

C

apítulo 44

Tratamientos psicológicos (III). Terapia de conducta

P. Salorio del Moral

INTRODUCCIÓN

Al comienzo del siglo XX, se originaron y desarrollaron movimientos rivales en la Psicología, contribuyendo cada uno a dar forma a su campo actual (Davidoff, 1989).

En EE.UU. a principios de la década de 1900, versiones de las ideas de W. James y W. Wundt dominaban la Psicología, denominándola Ciencia de la Conciencia. Ante esta situación y con la idea de convertir la Psicología en una Ciencia respetada, en 1913 J. Watson rechazó las ideas existentes y a partir de su trabajo "*Psychology as the Behaviorist Views it*" crea un nuevo movimiento en la Psicología, el Conductismo que se centra en el estudio de la conducta observable rechazando por tanto el método de la introspección que dominaba la Psicología hasta ese momento. Considera que la conducta es "la respuesta del organismo que se mantiene pasivo y se adapta al medio que lo estimula". Esta respuesta puede ser externa, explícita y observable e interna, no observable.

Según Barcia (1969) la importancia de Watson radica en consagrar el término de Conductismo (Behaviorism), introducido por McDougall (1912), para designar una postura psicológica, y darle una significación como ningún otro autor supo hacerlo.

El conductismo actual no proviene de Watson, sino de Thorndike fundamentalmente, de Paulov y Bechtereov. Por tanto podemos considerar que su te-

oría es por un lado el producto de una serie de autores y por otro, no es más que una simple reducción de la doctrina de Thorndike (Barcia, 1969).

En los Estados Unidos, Thorndike y más tarde Skinner junto a sus colaboradores demostraron cómo el ambiente podía modificar la conducta voluntaria, introduciendo conceptos tales como reforzamiento, castigo y control de estímulos. Desde un punto de vista amplio, Skinner postuló que las consecuencias ambientales de la conducta determinaban el aumento o disminución de la frecuencia de esta en el tiempo.

En Rusia Paulov y sus colaboradores demostraron los principios básicos del aprendizaje por contigüidad y la forma como podían adquirirse, extinguirse y generalizarse las asociaciones nuevas (Agras y Berkowitz, 1996).

De todo lo anterior vemos que los antecedentes históricos de la terapia de conducta se centran en el conductismo y las teorías del aprendizaje.

ANTECEDENTES TEÓRICOS DE LA TERAPIA DE CONDUCTA

- Condicionamiento clásico de Paulov.
- Conductismo de Watson.
- Teoría del aprendizaje de Thorndike.
- Condicionamiento operante de Skinner.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA TERAPIA DE CONDUCTA

La terapia de conducta (TC) tiene un amplio pasado y una corta historia. Franks (1993) refiere que existe desde el comienzo de la “humanidad” ya que los principios básicos del refuerzo y del castigo positivo y negativo se han utilizado de manera intuitiva durante miles de años, aunque por supuesto sin proposiciones formales sobre los principios implicados.

A finales de los años 50 se registran notables intentos para sistematizar estos principios, constituyendo el nacimiento de la TC, tal y como la conocemos en la actualidad.

La terapia de conducta surge en un momento en el que la psicología había abandonado las especulaciones filosóficas en favor de la metodología científico-experimental.

El desarrollo de estos nuevos conceptos en la psicología fueron paralelos al desarrollo del psicoanálisis y desde los años 50 se realizaron intentos para integrar las más recientes teorías del aprendizaje y la psicoanalítica. En este sentido la obra de Dollard y Miller (1950) titulada *Personalidad y Psicoterapia* muestra una primera tentativa de reconciliación entre la clínica y el laboratorio. En este libro los autores intentan integrar en términos de principios del aprendizaje, las consideraciones del psicoanálisis sobre el desarrollo y el tratamiento de los problemas psicológicos. Esta obra viene a ser una traducción en “aprendizaje” de los términos psicoanalíticos, pero no aporta nada nuevo a los métodos de tratamiento (Bouchard y cols., 1981). La mayoría de estos intentos no fueron aceptados ni por los teóricos del aprendizaje ni de los del psicoanálisis, quizás porque no añadieron nada nuevo que pudiera comprobarse científicamente.

Sobre los años 50-60 el desarrollo de la investigación en determinadas áreas dentro de la Psicología y el rechazo a la corriente psicodinámica contribuyó a formar el núcleo teórico de este nuevo enfoque. Surge, por tanto la terapia de conducta como una nueva forma de entender y tratar los trastornos del comportamiento (Agras y Berkowitz, 1996).

Barcia refería en el año 1969 que tres pueden ser los motivos que han llevado al desarrollo actual de la terapéutica conductista: su brevedad, el desarrollo cada vez mayor de los supuestos teóricos en los que se apoya y el predominio cada vez mayor de la psiquiatría anglosajona.

Siguiendo a Franks (1993) encontramos que en la historia de la terapia y modificación de conducta se pueden establecer cuatro períodos, coincidiendo con los cuarenta años de existencia:

PRIMERA DÉCADA

Los años sesenta. Este primer período se va a caracterizar por una época llena de ideologías y polémicas,

en la que los terapeutas conductuales se unieron en un frente común contra los psicoanalistas. Aunque fue un período turbulento sirvió para que la TC empezara a establecerse como un respetable y alternativo método terapéutico. Así en el año 1969, Barcia realizó un análisis bibliométrico del número de publicaciones sobre técnicas terapéuticas en psiquiatría en el intervalo 1959-1968, encontrando una escasez de publicaciones en relación a esta terapéutica frente a otras técnicas, aunque observa un aumento en los últimos 3 o 4 años de este intervalo y un mayor desarrollo en los países anglosajones, Inglaterra y Estados Unidos. En ese momento Barcia afirmaba que la terapéutica conductista en poco tiempo iba a ocupar un lugar preponderante en el conjunto de las terapéuticas psiquiátricas, como así ha ocurrido.

SEGUNDA DÉCADA

Los años setenta. Supone un paso de una época de búsqueda de adeptos y proselitismo al momento de acomodar el campo de conocimientos. La TC se adentró en diferentes áreas de intervención. Se da también una expansión intelectual de conceptos y metodología que van más allá de la teoría del aprendizaje tradicional. Se desarrollaron métodos de tratamiento más sofisticados. Por último, un aspecto importante a señalar en este período fue la revolución cognitiva que invadió gran parte de las áreas de la psicología.

TERCERA DÉCADA

Los años ochenta. En este período se continuó centrando el interés en una metodología cada vez más sofisticada y un salto todavía más grande hacia perspectivas que van mucho más allá de la teoría del aprendizaje tradicional.

CUARTA DÉCADA

Los años noventa. En este momento la atención se centra en la dificultad para lograr la unión de una perfeccionada sofisticación metodológica (que proviene de un reconocimiento cada vez mayor de las limitaciones de la metodología conductual tradicional) junto con una viva conciencia de las contribuciones potenciales de disciplinas y formas de pensar que no se habían considerado dignas de ser exploradas, hasta la actualidad, por la terapia conductual tradicional.

No existe una sola orientación, técnica o concepto dentro de la modificación de conducta o terapia de conducta, pero sí encontramos una serie de aspectos comunes a todos aquellos que se llaman a sí mismos “terapeutas conductuales”, como son: “un

compromiso con la evaluación, intervención y los conceptos que descansan en algún marco teórico del aprendizaje E-R, inmerso a su vez dentro de la metodología científico-comportamental” (Franks, 1993).

La terapia de conducta no tiene un solo país de origen, ni parte de la teoría de un solo autor, sino que podemos encontrar tres corrientes fundamentales: la corriente sudafricana con autores como Wolpe, creador de la terapia por inhibición recíproca; la corriente inglesa representada por Eysenck, Shapiro y Yates y la escuela Skinneriana Americana (Bouchard y cols., 1981).

LA CORRIENTE DE WOLPE

A raíz de sus trabajos, a principios de los años 50, sobre la adquisición y extinción de la respuesta de ansiedad en el gato, formula el principio teórico de la inhibición recíproca. Su posición es pauloviana, considerando que la ansiedad neurótica es una respuesta condicionada a eliminar. Para él la terapia consiste en romper el vínculo condicional entre algunas situaciones y la respuesta de ansiedad, utilizando técnicas terapéuticas basadas en el principio de la inhibición recíproca.

LA ESCUELA INGLESA

Como máximo representante encontramos a Eysenck. Para él la neurosis es una conducta inadaptable cuya adquisición se explica en términos de condicionamiento clásico. La terapia va a consistir en romper o crear vínculos condicionales usando los principios del aprendizaje de la psicología experimental. A diferencia de Wolpe que elaboró primero un modelo teórico para después aplicarlo a los casos clínicos, este enfoque parte del estudio experimental de casos clínicos individuales o colectivos. Otros representantes son Shapiro y Yates.

LA ESCUELA DE SKINNER

Para Skinner y sus colaboradores cualquier conducta está controlada por sus consecuencias en el ambiente, así los cambios o la ausencia de cambios en el ambiente que siguen inmediatamente a una conducta, hacen que esta aumente en frecuencia, disminuya o permanezca estable. Para comprender una conducta hay que hacer un análisis funcional de los vínculos entre esta conducta y el ambiente en el que es emitida. En esta escuela se habla de “modificación de conducta” y no de “terapia”. Cuando se quiere modificar una conducta inadaptable o adaptativa el procedimiento será siempre el mismo: análisis funcional, definición de la modificación deseada (en términos conductuales precisos), reestructuración

del ambiente en términos de modificación de las consecuencias de la conducta a crear o eliminar, evaluación continua de los resultados de la modificación aportada a la conducta. Dentro de esta escuela podemos nombrar los trabajos de Ayllon y Azrin (1968) con pacientes psiquiátricos.

TERAPIA DE CONDUCTA: DEFINICIONES

Aunque las técnicas de modificación de conducta han surgido, en sus momentos iniciales a la sombra de la teoría del aprendizaje, en la actualidad sería impreciso y reduccionista considerarlas como meros desarrollos de estas teorías.

Si nos centramos en las primeras definiciones, estas encierran esta idea. Así, en el año 1964, Eysenck define la terapia de conducta (TC) como “*el intento de cambiar el comportamiento humano y las emociones de manera beneficiosa, con base en las leyes de la moderna teoría del aprendizaje*”.

Wolpe y Lazarus (1966) refieren que el objetivo de la terapia de conducta es siempre cambiar hábitos que se consideran indeseables. El logro de este objetivo depende de la aplicación de una o más de las tres categorías de operaciones del condicionamiento.

Bandura (1969) centra su definición en el estudio de los principios psicológicos básicos que gobiernan la conducta humana dentro del esquema conceptual del aprendizaje social.

Mayor y Labrador (1983) refieren que a este tipo de definición se les puede hacer una serie de objeciones, como las siguientes: a) Presuponer que todas las conductas anormales se adquieren, se explican y pueden modificarse en base a términos o a teorías del aprendizaje; b) Sólo pueden utilizarse los procedimientos derivados de las teorías del aprendizaje para modificarlas; c) No se tienen en cuenta todas las posibles aportaciones de otras áreas de la psicología.

Como alternativa a estas definiciones Yates (1973) propone la siguiente: “*La terapia del comportamiento es el intento de utilizar sistemáticamente aquel cuerpo de conocimientos empíricos y teóricos que resultan de la aplicación del método experimental en psicología y en disciplinas íntimamente relacionadas (fisiología y neurofisiología) con el fin de explicar la génesis y el mantenimiento de los patrones de conducta anormales; y de aplicar dicho conocimiento al tratamiento o prevención de esas anomalías por medio de estudios experimentales controlados del caso individual*”.

Rimm y Masters (1980) incluyen bajo el rótulo de terapia de conducta una gran cantidad de técnicas específicas que emplean principios psicológicos (especialmente del aprendizaje) para tratar la conducta humana desadaptada. Entre las técnicas incluidas bajo este rótulo se encuentran: la desensibilización sistemática, el entrenamiento aversivo, el modelado, el condicionamiento operante, la extinción y el condi-

cionamiento aversivo, así como ciertas técnicas dirigidas a modificar patrones de pensamiento.

Pelechano (1974) (citado por Mayor y Labrador, 1983) en su definición de terapia de conducta hace referencia al aprendizaje social, así dice: *“La terapia de conducta y/o modificación de conducta podría definirse en la actualidad como la psicología experimental humana orientada hacia modelos explicativos de aprendizaje social”*.

La AABT (American Association Behavior Therapy) (1975) la define de la siguiente manera: *“La terapia de conducta implica, principalmente, la aplicación de los principios derivados de la investigación en la psicología experimental y social, para el alivio del sufrimiento de las personas y el progreso del funcionamiento humano. La terapia de conducta pone el énfasis en una valoración sistemática de la efectividad de estas aplicaciones. La terapia de conducta implica el cambio ambiental y la interacción social, más que la alteración directa de los procesos corporales por medio de procedimientos biológicos. El objetivo es esencialmente educativo. Las técnicas facilitan un mayor autocontrol. En la aplicación de la terapia de conducta, normalmente se negocia un acuerdo contractual en el que se especifican procedimientos y objetivos mutuamente agradables. Aquellos que emplean los enfoques conductuales de modo responsable se guían por principios éticos ampliamente aceptados”* (citado por Franks, 1993). Con esta definición intenta cubrir todos los frentes.

Lo que está claro es que no podemos establecer una única, clara y contundente definición de terapia de conducta, sino que nos encontramos con dos clases de definiciones:

LAS DEFINICIONES DOCTRINALES

Que intentan vincular la terapia de conducta a doctrinas, teorías, leyes o principios del aprendizaje.

LAS DEFINICIONES EPISTEMOLÓGICAS

Que intentan caracterizar la terapia de conducta en términos de los distintos modos de estudiar los fenómenos clínicos.

En general las definiciones doctrinales tienden a ser más limitadas, por lo que no se ajustan a toda la terapia conductual, mientras que las epistemológicas son demasiado acomodaticias, por tanto, potencialmente aplicables a muchas terapias no conductuales.

Teniendo en cuenta muchos aspectos anteriormente referidos, Mayor y Labrador (1983) definen la terapia de conducta y/o modificación de conducta como: *“una orientación terapéutica que considera la conducta normal y anormal regidas por los mismos principios, que recurre a la evaluación objeti-*

va y a la verificación empírica y, por ello, utiliza procedimientos y técnicas basados en la psicología experimental para eliminar conductas desadaptadas, sustituyéndolas por otras y para enseñar conductas adaptadas cuando estas no se han producido”.

O como refiere Fernández Trespalacios (1994) la terapia de conducta es: *“el conjunto de técnicas mediante las cuales se utilizan los procesos del aprendizaje, contrastados por la psicología experimental, para eliminar los conjuntos de síntomas que constituyen los síndromes neuróticos, tales como los trastornos de ansiedad, fobias, trastorno obsesivo-compulsivo, por ejemplo”*.

MODALIDADES DE TERAPIA Y MODIFICACIÓN DE CONDUCTA: TÉCNICAS

Podemos clasificar las técnicas de modificación de conducta en los siguientes grupos:

- Técnicas basadas en el condicionamiento clásico.
- Técnicas basadas en el condicionamiento operante.
- Técnicas basadas en las teorías del aprendizaje social.

TÉCNICAS BASADAS EN EL CONDICIONAMIENTO CLÁSICO

El desarrollo de estas técnicas conductuales ha estado vinculado desde un punto de vista histórico a las concepciones dominantes en psicología experimental sobre la ansiedad y el miedo. Desde los primeros trabajos experimentales, la investigación experimental en este campo ha considerado la ansiedad como una respuesta emocional compleja susceptible de ser condicionada y modificada de acuerdo con los principios del aprendizaje.

La concepción de la ansiedad que predominó en las primeras investigaciones neoconductistas, consideraba la ansiedad como una respuesta emocional condicionada de carácter aversivo relacionada con el impulso. Ansiedad y miedo eran equivalentes. Así, la ansiedad, se refería exclusivamente a los aspectos de la respuesta y el miedo hacía también referencia a los estímulos que provocan la respuesta: la ansiedad ante estímulos o situaciones específicas. En este contexto la ansiedad es considerada como una respuesta emocional normal, sólo se puede considerar como una conducta desadaptativa, patológica, cuando la respuesta es excesivamente frecuente o intensa o se produce ante estímulos que no suponen una amenaza o peligro real para el organismo.

El énfasis del conductismo en la conducta observable, llevó a que la investigación sobre la ansiedad se centrara fundamentalmente en el estudio de sus

componentes fisiológicos y conductuales: respuestas autonómicas y conducta motora externa.

Basándose en este modelo de la ansiedad aparecen las primeras técnicas terapéuticas.

Desensibilización sistemática

La desensibilización sistemática (DS) es probablemente el método de terapia conductual más conocido, el que ha suscitado más investigaciones, discusiones y controversias en el plano teórico.

El creador de esta técnica fue Wolpe (1952). A raíz de una serie de experimentos sobre la adquisición y tratamiento de las neurosis experimentales en gatos siguiendo el modelo del condicionamiento clásico.

La DS intenta ser una nueva versión de estos procedimientos adaptada a la situación clínica. Por una parte se manipula la presentación gradual de los estímulos fóbicos, en la imaginación o *in vivo*, mediante la elaboración de una jerarquía de situaciones relativas al objeto fóbico y en segundo lugar se utiliza una respuesta antagónica a la ansiedad: la relajación muscular, estos dos componentes se compaginan dando lugar al método estándar.

Según Wolpe, el mecanismo explicativo subyacente a la técnica es el llamado *contracondicionamiento por inhibición recíproca*. La utilización de este modelo explicativo supone la consideración de las neurosis como un patrón de conducta aprendido. Para este autor, las neurosis se identifican con ansiedad, que se manifiesta a través de las respuestas autonómicas condicionadas.

El *contracondicionamiento* es una forma de entender el mecanismo de la extinción según el cual las respuestas aprendidas no desaparecen porque se debiliten sus lazos asociativos con los estímulos, sino porque son reemplazadas por respuestas nuevas y la *inhibición recíproca* sería el proceso fisiológico por el que se produce esta sustitución, aplicándolo a la conducta neurótica de ansiedad, la inhibición recíproca se puede enunciar de la siguiente manera: “*Si una respuesta antagónica a la ansiedad (en este caso la relajación muscular profunda) es evocada en presencia de los estímulos ansiógenos, de tal forma que se produce la supresión total o parcial de la respuesta de ansiedad, entonces se debilitarán los lazos asociativos entre los estímulos ansiógenos y las respuestas de ansiedad*”.

La presentación de los estímulos ansiógenos es gradual y paulatina, siendo primero en la imaginación y después en la vida real, a través de la elaboración de una jerarquía de situaciones ansiógenas.

En la actualidad la DS es una técnica poco utilizada, ya que ha sido sustituida por la exposición *in vivo* ante la situación temida. En ocasiones esta técnica de exposición *in vivo* no se puede llevar a cabo con algún tipo de sujetos, por lo que esta técnica es útil y debe ser la que se aplique (Agras y Berkowitz, 1996).

Técnicas de exposición: implosión e inundación

Las técnicas de exposición como procedimientos clínicos de reducción de la ansiedad fueron introducidas por Malleon (1959) y Stampfl y Levis (1967) en un intento de aplicar a nivel humano los principios y procedimientos de extinción desarrollados en el contexto de las investigaciones sobre el aprendizaje de evitación animal.

El objetivo de este tipo de técnicas es reducir o eliminar las respuestas desadaptadas de ansiedad, durante un período de tiempo prolongado en ausencia de consecuencias reales dolorosas.

Las diferentes investigaciones existentes han indicado que la exposición a los estímulos fóbicos es un factor importante en el tratamiento de las fobias.

La terapia implosiva

Representa un enfoque conductual para el tratamiento de la psicopatología y que emplea el esquema del condicionamiento clásico. Se basa en el principio de la extinción experimental directa, es decir, la presentación del estímulo condicionado en ausencia del estímulo incondicionado.

Según este enfoque los síntomas son conductas aprendidas que provienen de la evocación de estímulos asociados con experiencias condicionadas, pasadas, específicas y aversivas.

El objetivo de esta terapia consiste en detener la conducta de evitación, exponiendo al paciente a tantas situaciones evitativas como sea posible, intentando finalmente obtener una exposición completa al estímulo condicionado (EC). Tanto la exposición al EC y la subsiguiente respuesta emocional no son seguidas por una respuesta incondicionada (RI) como dolor físico, entonces se hallan presentes las condiciones para desaprender la asociación entre EC y respuesta emocional.

Consta de dos partes:

- Construcción de una jerarquía de evitación compuesta por los estímulos directamente asociados a los síntomas.
- Presentación de los estímulos al sujeto con la intención de producir el mayor grado de ansiedad posible. La escena se presenta hasta que el sujeto deja de sentir ansiedad.

De esta técnica se deriva la inundación o prevención de respuestas.

Inundación

Se provoca una confrontación inmediata del sujeto con su miedo, sin posibilidad de escape, es decir, se le expone a la situación que teme y permanece en ella hasta que el miedo se desvanece. Esta confrontación

puede ser imaginada o *in vivo*. Estas técnicas siguen el procedimiento que aparece reflejado en la Tabla I.

Existen además la exposición asistida por el terapeuta, que consiste en acompañar al paciente a la situación temida, proporcionándole instrucciones directamente mientras el paciente se enfrenta a ella. En el transcurso de la sesión el terapeuta puede retar al paciente a que experimente niveles más altos de ansiedad.

Por último señalar que también existe la terapia de exposición en grupo. Consiste en una combinación de las instrucciones individualizadas y practicando la educación en grupo con respecto a la fobia. Suele aplicarse durante dos semanas con una frecuencia diaria y con un tiempo de tres horas.

Procedimientos aversivos

En relación a los métodos aversivos, existe toda una serie de aspectos contradictorios y paradójicos.

Estas técnicas han sido de las primeras en ser utilizadas en la modificación de conducta, pero en la actualidad no están de moda y apenas existen investigaciones actualizadas.

Las técnicas aversivas intentan asociar un comportamiento no deseado y socialmente sancionado con una estimulación desagradable, externa o interna, o bien reorganizar la situación de tal manera que las consecuencias de este comportamiento no deseado sean lo suficientemente desagradables para el que emite esta conducta, y deje de realizarla. En ambos casos lo que se pretende es que se establezca una conexión entre el comportamiento a eliminar y la reacción aversiva. Se espera que el desarrollo de tal conexión y el progreso de la misma genere una si-

tuación tal en el individuo (fisiológica o cognitiva) que provoque un cese total en la emisión de la conducta a eliminar (Mayor y Labrador, 1983).

Existen dos procedimientos aversivos, que son diferentes entre sí:

Castigo

Consistente en la presentación de un estímulo nocivo inmediatamente después de la emisión de una respuesta no deseada, con el propósito de reducir la probabilidad de ocurrencia futura de dicha respuesta.

El estímulo aversivo lo puede proporcionar el terapeuta (una descarga eléctrica, un ruido blanco a través de unos auriculares, un olor desagradable...) o que sea el propio paciente el que se lo proporciona bajo la dirección del terapeuta (golpearse con una goma en la muñeca, un ruido fuerte,...) (Cáceres, 1993).

El castigo se utiliza muy poco en terapia de conducta y sólo en aquellas situaciones donde la conducta en cuestión es amenazante, incluye daños físicos y donde otros procedimientos como el refuerzo positivo o la extinción han fallado.

Si la aplicación del castigo no implica una mejoría inmediata, se debe suspender el tratamiento.

Terapia aversiva

Las terapias aversivas se explican mediante el esquema del condicionamiento clásico. Según esto la terapia va a seguir el siguiente esquema:

—La asociación de algunos elementos constitutivos de la constelación estimular que están presentes en el comportamiento no deseado (EC, beber alcohol) con el estímulo nocivo preseleccionado (EI, descarga eléctrica) hará que el EC provoque respuestas condicionadas de aversión (náuseas, ansiedad, otras).

—El EC, al ver que tiene la capacidad de provocar tales respuestas condicionadas (RC) facilitará la evitación o escape, es decir, rechazo del alcohol en el caso del bebedor.

Las recaídas tras este tipo de tratamiento suelen ser frecuentes, debido a que la exposición ante el estímulo original tiende a debilitar la respuesta por condicionamiento clásico y por eso ha ido disminuyendo el interés por esta técnica.

TÉCNICAS BASADAS EN EL CONDICIONAMIENTO OPERANTE

Podemos remontar el origen de estas técnicas al comienzo de la humanidad, en el momento en que los humanos se dan cuenta de que pueden controlar la conducta de los demás por medio de la recompensa y el castigo (Pear, 1993). Desde un punto de vista científico se pueden centrar los orígenes en la teoría

Tabla I

Inundación en imaginación	Inundación <i>in vivo</i>
Determinar las áreas problema	Se centra en las conductas evitativas
Elaboración de una lista de situaciones ansiógenas	Seleccionar las conductas de evitación a modificar y analizar los estímulos que las provocan
Entrenamiento en imaginación de imágenes neutras	Exposición ante situaciones reales en las que aparezca el estímulo temido impidiendo que se produzca la respuesta de evitación
Presentación de forma repetida y prolongada las descripciones de los ítems de la jerarquía	Si aparecen respuestas fisiológicas de la ansiedad no terminar la sesión hasta que desaparezca

del aprendizaje de Thorndike, pero fundamentalmente Skinner (1935) fue uno de los primeros que distinguió un tipo de condicionamiento basado en la recompensa, que denominó condicionamiento operante. Este tipo de condicionamiento consiste en un aumento de la probabilidad de la respuesta al ser seguida por un reforzador.

Las respuestas que pueden aumentarse al ser seguidas por un reforzador, o puede ser controlada por sus consecuencias se llaman operantes o respuestas operantes.

Existe una serie de conceptos en el condicionamiento operante que se deben conocer, en la Tabla II aparecen definidos.

Los reforzadores positivos están relacionados con tres principios operantes:

Reforzamiento positivo

Consiste en la aplicación de un reforzador positivo contingente a la ocurrencia de la respuesta, lo que hará que la respuesta se fortalezca y aumente su frecuencia. Si la frecuencia de esta respuesta no aumenta, el estímulo elegido como reforzador no es el adecuado.

Castigo negativo

Ocurre cuando se retira un reforzador a un individuo contingente a una conducta no deseada. Este procedimiento se debe utilizar junto al reforzamiento positivo contingente sobre conductas alternativas deseables.

Tabla II

Reforzador	Cualquier estímulo que aumente la probabilidad de ocurrencia de una respuesta
Refuerzo positivo	Cuando los estímulos que se incluyen en el ambiente fortalecen la respuesta precedente inmediata
Refuerzo negativo	Si los estímulos que retiramos del medio fortalecen la respuesta precedente inmediata
Reforzador extrínseco	Aquellos que se originan externamente al individuo, en su medio ambiente exterior Estos pueden ser: —Primarios, no aprendidos —Secundarios: materiales, sociales, actividades, fichas
Reforzador intrínseco	Son reforzadores internos, no observables para el observador exterior

Extinción

Cuando se rompe la unión o contingencia entre la conducta y el reforzador positivo que la mantiene. Al eliminar el refuerzo positivo se debilitan las conductas y ello puede llevar a la desaparición.

Los reforzadores negativos están relacionados con los siguientes principios:

Reforzamiento negativo

Consiste en retirar un reforzador negativo o estímulo aversivo contingentemente a una determinada conducta. El sujeto de esta forma escapa o evita el reforzador negativo.

Castigo positivo

Se lleva a cabo un castigo positivo cuando aplicamos un estímulo contingentemente a una conducta y se produce una disminución en la probabilidad de que la conducta ocurra.

Siguiendo a Pear (1993) la mayoría de los programas de condicionamiento operante se componen de los siguientes pasos:

—Identificar la conducta objetivo que se ha de aumentar o disminuir, especificando esta conducta de forma tan precisa como sea posible.

—Registrar la conducta tan objetivamente como sea posible, estableciendo una línea base para poder evaluar los efectos del procedimiento.

—Introducir un programa creado para producir el aumento o la disminución deseados en la conducta.

—Modificar el programa si no ocurre el aumento o la disminución deseados en la conducta.

—Asegurar la generalización del cambio de conducta, es decir, que se puedan generalizar a otras conductas deseables y que continúen después de la terminación del programa.

Un programa operante implica la aplicación de una serie de procedimientos que la investigación y la teoría indican cuáles serán más efectivos en cada caso. Entre estos procedimientos podemos señalar: El reforzamiento, moldeado o adquisición de conductas nuevas, encadenamiento o aprendizaje de conductas complejas, control de estímulos, técnicas para la reducción de conductas operantes, técnicas aversivas, economía de fichas.

TÉCNICAS BASADAS EN LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL

Dentro de estas técnicas encontramos el Entrenamiento en habilidades sociales (EHS). Es una de las técnicas de terapia de conducta que más se utilizan en la actualidad, pero también una de las más difi-

les, ya que requiere conocimientos de diferentes áreas de la psicología (Caballo, 1993).

Esta técnica alcanzó su mayor difusión sobre los años setenta, pero en la actualidad sigue siendo un área de continua investigación y aplicación y esto es así por la relevancia que se les da a las habilidades sociales en el desarrollo de la persona, de forma que la falta de ellas se relaciona con distintos problemas psicopatológicos y con deficiencias en el ajuste social y en los logros futuros (Gil, 1983).

Ha habido grandes problemas a la hora de definir qué es una conducta socialmente habilidosa, porque en esta conducta intervienen diferentes factores que la están determinando, factores culturales, o la edad, el sexo, la clase social y la educación.

En un intento de definición, Caballo (1988) define la conducta socialmente habilidosa como: *“ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo, de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas”*.

El entrenamiento en habilidades sociales se podría definir, según Goldsmith y Mafall (1975) (citado por Caballo, 1993) como *“un enfoque general de la terapia dirigido a incrementar la competencia de la actuación en situaciones críticas de la vida”* o como refiere Curran (1985) (citado por Caballo, 1993) *“un intento directo y sistemático de enseñar estrategias y habilidades interpersonales a los individuos con la intención de mejorar su competencia interpersonal individual en clases específicas de situaciones sociales”*.

Después de realizar un análisis del déficit de habilidades sociales en términos conductuales concretos, tono de la voz, evitación del contacto visual, postura corporal, todo programa en entrenamiento en habilidades sociales debe estar orientado hacia los siguientes objetivos:

- Información sobre las respuestas más adecuadas y eficaces en las distintas situaciones sociales.
- Prácticas de las respuestas más adecuadas.
- Moldeamiento de las conductas emitidas.
- Mantenimiento y generalización de las respuestas.

A veces este entrenamiento no es suficiente por lo que deben establecerse otras intervenciones como son:

- Reducción de la ansiedad social en situaciones sociales problemáticas.
- Reestructuración cognitiva, en donde se intentan modificar valores, creencias, cogniciones y/o actitudes del sujeto.
- Entrenamiento en solución de problemas.

El entrenamiento en habilidades sociales puede ser aplicado tanto de forma individual como grupal. Am-

bas formas de aplicación son positivas por lo que se recomienda programas mixtos, en los que las sesiones de grupo se combinen con ensayos individuales.

APLICACIONES CLÍNICAS DE LA TERAPIA Y MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

Vamos a estructurar las aplicaciones clínicas de acuerdo a aquellos trastornos en los que la terapia y modificación de conducta han sido más eficaces.

1. Trastorno por ansiedad:
 - Trastorno por angustia con agorafobia
 - Fobia simple.
 - Fobia social.
 - Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).
2. Trastornos depresivos.
3. Trastornos de la alimentación.
4. Trastornos psicóticos.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Trastorno por angustia con agorafobia

Las técnicas que mejores resultados tienen en el tratamiento del trastorno de angustia (Panick attacks) son las técnicas cognitivo-conductuales. En los casos de un trastorno de angustia sin agorafobia las técnicas respiratorias y cognitivas (cuyo objeto es que el paciente preste atención a los pensamientos automáticos y aprenda a replantearse los sin atribuirles ese valor catastrófico) son las que presentan una mayor eficacia. Cuando existe agorafobia las técnicas de exposición *in vivo* son las que presentan mejores resultados (Cottraux, 1994).

Analizando diferentes trabajos de revisión sobre las técnicas conductuales aplicadas en estos trastornos, encontramos que Mattick y cols. (1990) revisando 51 estudios sobre el trastorno de angustia y agorafobia, en los que se analiza la eficacia de tratamientos farmacológicos, terapias conductuales (relajación, terapia asertiva, terapia cognitiva y exposición en imaginación) y tratamientos combinados medicación y terapia conductual, concluyen que la terapia cognitivo-conductual en la que se incluyen exposición a los síntomas de angustia y situaciones temidas bajo la dirección de una persona experta, reduce permanentemente la angustia y la agorafobia.

En este mismo sentido, otro estudio llevado a cabo por Laraia y cols. (1989) en el que se revisa la aplicación de las terapias de conducta en el trastorno de angustia, encuentran que las técnicas cognitivas y las de exposición son las más eficaces en estos trastornos. En esta misma línea encontramos el trabajo de revisión realizado por Cote y cols. (1993).

En la última década la tendencia es a realizar estudios controlados sobre la eficacia de tratamientos combinados, medicación y terapia de exposición, para

tratar el trastorno por angustia con agorafobia. Clum (1989) compara la efectividad de la medicación frente a los tratamientos conductuales en pacientes con trastorno de angustia, llegando a la conclusión de que no se puede establecer qué tipo de tratamiento puede ser más eficaz que el otro. Lo que sí está claro es que la combinación de ambos da lugar a mejores resultados. Laberge y cols. (1987) revisando la literatura sobre la combinación del tratamiento farmacológico y conductual del trastorno de angustia con conductas de evitación, concluye que es mayor la eficacia del alprazolam y clonazepam. Por otro lado, Klosko y cols. (1990) afirman que en estudios controlados la terapia cognitivo conductual puede ser tan efectiva como el alprazolam para reducir el pánico o la angustia.

Después de estas referencias podemos concluir diciendo que en general el tratamiento más efectivo en este tipo de trastorno es una *combinación de medicación y técnicas cognitivo-conductuales*, siendo en el caso de la agorafobia la técnica más eficaz la de *exposición in vivo*.

Fobia simple

Las fobias simples son fáciles de tratar. Más del 90% de los casos mejoran mucho o son completamente resueltas mediante métodos de exposición.

Cottraux (1994) refiere que cuando se trata de una fobia simple, el tratamiento debe desarrollarse a lo largo de 10 sesiones y consistirá en explicarle al paciente el principio de la exposición prolongada y repetida a las situaciones ansiógenas reales (exposición *in vivo*), que es el elemento activo más importante de todas las técnicas descritas para el tratamiento de las fobias. Con ello se pretende establecer la habituación de las respuestas emocionales y la extinción de las conductas de evitación.

Entre las técnicas más eficaces en este tipo de trastorno encontramos: La desensibilización sistemática, que como ya hemos visto es el primero y más conocido de los métodos conductuales para el tratamiento de las fobias, la desensibilización *in vivo* y la exposición gradual *in vivo*.

Jakubowska (1989) haciendo una revisión de la literatura, encontró que el enfoque conductual es el más efectivo en el tratamiento de las fobias.

Agras y Berkowitz (1996) refieren que la mejor manera de tratar la fobia es mediante la terapia de exposición gradual, ya que la medicación en la fobia simple es prácticamente ineficaz. Existen muchos estudios que demuestran la eficacia de este tipo de intervención, siendo además muy fácil de aplicar.

Se puede utilizar la exposición con ayuda del terapeuta durante la situación fóbica y organizar ensayos de exposición directamente. Una alternativa es que el terapeuta utilice instrucciones sobre la práctica de la exposición y pida al paciente que lleve un control escrito de tal práctica.

Podemos concluir refiriendo que el tratamiento de elección en la fobia simple es la exposición gradual *in vivo o en imaginación*, porque por un lado responden rápidamente al tratamiento y por otro, como lo demuestran la mayoría de los estudios de seguimiento, se mantiene la mejoría con el tiempo.

Fobia social

Actualmente existen muchos estudios que tratan sobre la fobia social y su abordaje terapéutico.

Los estudios controlados sugieren como tratamientos de elección una combinación de una técnica de exposición y de reestructuración cognitiva, siendo este abordaje muy útil para prevenir recaídas (Agras y Berkowitz, 1996).

Fontaine-Delmotte y Fontaine (1994) refieren que el tratamiento conductual de la Fobia Social se basa en las diferentes modalidades de intervención que existen para otros trastornos fóbicos. El objetivo consiste en someter al paciente a una exposición repetida y prolongada a los estímulos fóbicos, eliminando las conductas de evitación y huida.

El terapeuta antes de comenzar la exposición deberá analizar los aspectos cognitivos que están debajo de la fobia, es decir, evocar detalles sobre los miedos que tiene el paciente a ser evaluado negativamente por los otros.

La fase de exposición en este tipo de fobia es difícil porque la inhibición ansiosa suele ser importante y porque además, resulta difícil establecer una graduación en la exposición.

Cuando un paciente sometido a este tipo de tratamiento no mejora, debe pasar a una terapia de grupo ya que esta es una situación intermedia entre el cara a cara con el terapeuta y la situación real y además es una situación social de "laboratorio" en la que el sujeto se siente protegido.

Los aspectos más importantes del tratamiento conductual de la fobia social son: planear cuidadosamente las situaciones de exposición, asegurarse de tener un número apropiado de oportunidades de exposición y proporcionar apoyo para las experiencias de fracaso.

Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

El tratamiento conductual eficaz en el abordaje del trastorno obsesivo-compulsivo es la terapia de exposición con prevención de respuesta, sobre todo cuando existen rituales. En este sentido Cottraux (1989) revisando la literatura existente antes del año 1990, encontró como tratamiento de elección en el TOC, cuando existen rituales, la terapia de exposición con prevención de respuesta. Describe el autor que esta técnica tuvo éxito entre el 50-70% de los pacientes que completaban el tratamiento. También

refiere que los pacientes con rituales de lavado eran más fácilmente tratados que aquellos que presentaban rituales de comprobación, observando también que las rumiaciones persistían aunque mejoraran los rituales. Estudios de seguimiento entre 1-6 años demostraron que el 78% de los pacientes que completaron el tratamiento de exposición con prevención de respuesta estaban mejor en un 60% de los rituales por término medio.

O'Sullivan y Marks (1991) revisando 21 estudios de seguimiento de trastornos fóbicos y TOC, encuentran que después de una terapia de exposición la mejoría duró en un 70-80% de pacientes con TOC, aunque en algunos casos permanecían síntomas residuales. En estos estudios también se combinaba estas técnicas con medicación llegando a la conclusión de la ineficacia de la medicación sola.

Seguindo a Penadés y cols. (1996) debemos separar los pacientes que presentan rituales de aquellos que sólo presentan obsesiones o rumiaciones ya que el abordaje terapéutico va a ser diferente.

Cuando se dan rituales el tratamiento de elección sigue siendo en la actualidad la Exposición *in vivo* con prevención de respuesta.

Esta técnica consiste en exponer al paciente a situaciones de la vida real que implican una urgencia de realizar el ritual compulsivo, evitando el paciente llevar a cabo el ritual. Con este método según Penadés y cols. (1996) se obtiene una reducción significativa o la eliminación de los síntomas en el 80% de los pacientes.

Existen variaciones de esta técnica dando todos resultados semejantes. Estos diferentes procedimientos son: inundación, exposición gradual (provoca menos tensión y es más fácil de llevar a cabo), autoexposición y exposición llevada a cabo por el terapeuta.

Cuando encontramos a un paciente con obsesiones puras o rumiaciones, la técnica que se consideró más adecuada en un primer momento fue la *detención del pensamiento*, pero investigaciones posteriores han demostrado que es una técnica débil y que sólo produce efecto en la fase de mantenimiento.

Como señalan Stanley y Turner (1995) una técnica que está en experimentación es la exposición mediante reproducción magnetofónica del contenido obsesivo.

En el caso de dudas obsesivas puede resultar útil la intención paradójica. Esta técnica consiste en llevar al paciente a provocar y exagerar sus rumiaciones hasta reducirlas al absurdo y de esta forma romper el círculo vicioso de la ansiedad.

Según Penadés y cols. (1996) existen unos factores en los TOC que pueden considerarse de mal pronóstico para el éxito del tratamiento cognitivo-conductual. Estos factores aparecen reflejados en la Tabla III.

En la actualidad para luchar con estos signos de mal pronóstico que la terapia conductual no es capaz de afrontar se están haciendo aportaciones desde la terapia cognitiva, lo que implica que el mejor aborda-

Tabla III

Falta de implicación en el tratamiento
Depresión concomitante severa
Ansiedad severa
Ideación sobrevalorada
Presencia de trastorno de personalidad asociado
No disminución de la ansiedad después de las sesiones de exposición
Enlentecimiento obsesivo

je terapéutico de los TOC sea la terapia cognitivo-conductual más tratamiento farmacológico (Penadés y cols. 1996; Zetin, 1992; Baxter y cols., 1992).

TRASTORNOS DEPRESIVOS

Si bien el tratamiento conductual puro no es el adecuado para el tratamiento de la depresión unipolar no psicótica, sin embargo el abordaje cognitivo-conductual es eficaz y se ha estudiado extensamente en ensayos clínicos controlados.

Según Cottraux (1994) la terapia cognitivo-conductual de la depresión consiste en una psicoterapia breve que se desarrolla aproximadamente en 20 sesiones, siendo su periodicidad de 1 a 2 veces/semana y con una duración total de 3 a 6 meses. Este abordaje implica el empleo de técnicas cognitivas y conductuales para modificar los sistemas de creencias negativos de los sujetos depresivos y enseñarles a diferenciar los hechos de su apreciación subjetiva. El terapeuta desempeña un papel activo sirviéndose de técnicas conductuales y cognitivas para enseñar al paciente a verificar sus pensamientos depresivos tanto a lo largo de las sesiones terapéuticas como durante "los ensayos en la realidad" en la vida diaria.

Entre los procedimientos terapéuticos utilizados se incluyen: la resolución de problemas combinada con el aprendizaje de habilidades de enfrentamiento y un examen de las cogniciones autoderrotistas.

La mayoría de los estudios actuales sobre la eficacia de este enfoque, lo comparan con el tratamiento farmacológico, concluyendo que el mejor tratamiento es el combinado entre técnicas cognitivo-conductuales y fármacos antidepressivos.

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Los dos principales trastornos de la alimentación, la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa tienen dos abordajes terapéuticos diferentes desde el enfoque de la terapia o modificación de conducta.

Anorexia nerviosa

Las pacientes con anorexia nerviosa, debido a la gran pérdida de peso y a las posibles complicaciones físicas como consecuencia de la inanición suelen en su gran mayoría necesitar ingreso hospitalario, ello implica que el abordaje psicológico debe ser realizado desde el principio y continuarse una vez recuperada físicamente la paciente de forma ambulatoria.

La mayoría de los autores están de acuerdo en que desde el punto de vista conductual las técnicas utilizadas son aquellas basadas en el condicionamiento operante.

En este sentido Buceta (1990) refiere que en los últimos quince años el tipo de técnica utilizada es el reforzamiento positivo de manera contingente al aumento de peso. Otras técnicas empleadas en estos programas de tratamiento es la información y educación nutricional, y un "feedback" diario sobre sus progresos en relación con el peso y la dieta seguida, la técnica de prevención de respuesta, con la intención específica de evitar vómitos provocados. Otra técnica también utilizada en algunos programas es la desensibilización sistemática, utilizada específicamente para tratar la ansiedad relacionada con la ingesta de alimentos, el miedo al aumento de peso, el miedo a los cambios en la apariencia física y otros temores de las pacientes.

Entre las técnicas utilizadas para modificar las cogniciones irracionales relacionadas con la dieta, los alimentos autoprohibidos, peso, imagen corporal negativa, la baja autoestima, el perfeccionismo, el sentimiento de inutilidad y la falta de eficacia, encontramos: entrenamiento en relajación, reestructuración cognitiva, técnicas de resolución de problemas y para tratar la ansiedad social se tiende a aplicar un entrenamiento en habilidades sociales (Saldaña, 1994).

Bulimia nerviosa

Desde el punto de vista psicológico el abordaje terapéutico de elección en la bulimia nerviosa es la exposición con prevención de respuesta y la terapia cognitivo-conductual, aunque actualmente se está investigando obteniéndose buenos resultados con la psicoterapia interpersonal, como muestran estudios recientes (Fernández, 1997).

En este sentido Ruiz y cols. (1994) haciendo una revisión sobre estudios al respecto, refieren que si bien la terapia cognitivo-conductual es más eficaz que las técnicas no directivas en la reducción de las conductas bulímicas, a largo plazo no se obtienen resultados superiores a los obtenidos con la psicoterapia interpersonal.

La técnica de exposición con prevención de respuesta consiste en exponer al paciente ante estímulos discriminativos o elicítadores de la conducta problema (episodios bulímicos o vómitos), como pueden

ser alimentos prohibidos o con alto contenido calórico (fase de exposición) e impedir acto seguido que se produzca la conducta problema (fase de prevención de respuestas), como serían los episodios bulímicos o los vómitos.

Esta técnica de modificación de conducta fue utilizada por primera vez en la bulimia nerviosa por Rosen y Leitemberg en el año 1982. La desventaja de esta técnica es que tanto los episodios bulímicos como los vómitos no obedecen sólo a estímulos externos (productos alimentarios específicos) sino que intervienen estímulos internos (ira, frustración, soledad...) (Fernández, 1997).

En conjunto parece que hay un consenso en considerar a la terapéutica cognitivo-conductual como la fundamental en el tratamiento de la bulimia nerviosa, y se utiliza para cambiar la conducta de los pacientes, sus actitudes hacia la imagen y el peso e incluso otras distorsiones cognitivas como son la baja autoestima y el perfeccionismo, pero asociada a tratamiento farmacológico antidepresivo con sesiones de terapia interpersonal, cuyo objetivo en estos pacientes es el de reducir las emociones negativas que aparecen como consecuencia del déficit en la esfera interpersonal, de manera que se produzca una reducción indirecta de los episodios bulímicos. (Ruiz y cols., 1994).

TRASTORNOS PSICÓTICOS

El enfoque conductual en el tratamiento de los trastornos psicóticos es coadyuvante del tratamiento farmacológico y va dirigido a mejorar los problemas de conducta específicos, es decir, a la rehabilitación social del paciente.

Hasta finales de los años setenta, el abordaje conductual de los trastornos psicóticos se basaba principalmente en el empleo de los principios del condicionamiento operante. Los principales estudios de eficacia en el tratamiento colectivo llevaron a la mejora del comportamiento intrahospitalario, con el empleo de reforzadores secundarios (fichas) que dieron lugar a lo que se conoce con el nombre de "economía de fichas". La falta de generalización y de duración de los beneficios apareció rápidamente y seguramente por considerar que el comportamiento psicótico seguía las mismas reglas de aprendizaje que el comportamiento normal (Chambon y Marie-Cardine, 1994).

Los tratamientos conductuales que se han aplicado en esquizofrénicos crónicos consisten en técnicas que pretenden extinguir conductas específicas y ello mediante programas de control del refuerzo.

Los programas de "economía de fichas" pretendían generar habilidades útiles para la mayoría de los pacientes. Actualmente el entrenamiento en habilidades sociales, con un enfoque individual, ejecutado mediante programas complejos y sofisticados de rehabilitación, es el tratamiento de elección en el paciente esquizofrénico.

Entre las habilidades que se enseñan, se encuentran, mantener el contacto visual, reaccionar más rápidamente a la comunicación interpersonal, variar la voz de entonación y reforzar las respuestas sociales de otros. Se utilizan como técnicas el modelamiento de conduc-

tas prosociales, *role playing*, *biofeedback* en video y en la práctica. Un número de estudios controlados han demostrado que en un 70% se dan cambios clínicamente significativos como resultado del entrenamiento en habilidades sociales (Agras y Berkowitz, 1996).

Bibliografía

1. Agras WS, Berkowitz RI. Terapia de Conducta. En Talbott JA, Hales RE, Yucofsky C (Ed.). Tratado de Psiquiatría, 2ª Edición. Ancora. Barcelona, 1996.
2. Barcia D. Significación actual de la Terapéutica Conductista. En: D. Barcia y J. Obiols (Dir.) Terapéutica Conductista. Barcelona. 1969.
3. Baxter LR Jr, Schwartz JM, Bergman KS et al. Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive disorder. Arch Gen Psychiatry 1992; 49: 681-689.
4. Buceta JM. Programas de Modificación de Conducta para el tratamiento de la Anorexia Nerviosa. En: JM Buceta y AM Bueno (eds.) Modificación de Conducta y Salud. Eudema Universidad. Madrid. 1990.
5. Bouchard MA, Granger L, Ladoucer R. Historia y Principios. En: R. Ladoucer, MA. Bouchard, L. Granger (eds.) Principios y aplicaciones de las Terapias de Conducta. Madrid. 1981.
6. Caballo VE. El entrenamiento en habilidades sociales. En: VE Caballo (comp.). Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta. S.XXI, 2ª Edición. 1993.
7. Caballo VE. Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Promolibro. Valencia. 1988.
8. Caceres J. Procedimientos aversivos. En: VE Caballo (comp.). Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta. S.XXI, 2ª Edición. 1993.
9. Cote G, Gauthier JG, Laberge B, Cormier HJ et al. Le traitement cognitivo-comportementale du trouble de panique: une recession critique des écrits. Canadian Journal of Behavioural Science 1993; Vol. 25 (1): 45-63.
10. Cottraux J. Behavioural psychotherapy for obsessive-compulsive disorder. Special Issue: Behavioural psychotherapy into the 1990's. International-Review-of-Psychiatry 1989; Vol 1 (3): 227-234.
11. Cottraux J. Fobia Simple. En: R Ladoucer, O Fontaine, J Cottraux. (Eds.). Terapia Cognitiva y Comportamental. Masson. Barcelona. 1994.
12. Cottraux J. Crisis de Angustia y Agorafobia. En: R. Ladoucer, O. Fon-Taine, J. Cottraux (eds.). Terapia Cognitiva y Comportamental. Masson. Barcelona. 1994.
13. Cottraux J. Trastorno Obsesivo-Compulsivo. En: R. Ladoucer, O. Fon-Taine J. Cottraux (eds.). Terapia Cognitiva y Comportamental. Masson. Barcelona. 1994.
14. Clum GA. Psychological interventions vs. drugs in the treatment of panic. Behavior-Therapy 1989; Vol. 20 (3): 429-457.
15. Chambon O, Cardine MM. Psicosis. En: R. Ladoucer, O. Fon-Taine, J. Cottraux (eds.). Terapia Cognitiva y Comportamental. Masson. Barcelona. 1994.
16. Davidoff L. Introducción a la Psicología. 3ª Edición. McGraw-Hill. México. 1989.
17. Fernández Trespalacios JL. ¿Qué es la Psicología?. Una visión actual de sus puntos de vista teóricos y de sus aplicaciones. Gráficas Maravillas. Madrid, 1994.
18. Fontaine-Delmotte M, Fontaine O. Fobia Social. En: R. Ladoucer, O. Fon-Taine, J. Cottraux (eds.). Terapia Cognitiva y Comportamental. Masson. Barcelona. 1994.
19. Franks CM. Orígenes, historia reciente, cuestiones actuales y estatus futuro de la Terapia de Conducta: Una revisión conceptual. En: VE Caballo (comp.). Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta. S.XXI, 2ª Edición. 1993.
20. Fernández Aranda F. Tratamiento Psicológico de la Bulimia Nerviosa. En: V. Turón (ed.). Trastornos de la alimentación. Anorexia Nerviosa, Bulimia y Obesidad. Masson. Barcelona. 1997.
21. Gil F. Entrenamiento en habilidades sociales. En: Mayor J, Labrador FJ (eds.). Manual de Modificación de Conducta. Alhambra-Universidad. Madrid. 1983.
22. Jakubowska V. Application of behavioural therapy in treatments of phobias. Przegląd-Psychologiczny 1989; 32 (4): 997-1017.
23. Klosko JS, Barlow DH, Tassinari R et al. A comparison of Alprazolam and behavior therapy in treatment of panic disorder. J Consult Clin Psychol 1990; 58: 77-84.
24. Laberge B, Gauthier J, Cote G. Medication et therapie comportementale dans le traitement du trouble de panique avec evitement generalise. Revue-de-Modification-du-comportement 1987; Vol. 17 (4): 221-241.
25. Laraia MT, Stuart GW, Best CL. Behavioural treatment of panic-related disorders: A review. Archives of Psychiatric Nursing 1990; Vol. 3 (3): 125-133.
26. Mattick RP, Andrews G, Hadzi PD, Christensen H. Treatment of panic and agoraphobia: An integrative review. Journal of Nervous and Mental Disease 1990; Vol. 178 (9): 567-576.
27. Mayor J, Labrador FJ. Manual de Modificación de Conducta. Alhambra. Madrid. 1983.
28. O'Sullivan G, Marks I. Follow-up studies of behavioral treatment of phobic and obsessive compulsive neurosis. Psychiatric-Annals. Vol. 2 (6): 368-373.
29. Pear JJ. Métodos Operantes. En: VE Caballo (comp.). Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta. S.XXI, 2ª Ed. 1993.
30. Penades R, Jorquera A, Gasto C. Estado actual del tratamiento cognitivo-conductual del trastorno obsesivo-compulsivo. Revista de Psiquiatría de la Fac. Med. Barna 1996; Vol. XXIII, 1: 24-29.
31. Rimm DC, Master JC. Terapia de Conducta. Trillas. Madrid. 1980.
32. Ruiz ME, Salorio P, Navarro F, Rodado J. Avances en el tratamiento de los trastornos de la alimentación. Anales de Psiquiatría 1994; Vol. 10 (6): 223-234.
33. Saldaña C. Trastornos del Comportamiento Aliementario. Fundación Universidad-Empresa. Madrid. 1994.
34. Stanley A, Turner S. Current status of Pharmacological and Behavioural treatment of obsessive-compulsive disorder. Behavior Therapy 1995; 26: 163-186.
35. Zetin M, Kramer MA. Obsessive-compulsive Disorder. Hospital- and-Community-Psychiatry 1992; Vol 43 (7): 689-699.