructuración cognitiva, la *terapia racional emotiva conductual* (REBT) no ha experimentado ninguna reformulación importante en su teoría y práctica (ver Dryden y Ellis, 2001). La investigación con la REBT muestra una serie de hallazgos (Davison y Neale, 2001): reduce la ansiedad general autoinformada, la ansiedad a hablar y la ansiedad a los exámenes; mejora los autoinformes y la conducta en la ansiedad social, aunque es menos efectiva que la desensibilización sistemática; es menos eficaz para la agorafobia que los tratamientos basados en la exposición; puede ser útil para tratar la ira, la depresión y la conducta antisocial; es útil para las disfunciones sexuales sólo como parte de programas conductuales más comprensivos; se muestra prometedora en la reducción del patrón de conducta tipo A; puede ser útil como una medida preventiva para la gente sin problemas con el objeto de afrontar mejor el estrés diario; la educación racional emotiva puede mejorar el autoconcepto y reducir la ansiedad a los exámenes en los niños.

Entre las técnicas cognitivo-conductuales con mayor aceptación y consolidación se encuentra la *terapia cognitiva* (TC), que ha experimentado un desarrollo significativo desde su creación en la década de 1960 como terapia para la depresión (ver Beck, 1995/2000; DeRubeis, Tang y Beck, 2001). Entre las características más sobresalientes de la TC actual señalar el reconocimiento explícito de la importancia de la especificidad. Esto es, los diferentes problemas emocionales se caracterizan por pensamientos negativos que son específicos al problema en cuestión. Es más, las formas propias de este tipo de pensamientos que afectan al paciente también son idiosincráticas. La evidencia disponible sugiere que la TC es al menos tan efectiva como otras terapias o la farmacoterapia para el tratamiento de la depresión mayor y tiene efectos profílicos más allá de los resultados obtenidos a corto plazo (Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000). Asimismo, se han encontrado resultados prometedores en las distintas adaptaciones que se han hecho de la TC con el objeto de tratar otras formas de psicopatología tales como los trastornos de ansiedad, el trastorno bipolar, los trastornos de personalidad o los trastornos por abuso de sustancias (ver Chambless y Ollendick, 2001; Nathan y Gorman, 2002). No obstante, se necesita más investigación sobre la generalización del modelo y la TC, su efectividad en algunos de esos trastornos, la efectividad en contextos clínicos, la eficacia a largo plazo y comprender mejor cómo la terapia cognitiva logra sus efectos (DeRubeis et al., 2001).

Otra de las técnicas cognitivo-conductuales, agrupada junto con las anteriores con la etiqueta de reestructuración cognitiva, es el *entrenamiento autoinstruccional* (EA), inicialmente diseñada para tratar niños con problemas de impulsividad, pero que se ha ido extendiendo y adaptando a toda una diversidad de problemas psicológicos tanto en el ámbito infantil como en el adulto (Dobson y Dozois, 2001). La flexibilidad del EA es quizás una de sus características más atractivas. La investigación sobre la eficacia de este procedimiento tiene como una de las principales limitaciones el que el EA suele formar parte de paquetes de tratamiento más amplios (Spiegler y Guevremont, 1998). No obstante, la impresión que suscita es que parece una técnica sumamente efectiva en tareas muy específicas, pero no lo es tanto en problemas complejos al menos que se emplee con otros componentes constituyendo un paquete de tratamiento.

En cuanto a las técnicas de habilidades de afrontamiento, la que más atención ha recibido a nivel de investigación y clínico, es el *entrenamiento en inoculación del estrés* (IE), que se ha usado para tratar y prevenir un amplio número de problemas, entre los que se incluyen el miedo a volar, la ansiedad preoperatoria, el afrontamiento de revisiones dentales, la reducción del estrés en personas con cáncer, traumas como consecuencia de violación o ataques terroristas y abusos en niños (Meichenbaum y Deffenbacher, 1988). No obstante, los tres problemas más

comunes a los que se ha aplicado la IE han sido la ansiedad, la ira y el dolor (Muñoz y Bermejo, 2002; Spiegler y Guevremon, 1998). La IE se ha utilizado con más frecuencia en adultos, pero también se ha aplicado a niños y adolescentes, aunque en este caso hay una ausencia importante de estudios controlados. La mayoría de los estudios controlados en los que se ha evaluado la IE han demostrado que es un procedimiento efectivo (Meichenbaum y Deffenbacher, 1988; Olivares, Rosa y Sánchez, 2000). Otro de los procedimientos de afrontamiento que también se ha utilizado a lo largo de estos años, aunque con menor profusión, es el *entrenamiento en manejo de ansiedad* (Suinn, 1990/1993). Las últimas versiones de este procedimiento se han replanteado en términos de autocontrol, logrando buenos resultados en el tratamiento de distintas condiciones de ansiedad y estrés (ej., ansiedad ante los exámenes, ansiedad a hablar en público, ansiedad crónica, patrón tipo A, hipertensión, dismenorrea, etc.) (ver Deffenbacher, 1997).

Tabla 3
Diferencias cognitivo-constructivistas

Características	Terapias cognitivas tradicionales	Terapias constructivistas
Teoría cognitiva	Asociacionista	Constructivismo
Objetivos de intervención	Pensamientos y creencias aisladas	Sistemas de constructos y narraciones personales
Evaluación		
Meta de tratamiento	Correctiva, eliminando la disfunción	Creativa, facilitando el desarrollo
Estilo terapéutico	Directivo y educativo	Menos estructurado y más exploratorio
Contexto de la terapia	Individualista	Individualista o sistémica
Pruebas para la adecuación de las creencias del cliente	Lógica, validación objetiva	Consistencia interna, consenso, viabilidad personal
Interpretación de las emociones	Resultado de las distorsiones del pensamiento	Señal informativa de desafío hacia las construcciones existentes
Resistencia del cliente a la terapia	Baja motivación, patrón disfuncional	Intento autoprotector de los procesos nucleares

Nota. Adaptado de Neimeyer (1993, 1995/1997)

Entre las terapias de solución de problemas más aceptada y aplicada en la actualidad destaca la *técnica de solución de problemas sociales* (TSPS), que en los últimos 20 años cuenta con más de 50 estudios empíricos que apoyan su eficacia (ver D´Zurilla y Nezu, 1999, 2001). La TSPS se ha usado con niños, adolescentes y adultos, y se ha empleado como método de tratamiento –sola o parte de un paquete de tratamiento–, estrategia de mantenimiento y programa de prevención. Se ha aplicado en una variedad de contextos clínicos, incluyendo terapia individual, grupal, marital, familiar y orientación psicológica. Es especialmente eficaz para el tratamiento de la depresión mayor (Vázquez, 2002), aunque su ámbito de aplicación incluye otros problemas y trastornos como la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad y estrés, la ideación y conducta suicida, el abuso de sustancias, los problemas de peso, los problemas de relación, el retraso mental, el cáncer y otros problemas de salud.

Asimismo, se han incorporado nuevas terapias, que generalmente consisten en paquetes de tratamiento para trastornos específicos. Algunas de ellas ya cuenta con un sólido apoyo empírico, como la *terapia cognitiva de Oxford para el tratamiento del pánico* y el *programa de tratamiento del control de pánico* (Barlow, Raffa y Cohen, 2002), y el *tratamiento cognitivo conductual para la bulimia* (Wilson y Fairburn, 2002).

La terapia constructivista

La epistemología constructivista es claramente diferente del objetivismo, que es en lo que se basan casi todas las terapias, en el sentido de que para éstas el conocimiento es una representación directa del mundo real, a diferencia del constructivismo en el que el sujeto construye ese mundo y lo interpreta (ver Tabla 3). El constructivismo enfatiza los procesos personales y colectivos por los que la gente organiza su experiencia y coordina sus relaciones con los otros. Desde esta perspectiva, las personas construyen activamente plantillas de significado que les ayudan a interpretar su pasado, negociar su presente y anticipar su futuro (Neimeyer y Stewart, 2000); el grado en que sus construcciones son adecuadas para ayudarlos con su tarea interpretativa, anticipatoria y pragmática se convierte en el núcleo de la terapia. Esto implica toda una serie de cambios en la conceptualización de la evaluación, de ahí el papel dado a la metáfora, a la exploración, a la narración, a la historia, a las imágenes. Igualmente, el tratamiento se caracteriza por ser reflexivo, elaborativo e intensamente personal, a diferencia de los procedimientos cognitivo-conductuales tradicionales caracterizados por ser persuasivos, analíticos y técnicamente instructivos.

Esta concepción tiene unas implicaciones fundamentales en la terapia, que se centra menos en el contenido de lo que se está pensando y

más en el proceso de dar significado y conectar las experiencias. El tema central sería el sistema de constructos y las narrativas personales. Terapeuta y sujeto estarían al mismo nivel (Caro, 1995), cada uno con sus propias construcciones del mundo. La concepción de la realidad que tiene el terapeuta no es más adecuada ni más satisfactoria que la del cliente. La "verdad" y lo "real" son conceptos relativos. La meta del tratamiento es facilitar una nueva concepción o narrativa de sí mismo. Se considera que los procesos emocionales, más poderosos que los racionales, no son causa de disfunciones psicológicas, ya que no son más que la expresión dinámica de los procesos de organización o desorganización que definen el desarrollo de los sistemas del *self*.

La perspectiva constructivista, lejos de mostrarse como un grupo compacto de terapias, se presenta como un complejo entramado de desarrollos y tendencias más o menos radicales, y una fundamentación conceptual compleja, encontrándose entre las más conocidas la *terapia cognitivo estructural*, la *terapia cognitiva interpersonal*, la *terapia de los constructos personales*, la *psicoterapia del desarrollo*, la *psicoterapia cognitiva narrativa*, la *terapia lingüística de evaluación* y la *terapia de valoración cognitiva* (ver Caro, 1997; Feixas y Villegas, 2000; Mahoney, 1995/1997; Neimeyer y Stewart, 2000). Botella (1994) comenta que el principal valor de los enfoques constructivistas es heurístico y su principal desventaja es la ausencia de reciprocidad puntual entre la teoría y la aplicación práctica. En esta misma línea, Anderson (1990) señala que "la terapia constructiva no es tanto una técnica como un contexto filosófico dentro del que se hace la terapia, y más un producto del *zeitgeist* que el invento de un teórico" (p. 137).

Algunos de los defensores más antiguos de las terapias cognitivo-conductuales lo son ahora, en parte o totalmente, de las terapias que se acercan a los principios constructivistas. No obstante, el rechazo a la asunción de realismo, la manera en como conceptualizan el problema, las técnicas que utilizan, las formas cómo evalúan los resultados, etc, hace prácticamente imposible relacionar a muchas de estas terapias con las consideradas clásicamente cognitivo-conductuales. Aquí convendría tener en cuenta la distinción que hizo Held (1995) entre el *constructivismo metafísico* y el *constructivismo metodológico*; en el primero la idea de una realidad externa es literalmente rechazada, mientras que para el segundo, lo que es clave para el funcionamiento óptimo del sujeto es la coherencia y la adaptación al mundo como nosotros lo conocemos. Esta distinción probablemente es lo que conduce a Dobson y Dozois (2001) a comentar que todavía queda por ver hasta qué punto estas terapias continuarán siendo consideradas como una parte del movimiento cognitivo-conductual o se alejarán hacia enfoques alternativos y antitéticos; es más, estos autores ya cuestionan que las terapias constructivistas más radicales se puedan considerar dentro de la orientación cognitivo-conductual.

Conclusiones

Como conclusiones más significativas de esta revisión sobre el estado de la cuestión de los enfoques en modificación de conducta cabe señalar las siguientes:

1) La orientación del análisis conductual aplicado mantiene y refuerza sus planteamientos iniciales, especialmente con la vertiente contextualista, y el enfoque cognitivo tiende a asimilar al enfoque conductista mediacional y a la teoría del aprendizaje social.

2) El análisis conductual aplicado mantiene unos principios teóricos y técnicos que en la actualidad apenas se diferencian en esencia de los propuestos originariamente.

3) El análisis de conducta clínico es una rama relativamente reciente y en rápido crecimiento del análisis de conducta aplicado. Aunque ambos comparten muchos de los mismos supuestos filosóficos, los dos campos difieren en tipos de intervención, trastornos clínicos y en los contextos de tratamiento que los caracterizan.

4) En los últimos años han surgido varias terapias, cuyas raíces se encuentran en su mayor parte en el enfoque contextual, en concreto: la terapia de aceptación y compromiso, la psicoterapia analítica funcional, la terapia de conducta dialéctica y la terapia de pareja conductual de integración.

5) El enfoque cognitivo también ha experimentado un gran crecimiento especialmente en esta última década, en el que se han consolidado varias de las terapias cognitivo-conductuales tradicionales, otras se han dejado prácticamente de usar y han surgido otras nuevas. Asimismo, se ha gestado una forma distinta de entender lo "cognitivo" que ha desembocado en el constructivismo, bajo el cual han ido apareciendo nuevos desarrollos.

Referencias

- Anderson, W.T. (1990): *Reality isn't that it used to be*. Nueva York: Harper and Row.
- Austin, J.-Carr, J.E. (2000): *Handbook of applied behavior analysis*. Reno, NV: Context Press.
- Bach, P.-Hayes, S.C. (2002): The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1129-1139.
- Barlow, D.H.-Raffa, S.D.-Cohen, E.M. (2002): Psychosocial treatments for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorders. En P.E. Nathan y J.M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 301-336). Nueva York: Oxford University Press.

- Beck, J. (2000): *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa. (Original Publicado en 1995).
- Botella, C. (1994): El modelo cognitivo-comportamental en terapia. En M. Garrido y J. García (Eds.), *Psicoterapia: modelos contemporáneos y aplicaciones* (pp. 435-486). Valencia: Promolibro.
- 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.
- Carrasco, F.J. (1999): Terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el trastorno de angustia con agorafobia: un estudio de caso. *Psicothema*, 11, 1-12.
- Catania, A.C. (1998): *Learning* (4ª. ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Catania, A.C.-Matthews, B.A.-Shimoff, E.H. (1990): Properties of rule-governed behavior and their implications. En D.E. Blackman y H. Lejeune (Eds.), *Behavior analysis in theory and practice* (pp. 215-230). Hillsdale, NJ: LEA.
- Chambless, D.L.-Ollendick, T.H. (2001): Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Davison, G.-Neale, J.M. (2001): *Abnormal psychology* (8ª. ed.). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Deffenbacher, J.L. (1997): Entrenamiento en el manejo de ansiedad generalizada. En V.E. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1, pp. 241-263). Madrid: Siglo XXI.
- DeRubeis, R.J.-Tang, T.Z.-Beck, A.T. (2001): Cognitive therapy. En K.S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (2ª. ed., pp. 349-392). Nueva York: Guilford.
- Dobson, K.S.-Dozois, D. (2001): Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. En K.S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive behavioral therapies* (2ª. ed., pp. 3-39). Nueva York: Guilford.
- Dougher, M.J. (2000): Clinical behavior analysis. En M.J. Dougher (Ed.), *Clinical behavior analysis* (pp. 11-25). Reno, NV: Context Press.
- Dryden, W.-Ellis, A. (2001): Rational emotive behavior therapy. En K.S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive behavioral therapies* (2ª. ed., pp. 295-348). Nueva York: Guilford.
- D'Zurilla, T.J.-Nezu, A.M. (1999): *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention* (2ª. ed.). Nueva York: Springer.
- D'Zurilla, T.J.-Nezu, A.M. (2001): Problem-solving therapies. En K.S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (2ª. ed., pp. 211-245). Nueva York: Guilford.
- Feixas, G.-Villegas, M. (2000): *Constructivismo y psicoterapia* (3ª. ed. rev.). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ferro, R. (2000): Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en un ejemplo de evitación experiencial. *Psicothema*, 12, 445-450.
- Ferro, R.-Valero, L.-Vives, M.C. (2000). Aplicación de la psicoterapia analítica funcional. Un análisis clínico de un trastorno depresivo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 291-317.
- Follette, W.C.-Hayes, S.C. (2000): Contemporary behavior therapy. En C.R. Snyder y R.E. Ingram (Eds.), *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes & practices for the 21st century* (pp. 381-408). Nueva York: John Wiley & Sons.
- Gambrill, E.D. (1995): Behavioral methods. En L.A. Heiden y M. Hersen (Eds.), *Introduction to clinical psychology* (pp. 193-211). Nueva York: Plenum Press.

- Gifford, E.V.-Hayes, S.C.(1999): Functional contextualism: A pragmatic philosophy for behavioral science. En W. O'Donohue y R.F. Kitchener (Eds.), *Handbook of behaviorism* (pp. 285-327). Nueva York: Academic Press.
- Hayes, S.C.-Follete, W.C.-Follete, V.M.(1995): Behavior therapy: A contextual approach. En A.S. Gurman y S.B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies. Theories and practice* (pp. 128-181). Nueva York: Guilford.
- Hayes, S.C.-Stroschal, K.D.-Wilson, K.G.(1999): *Acceptance and commitment therapy*. Nueva York: Guilford.
- Held, B.S.(1995): *Back to reality: A critique of postmodern theory in psychotherapy*. Nueva York: Norton.
- Holland, J.G.(1978): Behaviorism: Part of the problem or part of the solution? *Journal of Applied Analysis of Behavior*, 11, 163-174.
- Jacobson, N.S.-Christensen, A.(1996): *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. Nueva York: Norton.
- Jacobson, N.S.-Christensen, A.-Prince, S.E.-Cordova, J.-Eldridge, K.(2000): Integrative behavioral couple therapy: An acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 351-355.
- Kazdin, A.E.(2001a): *Behavior modification in applied settings* (6ª. ed.). Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.
- Kazdin, A.E.(2001b): *Métodos de investigación en psicología clínica* (3ª. ed.). México: Prentice Hall. (Original publicado en 1998).
- Kim, S.A-Goff, B.C.(2002): Borderline personality disorders. En M. Hersen (Ed.), *Clinical behavior therapy: Adults and children* (pp.160-180). Nueva York: John Wiley & Sons.
- Koerner, K.-Dimeff, L.A.(2000): Further data on dialectical behavior therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 104-112.
- Kohlenberg, B.S.(2000): Emotion and the relationship in psychotherapy: A behavior analytic perspective. En M.J. Dougher (Ed.), *Clinical behavior analysis* (pp. 271-289). Reno, NV: Context Press.
- Kohlenberg, R.J.-Tsai, M.(1991): *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationships*. Nueva York: Plenum Press.
- Kohlenberg, R.J.-Tsai, M.(1994): Radical behavioral help for Katrina. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 500-505.
- Kohlenberg, R.J.-Tsai, M.-Dougher, M.J.(1993): *The dimensions of clinical behavior analysis. The Behavior Analyst*, 16, 271-282.
- Lattal, K.A.(1995): Contingency and behavior analysis. *The Behavior Analysis*, 18, 209-224.
- Linehan, M.M.(1993): *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford.
- Luciano, M.C.(1993): La conducta verbal a la luz de recientes investigaciones. Su papel sobre otras conductas verbales y no verbales. *Psicothema*, 5, 351-374.
- Luciano, M.C.(2001): Sobre el trastorno de evitación experiencial (TEE) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 317-332.
- Luciano, M.C.-Hayes, S.C.(2001): Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 109-157.
- Mahoney, M.J.(Ed.)(1997): *Psicoterapias cognitivas y constructivistas*. Bilbao: Desclee de Brouwer.(Original publicado en 1995).
- Martin, G.-Pear, J.(2002): *Behavior modification: What it is and how to do it* (7ª. ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

- Meichenbaum, D.H.-Deffenbacher, J.L.(1988): Stress inoculation training. *The Counseling Psychologists*, 16, 69-90.
- Miltenberg, R.(2001): *Behavior modification: Principles and procedures* (2ª. ed). Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Moderato, P.(1998): A behavior analyst in the land of behavior therapy or the evolution of behavior science. En E. Sanavio (Ed.), *Behavior and cognitive therapy today: Essays in honor of Hans J. Eysenck* (pp. 189-198). Oxford, UK: Elsevier.
- Morgan, D.L.-Morgan, R.K.(2001): Single-participant research design. Bringing science to managed care. *American Psychologist*, 56, 119-127.
- Muñoz, M.-Bermejo, M.(2001): *Entrenamientos en inoculación del estrés*. Madrid: Síntesis.
- Nathan, P.E.-Gorman, J.M.(Eds.)(2002): *A guide to treatments that work* (2ª. ed.). Nueva York: Oxford University Press.
- Neimeyer, R.A.(1993): An appraisal of constructivist psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 221-234.
- Neimeyer, R.A.(1997): Psicoterapias constructivistas: características, bases y direcciones futuras. En R.A. Neimeyer y M.J. Mahoney (Eds.), *Constructivismo en psicoterapia* (pp. 29-58). Barcelona: Paidós. (Original publicado en 1995).
- Neimeyer, R.A.-Stewart, A.E.(2000): Constructivism and narrative psychotherapies. En C.R. Snyder y R.E. Ingram (Eds.), *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes & practices for the 21st century* (pp. 337-357). Nueva York: Wiley.
- O'Donohue, W.T.-Henderson, D.A.-Hayes, S.C.-Fisher, J.E.-Hayes, L.J.(2001): A history of the behavioral therapies. En W.T. O'Donohue, D.A. Henderson, S.C. Hayes, J.E. Fisher y L.J. Hayes (Eds.), *A history of the behavioral therapies: Founders' personal histories* (pp. xi-xxii). Reno, NV: Context Press.
- Olivares, J.-Rosa, A.-Sánchez, J.(2000): Meta-análisis de la eficacia de las habilidades de afrontamiento en problemas clínicos y de salud en España. *Anuario de Psicología*, 31, 43-61.
- Pérez, M.(1996a): *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universitas.
- Pérez, M.(1996b): *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez, M.(2001): Afinidades entre las nuevas terapias de conducta y las terapias tradicionales con otras orientaciones. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 15-33.
- Pérez, M.-Fernández, J.R.(2001): El grano y la criba de los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13, 523-529.
- Pierce, W.D.-Epling, W.F.(1995): *Behavioral analysis and learning*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Plaud, J.J.(2002): It's not too late for behavior therapy. *The Behavior Therapist*, 25, 57-58.
- Rodríguez-Naranjo, C.(1998): Principios terapéuticos y posibilidades clínicas de la "Psicoterapia Analítica Funcional". *Psicothema*, 10, 85-96.
- Skinner, B.F.(1981): *Conducta verbal*. México: Trillas. (Original publicado en 1957).
- Spiegler, M.D.-Guevremont, D.C.(1998): *Contemporary behavior therapy* (3ª. ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.
- Suinn, R.M.(1993): *Entrenamiento en manejo de ansiedad*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original publicado en 1990).
- Vázquez, F.L.(2002): La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. *Psicothema*, 14, 516-522.

- Vázquez,F.L.-Muñoz,R.F.-Becoña,E.(2000): ¿Qué tratamientos son eficaces para tratar la depresión: psicológicos, médicos o combinados? *Psicología Conductual, 8*, 561-590.
- Velasco,J.A.-Quiroga,E.(2001): Formulación y solución de un caso de abuso de alcohol en términos de aceptación y compromiso. *Psicothema, 13*, 50-56.
- Wilson,K.G.-Luciano,M.(2002): *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): un tratamiento orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Wilson,G.T.-Fairburn,C.G.(2002): Treatments for eating disorders. En P.E. Nathan y J.M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 559-592). Nueva York: Oxford University Press.
- Wilson,K.G.-Hayes,S.C.-Gifford,E.V.(1997): Cognition in behavior therapy: Agreements and differences. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 28*, 53-63.