

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE TERAPIA CONDUCTUAL

Dr. Federico G. Puente Silva*

Introducción

La terapia y la psicoterapia conductual son dos corrientes que han alcanzado un gran y rápido desarrollo durante los últimos 20 años. Si bien es cierto que en su origen se desarrollaron a partir de las teorías del aprendizaje, también es importante aclarar que se han enriquecido con los principios provenientes de otras áreas, como son la psiquiatría y la psicología clínica, la psicología experimental, la etología, la psicofisiología y la psicofarmacología; también han recibido, recientemente, aportaciones de las teorías psicodinámicas.

Tal y como lo refiere Marks (1), los principios de estas técnicas se han venido utilizando durante siglos basándose en el sentido común, pero ha sido en las últimas dos décadas cuando se han estructurado y sistematizado adecuadamente.

En los componentes característicos de la terapia y la psicoterapia conductual tenemos una clara especificación de las metas que se pretenden alcanzar, así como del uso de métodos que permitan evaluar el desarrollo del programa terapéutico. Estas técnicas insisten en que los objetivos terapéuticos deben lograrse de la manera más directa posible, procurando evitar tanto el manejo de conflictos internos inferidos o hipotéticos como aquellos problemas en los que las metas sean globales o demasiado vagas. Es en este punto en donde se han hecho algunas críticas hacia las técnicas conductuales.

Es importante aclarar que dentro del llamado "conductismo" se han desarrollado corrientes que aceptan establecer como metas no sólo la conducta observable, sino también los sentimientos y los pensamientos que, aunque son procesos subjetivos obtenidos a través de la información reportada por los pacientes, pueden establecer objetivos precisos. Esto ha dado como resultado que, para algunos autores, el concepto de conducta no sólo incluya lo observable, sino también los sentimientos y los pensamientos (2).

En la actualidad, la terapia y la psicoterapia conductual ya forman parte de los instrumentos terapéuticos que el psiquiatra tiene a su alcance para el manejo

de problemas; esto se puede constatar fácilmente cuando revisamos el número de publicaciones sobre estas técnicas, escritas por y dirigidas a los profesionales de la psiquiatría (3, 4); aun más, podríamos decir que muchos de los principales exponentes de estas corrientes son psiquiatras ampliamente reconocidos, como los doctores I. Marks, M. Gelder, R. Liberman, Lee Birk, M. Brown, N. Stern, etc.

En la actualidad ya se cuenta con investigaciones clínicas adecuadamente realizadas, en las que se establece la efectividad y eficiencia de estas técnicas. También se acepta que el uso combinado de la terapia y/o la psicoterapia conductual con otras técnicas terapéuticas puede brindar mejores resultados que cuando cada una de éstas se utiliza en forma aislada. Posteriormente hablaremos de esto más detalladamente.

Terapia y psicoterapia conductual

Algunos autores, por ejemplo Marks (1), utilizan los conceptos de psicoterapia y terapia conductual como sinónimos. En términos generales, podríamos decir que Marks representa la corriente británica del conductismo clínico. Valdría la pena aclarar que esta corriente conceptualiza a la técnica en una forma muy diferente al conductismo ortodoxo; por ejemplo, Marks considera como componentes esenciales del programa: una buena relación psicoterapeuta-paciente y una adecuada motivación por parte del paciente. Por lo que toca al concepto de conducta, también incluye en él los pensamientos y los sentimientos.

Birk, uno de los principales exponentes de la escuela americana, sí establece una diferencia entre los conceptos "terapia" y "psicoterapia conductual" (4). Según este autor, en la terapia conductual el terapeuta maneja un solo problema o, en su caso, algunos problemas bien definidos, usando técnicas bien definidas; en cambio, en la psicoterapia conductual, el paciente tiene quejas que, al menos en un principio, son muy vagas, mal definidas, amorfas y múltiples, por lo que el análisis de la conducta, que en la terapia conductual clásica puede requerir para su elaboración de una o dos entrevistas, en la psicoterapia conductual, según Birk, puede requerir de 30 ó 40 horas de observación del paciente funcionando en su sistema social

* Jefe del Departamento de Investigaciones Clínicas, Instituto Mexicano de Psiquiatría.

natural, principalmente en aquél donde se experimenta más insatisfacción. Otra diferencia sería la combinación deliberada de elementos del enfoque psicodinámico con el enfoque conductual, a fin de aumentar la efectividad total.

Otra diferencia entre Marks y Birk en el manejo del concepto de psicoterapia conductual, es que Birk establece que en esta técnica, el terapeuta utiliza conscientemente un moldeamiento conductual y aumenta sucesivamente el nivel de reforzamiento para la respuesta deseada.

Marks considera que no existe un principio único que nos explique los efectos de la psicoterapia conductual; sugiere que los diversos factores o influencias que intervienen en el tratamiento deben entenderse como un proceso operacional doble que incluye, por una parte, el proceso relacionado con la motivación del paciente. En éste intervendrían factores múltiples, por ejemplo, el propio deseo y el compromiso de cambiar las presiones familiares y sociales, la sugestión, la credibilidad del terapeuta, etc. El segundo proceso operacional es el que se refiere a la ejecución del programa terapéutico por el paciente. Este elemento es indispensable para que pueda haber mejoría.

Técnicas terapéuticas conductuales

En los últimos años ha habido una gran proliferación de técnicas terapéuticas; éstas pueden administrarse a los pacientes en forma individual o en grupo y pueden realizarse en vivo o por medio de la fantasía. Marks divide los tratamientos conductuales en tres grupos:

1. Aquellas técnicas que tienen como objetivo reducir la angustia asociada a patrones de conducta. Estas serían de utilidad en los casos de fobias y de rituales compulsivos. Habitualmente, estas técnicas requieren de algún tipo de exposición, tal como sería el caso de la desensibilización sistemática y de la exposición implosiva. Por lo que se refiere a la desensibilización sistemática, técnica desarrollada por Wolpe en 1959 (5), no existe duda alguna de que es el tratamiento de elección para las fobias. La técnica se explica a través del concepto de inhibición recíproca de Sherrington. Otro principio importante es la tendencia a la generalización, porque mientras más parecida sea la situación o el objeto a la fobia, más intensa será la respuesta. De aquí desarrolló Wolpe la idea de que el apareamiento a la respuesta competitiva —la relajación, la comida, etc.— debería hacerse dentro de una jerarquía en la que el estímulo condicionado se volviera progresivamente más intenso.

En algunos estudios recientes se cuestiona qué tan indispensable es la respuesta competitiva de relajación y el establecer una jerarquía cuidadosamente diseñada (6) para obtener buenos resultados. En general, los métodos de exposición in vivo se consideran superiores a aquellos de exposición en fantasía, aunque se reconoce que en algunos casos particulares es benéfico utilizar primero los métodos en fantasía y después la exposición in vivo. Otra de las técnicas importantes en este primer grupo es la exposición

implosiva (7). El objetivo es saturar al paciente con los máximos estímulos fóbicos y no permitirle que deje de exponerse a dicha situación, a veces por un mínimo de dos horas, hasta que la angustia y el deseo de correr hayan desaparecido. Una técnica muy parecida a la exposición implosiva es la de prevención de respuestas o técnica apotrópica (2), en la que, por ejemplo, en el caso de un paciente con neurosis obsesivo-compulsiva de lavarse las manos, el tratamiento incluiría, primero, ensuciarle las manos y la ropa y después, evitar que se lave las manos, cada vez por periodos más largos. Se considera que esta técnica no solamente le permite al paciente aprender intelectualmente sino también visceralmente, que su ritual es superfluo para su seguridad real.

También podrían incluirse dentro de este primer grupo, las técnicas de autorregulación y modelamiento. En el caso de la primera, se le enseña al paciente a llevar a cabo ejercicios de respiración profunda y relajación para evitar los ataques de pánico durante la exposición a la situación fóbica. También se ha encontrado de utilidad el uso de registros y el diseño de gráficas por el mismo paciente, de tal forma que se retroalimente tanto de su progreso como de todos aquellos factores contingentes a su problema, de los que no está consciente.

En el caso de modelamiento, el terapeuta frecuentemente le muestra al paciente lo que deberá hacer; por ejemplo, en caso de una fobia social, el terapeuta podrá mostrarle una serie de patrones de interacción social que posteriormente le pedirá que practique.

2. Este segundo grupo tiene como objetivo reducir aquellos patrones de conducta asociados al apetito, como serían el caso del exhibicionismo y de la obesidad. Los métodos que más se utilizan para este tipo de problemas son: la autorregulación, el autocontrol y la saciedad, así como técnicas aversivas diversas, incluyendo la técnica de sensibilización cubierta, descrita por Cautela (8).

Dentro de las técnicas de autorregulación tenemos las que se refieren al control o "alto" del pensamiento. En éstas, por ejemplo, a un paciente con pensamiento obsesivo de celos patológicos se le indica tirar de una liga cada vez que se presente la obsesión, de tal forma que pueda, primero, bloquear y después, inhibir dichos pensamientos. En algunos casos la anticipación que se desarrolla llega a ser tan efectiva que ni siquiera se requiere que la persona sienta la sensación del ligazo.

Por lo que se refiere a la técnica de saciedad, ésta se podría utilizar en casos tales como los de los niños con una pasión por prender cerillos en lugares peligrosos. En estos casos se hace que los niños enciendan cerillos en una forma continua e incesante y por un tiempo extremadamente largo, para que se extinga la conducta problema tal y como se ha mostrado en diferentes estudios.

La sensibilización cubierta es una técnica que consiste en sensibilizar, es decir, en propiciar una respuesta de angustia en un individuo ante una situación, sentimiento o pensamiento específico. Esto se logra

a través de ejercicios en fantasía en los que se coloca al individuo en una situación aversiva apareada a la conducta problema; por ejemplo, a un exhibicionista se le pide que imagine que está mostrando sus genitales. Entonces se le presenta una situación dolorosa en la que la policía lo encuentra, lo mete a la cárcel, pierde su empleo y afecta a su familia.

3. Las técnicas de este tercer grupo tendrían como objetivo el desarrollo de nuevos patrones de conducta; por ejemplo, programas de entrenamiento en habilidades sociales e incompetencias sociales. También se incluirían programas educativos, técnicas de modelamiento, moldeamiento, autorregulación y el uso de contratos terapéuticos.

Por lo que se refiere al entrenamiento en habilidades sociales, encontramos que las técnicas que se utilizan tienen puntos en común con otros procedimientos terapéuticos, tales como el psicodrama, los grupos de encuentro, la representación de roles, la inversión de roles y la imitación. Esta misma situación ocurre en lo que se refiere a terapia marital y familiar.

Debido a los importantes beneficios que se pueden obtener a través de la técnica denominada "entrenamiento asertivo", ésta se describirá a continuación: se utiliza en personas que fracasan en forma crónica y que no saben defender sus derechos e intereses por medio de formas efectivas y congruentes. Estas personas manifiestan habitualmente un afecto de desesperanza. El factor más importante es la ejecución activa que cada vez producirá una respuesta más competitiva capaz de inhibir la angustia que anteriormente se presentaba sin ninguna oposición; esto se logrará siempre y cuando el individuo aprenda a experimentar con una gran afirmación (4, 5).

El tratamiento asertivo también puede ser de utilidad en aquellas personas que aunque sí pueden expresar su enojo y defender sus derechos, encuentran muy difícil expresar amor, cariño, apego hacia alguien o algo, generalmente debido a mecanismos de inhibición y vergüenza. Lazarus ha desarrollado técnicas de entrenamiento que realiza en grupo y en vivo (9) para dar libre expresión a las emociones.

Todas las técnicas de entrenamiento asertivo se basan en el principio de moldeamiento conductual, o sea, que a través de una aproximación sucesiva se van estableciendo las respuestas complejas que uno desea. Primero se refuerza el organismo para cualquier respuesta que vaya en dirección de la respuesta deseada y, posteriormente, en una forma lenta, constante y progresiva, se aumenta el criterio de reforzamiento. Por ejemplo, una versión clásica de tratamiento asertivo sería la representación o ejecución de roles (*play-role*) en la que se le pide al paciente que repetidamente ejecute o "represente" aquellas situaciones difíciles y que trate de hacerlas cada vez más parecidas a la forma ideal. Los gestos y expresiones del psicoterapeuta pueden funcionar como reforzamiento y castigo, así como para retroinformar al paciente sobre la calidad de su representación. Para que estos tratamientos logren sus objetivos, todas aquellas conductas que sean claramente asertivas deben ser reforzadas. Es importante que en la vida real el paciente practique

las habilidades recientemente adquiridas en una forma gradual y sistematizada.

Pasaremos ahora a revisar cinco importantes áreas de la psicoterapia conductual: la terapia psicosexual; los métodos operantes; la biorretroinformación; el uso combinado de psicofármacos con la psicoterapia conductual, y el uso combinado de psicoterapia dinámica y psicoterapia conductual.

Terapia psicosexual

Esta ha sido, probablemente, una de las áreas que más se han desarrollado en los últimos 15 años y en la que se han obtenido mejores resultados. Los diferentes programas terapéuticos han tomado como base los estudios de Master y Johnson y de Kaplan, entre otros (10, 11). Aunque los primeros autores mencionados no se consideran conductistas, las técnicas que desarrollaron tienen muchos elementos de la desensibilización sistemática, entrenamiento asertivo, moldeamiento y reestructuración cognoscitiva. Los diferentes programas cultivan el desarrollo del placer sexual, mientras que otras características importantes incluyen una excitación sexual gradual, así como la inhibición gradual de sentimientos de culpa, vergüenza, preocupación y angustia, que con frecuencia son lo suficientemente importantes como para bloquear la excitación y el placer sexual.

En la actualidad, los programas conductuales de psicoterapia sexual se han modificado de tal forma que han disminuído su costo-beneficio, ya que pueden llevarse a cabo en la consulta externa de las instituciones oficiales, de acuerdo con los programas de Crowe, Gillam y Bancroft, en Inglaterra (12, 13). En las sesiones, que son aproximadamente de una hora, una vez a la semana, un solo terapeuta, a veces con un coterapeuta, atiende a la pareja. Los programas incluyen una evaluación cuidadosa de la pareja; educación sexual programada con el objeto de suprimir concepciones inadecuadas; prohibición del acto sexual con el objeto de inhibir la angustia de uno o de los dos miembros de la pareja; además, simultáneamente, se realiza una serie de ejercicios de relajación; se establecen ejercicios de masaje corporal mutuo, primero, excluyendo las zonas genitales, e incluyéndolas en una etapa posterior. De esta manera se obtiene una masturbación satisfactoria para llegar a una última etapa en la que el individuo o la pareja se encuentra en condiciones de realizar adecuadamente el acto sexual. En la actualidad se cuenta con evaluaciones de estos programas y no existe duda alguna sobre su efectividad en problemas tales como impotencia, eyaculación precoz, eyaculación tardía, frigidez, vaginismo y dispareunia.

Métodos operantes

En relación a estos métodos, aunque no existe discusión en cuanto a su utilidad, sí existe alguna divergencia entre cuáles son las indicaciones precisas del mismo. Para Birk, pero no para Marks, la psicoterapia conductual estaría entre los tres métodos operantes más importantes. Pero los dos están de acuerdo

en el beneficio de los métodos operantes en el tratamiento asertivo y en el manejo de pacientes hospitalizados; éste último, a través del sistema de economía de intercambio o de fichas.

Entre los conceptos importantes de estos métodos se encuentra el de reforzamiento positivo, que se define como cualquier factor que aumente la frecuencia de una respuesta inmediatamente después de su aplicación. Otros dos conceptos importantes son el de castigo, o sea, todo aquello que tienda a disminuir la frecuencia de una respuesta inmediatamente después de su administración y, por último, el de reforzamiento negativo, que se refiere a la interrupción transitoria de un estímulo negativo que se estaba desarrollando, produciendo así un reforzamiento a la conducta inmediata posterior. Tomando en consideración el principio de Premack, se pueden utilizar como reforzadores aquellas conductas habituales o de alta frecuencia siempre y cuando éstas ocurran siguiendo a conductas de baja frecuencia en forma contingente.

Uso combinado de psicoterapia dinámica y psicoterapia conductual

Para una mejor comprensión del uso combinado de las psicoterapias dinámica y conductual, nos referiremos a las consideraciones de Marmor, quien opina que el proceso psicoterapéutico es un proceso de aprendizaje y que, independientemente del enfoque que uno utilice, todas las terapias presentan los siguientes elementos que son: una buena relación terapeuta-paciente; disminución de la tensión; aprendizaje cognitivo y condicionamiento operante de lo que sería la conducta más adaptativa. Esto se obtiene por señales de aprobación o desaprobación que pueden ser explícitas o implícitas, y a través de establecer con el terapeuta una relación emocional correctiva. También, por medio de la sugestión, la persuasión, la identificación con el terapeuta, el ensayo en la realidad y la práctica de la conducta adaptativa nueva en un contexto en el que el paciente considere que recibe un apoyo emocional del terapeuta (14).

La constante crítica del psicoanálisis a la terapia conductual en el sentido de que esta última, al centrar su foco de interés en la conducta manifiesta o sintomática y no en el "conflicto original", propicia la sustitución de síntomas, no ha podido ser corroborada en los diferentes estudios experimentales. Brown refiere que las dos corrientes aceptan la probable presencia de una fase de duelo cuando desaparecen los síntomas, ya que su pérdida también incluye la pérdida de algún tipo de reforzamiento y gratificación, aunque esto parezca paradójico. Por lo que toca a la psicoterapia conductual, en este momento se promueve el aprendizaje de nuevas habilidades que sustituyan a conductas menos adaptativas. A través de esto, el paciente recibe apoyo y atención de personas significativas para él, reduciendo así la angustia y los efectos dolorosos por la pérdida del síntoma. Psicodinámicamente, se diría que esto puede ser contra-terapéutico, ya que el paciente, además de tener que manejar componentes dolorosos, podría intelectua-

lizar sus conflictos y reprimir sus impulsos. Se cree que en muchos casos, una combinación balanceada y sistemática de ambos enfoques puede ser de mayor utilidad que el uso aislado de cada uno de ellos.

Ahora revisaremos lo que se refiere a la integración clínica entre la psicoterapia dinámica y conductual. Tal como lo establece Brown (15), el ingrediente crucial en la combinación de enfoques psicodinámicos y conductuales es el poder aceptar que en algunos casos, los determinantes inconscientes del conflicto son tan importantes como la conducta fóbica aparente; en estos casos, por ejemplo, si uno utiliza la desensibilización sistemática en su forma tradicional de establecer una jerarquía de estímulos ambientales que produzcan angustia, probablemente nuestro tratamiento no sea efectivo. En estos casos la jerarquía puede enriquecerse en forma importante si se incluyen componentes psicodinámicos que se pueden obtener a través de las fantasías reportadas, los *lapses linguae* y las posturas corporales, entre otros. La repetida discriminación entre fantasía y realidad, con apoyo del terapeuta, puede permitir que el paciente diferencie entre los impulsos de sus fantasías y la realidad de sus acciones. Brown hace las siguientes consideraciones con respecto a esta combinación terapéutica: cualquier estrategia que suprima una conducta de evitación, como sería la interpretación de resistencias o, en su caso, la desensibilización y la exposición implosiva, le permitirá al paciente manejar cualquier elemento asociado a la angustia, ya sea en forma de pensamientos, sentimientos o imágenes, ayudando así a que éstos aumenten su exposición a estas situaciones fóbicas a través de la asociación libre, las fantasías dirigidas, la práctica de habilidades y la interpretación de conflictos. Se considera de gran importancia una buena relación entre el terapeuta y el paciente como un medio para extinguir la angustia. Las reacciones de resistencia, transferencia y contra-transferencia son vistas como conductas de evitación que deben de ser adecuadamente manejadas para obtener buenos resultados terapéuticos.

Psicoterapia conductual y medicamentos psicotrópicos

Esta es otra de las áreas que han tenido un desarrollo importante en los últimos cinco años. También podríamos decir que no existe un acuerdo entre los diferentes psicoterapeutas conductuales sobre la conveniencia e inconveniencia del uso combinado de psicofármacos y psicoterapia conductual; encontramos desde personas de posición extrema que cuestionan el uso de antidepresivos en la depresión (16), hasta personas que usan cualquier tipo de psicotrópicos con cualquier técnica conductual (17).

Por lo que respecta al uso del tranquilizante menor, diazepam, en algunos casos de pacientes con fobias, de acuerdo a la experiencia del hospital Maudsley, la mayor parte de los pacientes fóbicos puede realizar los programas de exposición al objeto fóbico sin necesidad de utilizar tranquilizantes. Ahora bien, se acepta que en algunos casos en particular, el paciente puede realizar mejor el programa de exposición

tomando 5 ó 10 mg de diazepam oral, media hora o una hora antes de la exposición; esto puede estar indicado, inclusive, en algunos pacientes muy cooperativos y bien motivados, ya que les puede permitir que realicen los ejercicios de exposición sin que sea necesaria la presencia del terapeuta. Es importante aclarar que el medicamento no se prescribe para que se tome en forma regular, sino exclusivamente en el periodo que precede a los ejercicios de la exposición.

Por lo que se refiere al uso de antidepresivos, ya sean tricíclicos o inhibidores de la monoaminooxidasa, tenemos la siguiente situación: sabemos que en un alto porcentaje de pacientes con depresión, el problema se resuelve satisfactoriamente con el uso exclusivo de antidepresivos tricíclicos, por lo que no hay necesidad de usar ningún otro tipo de tratamiento a menos de que la depresión esté, en parte, determinada por algunos patrones de conducta, o que la depresión haya traído, como consecuencia, el establecimiento de ciertos patrones de conducta que, a su vez, refuerzan la existencia de la depresión.

En relación con los antidepresivos IMAO, algunos estudios sugieren que la fenelzina es superior al placebo en pacientes con fobias, siempre y cuando el tratamiento se prolongue más de dos meses. En algunos casos muy particulares se podrían utilizar los IMAO en forma combinada con psicoterapia conductual, pero se prefiere utilizar medicamentos tricíclicos con el objeto de disminuir los efectos colaterales.

En la actualidad se sugiere que la terapia conductual puede ser de utilidad para reducir el grado de expresión emocional de los familiares sobre los pacientes esquizofrénicos y evitar, junto con los medicamentos neurolépticos, las recaídas por sobreestimulación, además de proporcionar las condiciones para una adecuada rehabilitación.

Consideraciones generales

Hay ciertas divergencias de opinión en lo que se refiere al criterio de selección de pacientes si tomamos una posición más o menos estricta como sería la que propone Marks. Por lo que respecta a la población adulta, la terapia conductual puede ser de utilidad en alrededor del 10% de los pacientes psiquiátricos; utilizándose como el instrumento principal de cambio; en otras palabras, para el 90% restante se requerirá de otro tipo de tratamiento.

Siguiendo la posición de Marks, la psicoterapia conductual es el tratamiento de elección para pacientes con trastornos fóbicos, incluyendo las angustias sociales así como los rituales obsesivo-compulsivos. También puede ser de utilidad en las disfunciones psicosexuales, tales como la impotencia, la eyaculación precoz, la eyaculación tardía y la frigidez, el vaginismo y la dispareunia. Igualmente, puede ser benéfica en las desviaciones sexuales del tipo del exhibicionismo.

Hay otros trastornos de la población adulta en los que la psicoterapia conductual puede ser de utilidad, pero aún se requieren estudios controlados para evaluar su eficiencia. Este sería el caso de los pensamien-

tos obsesivos, a diferencia de los rituales obsesivos; de las deficiencias en las habilidades sociales, por ejemplo, la timidez, los problemas maritales sin dificultades sexuales; los trastornos de hábitos o de control de impulsos, por ejemplo, la tartamudez, arrancarse el cabello o la automutilación; los trastornos del apetito, tales como el caso de la anorexia nervosa o de la obesidad; la histeria conversiva y algunas formas de trastornos de la personalidad.

Los métodos conductuales pueden ser útiles en la rehabilitación social de algunos trastornos crónicos, tales como la esquizofrenia y algunos problemas de déficits orgánicos y de personalidad. En tales casos se utiliza habitualmente un enfoque operante que puede ser de utilidad como coadyuvante de otros métodos terapéuticos.

Hay ciertos trastornos en los que la psicoterapia conductual es de poca utilidad, como en los casos de esquizofrenia aguda, depresión profunda, hipomanía, y en todos aquellos pacientes en los que no se pueden establecer metas claramente definibles.

Por lo que se refiere a los niños, la psicoterapia conductual puede ser el tratamiento de elección en los casos de enuresis nocturna y de fobias. También puede ser de utilidad en la rehabilitación educacional de subnormales y en aquellos niños con problemas de aprendizaje. Se ha visto que ha sido de alguna utilidad en instituciones de rehabilitación para jóvenes delincuentes.

Quisiera referirme brevemente a los métodos indirectos de observación, que consisten en que en una forma conjunta con los pacientes se trate de especificar con precisión qué es lo que constituye una respuesta sistemática. Se ha visto que se puede obtener una información extremadamente útil acerca de la percepción subjetiva de los pacientes cuando ocurren algunas respuestas, por medio de sus propios reportes, es decir, cuando los pacientes llevan un record de la ocurrencia o del momento preciso en que aparecen los impulsos, tanto de conductas observables como de sentimientos y pensamientos. Este record puede determinar con claridad cuáles son las conductas internas "blanco" o conductas a modificar.

En muchas ocasiones, la conducta a modificar o "blanco", es obvia, por ejemplo, golpearse la cabeza. En otros casos no lo es, como en el caso de la timidez (evitar contacto visual, hablar con una voz suave y adoptar posturas corporales de sumisión). La gran cantidad de información que se acumula puede reunirse en una forma concisa y clara a través de una gráfica diaria de tendencias de patrones de conducta.

Una parte de los programas incluye aquellas tareas que los pacientes deben de realizar entre sesión y sesión, por lo que a veces se recomienda que las sesiones sean contingentes en el sentido de que los pacientes completen primero sus tareas y, posteriormente, se lleve a cabo la sesión. En algunos casos es recomendable que los miembros significativos de la familia participen en el programa terapéutico.

Por último, mencionaremos que la psicoterapia y la terapia conductual, como cualquier otro tipo de tratamiento, se realiza dentro de un marco familiar

y social que a su vez puede ser afectado con la mejoría del paciente. Es necesario, por lo tanto, que éste

siempre sea tomado en consideración.

REFERENCIAS

1. MARKS I M: En: Hersen y cols. Ed. *Progress in Behaviour Modification*, Academic Press. 65, Londres, 1975.
2. MARKS I M: Behavioural Psychotherapy, *Brit J Hosp Med*, 250-256, marzo 1976.
3. *Psychiatric Clinics of North America*, 1 (2), agosto 1978.
4. BIRK L: Behaviour therapy and behavioural psychotherapy. En: Nicholi, A. M., Ed. *The Harvard Guide to Modern Psychiatry*. Bel Knap Press & Harvard University Press, 1978.
5. WOLPE J: *The Practice of Behavior Therapy*, 2a. Edición. Pergamon General Psychology Series, 1973.
6. MARKS I M: The current status of behavioural psychotherapy. *Am J Psych*, 133 (3): 253-261, 1976.
7. MARKS I M: Perspective on flooding. *Semin Psychiatry*, Grune & Stratton. 4 (2): 129-138, Nueva York, 1972.
8. CAUTELA J: Covert sensitization. *Psychol Rep*, 20, 459, 1967.
9. LAZARUS A A: *Multimodal Behaviour Therapy*. Springer Pub. Co. Nueva York, 1976.
10. MASTERS W H, JONHSON V E: *Human Sexual Inadequacy*, Little Brown, Boston, 1970.
11. KAPLAN H S: *The New Sex Therapy*. Brunner/Mazel. Nueva York, 1974.
12. CROWE M J: Behavioural treatments in psychiatry. En: Granville-Grossman, Ed. *Recent Advances in Clinical Psychiatry 2*, Churchill Livingstone, Inglaterra, 1976.
13. BANCROFT J H J: Presentation to *Second Annual European Conference of Behaviour Therapy*. Wexford, Inglaterra, 1972.
14. MARMOR J: Dynamic psychotherapy and behaviour therapy. *Arch Gen Psych*, 24: 22-28, 1971.
15. BROWN M A: Psychodynamics and behaviour therapy. *Psychiatric Clinics of North America*, 1 (2): 435-448, 1978.
16. LIBERMAN Depression, a behavioural view. *Bethlem and Maudsley Gazzete*. Verano 18-23, Londres, 1976.
17. STERN R S: *Behaviour Therapy in the Psychiatric Setting*: Ed. Herson & Bellack, capítulo 2. The Williams & Wilkins Co. 140-157.