

TERAPIA DEL COMPORTAMIENTO: UNA BREVE RESEÑA DE SU ESTADO ACTUAL

LEONIDAS CASTRO CAMACHO.

Universidad Nacional de Colombia.

Es cada día más creciente el interés de los psicólogos por investigar áreas particulares de la Terapia del Comportamiento, lo cual se manifiesta en una especie de "explosión bibliográfica" que enriquece extraordinariamente a la Psicología como ciencia y como profesión. Desafortunadamente, de todo ese gran conjunto de hechos empíricamente verificados es muy poco, o casi nada, lo que se conoce en nuestros círculos científicos, posiblemente debido a las barreras idiomáticas existentes. Es, por lo tanto, el objetivo primordial de este artículo aclarar los conceptos ya existentes sobre la Terapia del Comportamiento y dar la información básica sobre el tema a las personas que no se hayan iniciado. No se pretende, desde luego, hacer un análisis exhaustivo de la materia, sino simplemente dar una idea muy general que sirva como introducción a un estudio más profundo para lo cual se proporciona una bibliografía relativamente completa al final del artículo. Aunque el temario es exactamente igual al presentado en una de las ponencias de la Mesa Redonda organizada por la Federación Colombiana de Psicología sobre Terapia del Comportamiento, en el presente artículo se tratará el tema un poco

más extensamente, ya que en la anterior oportunidad el tiempo fue muy corto.

Al entrar a estudiar el estado actual de la Terapia del Comportamiento nos damos cuenta de la imposibilidad de tratarlo en un vacío histórico: nos encontramos con un conjunto de raíces históricas que bien valen la pena ser analizadas. Nos detendremos, por lo tanto, a examinar brevemente la situación en la que surgió la Terapia del Comportamiento y los datos históricos más sobresalientes. A continuación se entrará a estudiar el tema principal, es decir, qué es, qué se está haciendo actualmente, a qué trastornos se está aplicando, etc. Finalmente intentaremos prever los posibles rumbos que tome en el futuro, según los resultados que ha dado hasta el momento.

Aspectos históricos.

Son muchas las aproximaciones que, a lo largo de la historia de la Psicología y de la Psiquiatría, se han hecho a la modificación del comportamiento anormal, pero ninguna de ellas con una vida tan corta y con una historia tan larga como la Terapia del Comportamiento. Aunque parezca paradójico, muchas de sus téc-

nicas las ha venido aplicando el hombre desde principios de su existencia sin conocer los principios teóricos subyacentes y sin elaborar una sistematización teórica dentro de la cual enmarcarlos. Curiosamente, se guiaba por uno de los pilares de la Terapia del Comportamiento: el refuerzo. En otras palabras, lo graba sus objetivos y tendía a repetirlos. Algo semejante sucedió con un principio de la física que establece que el desplazamiento de un cuerpo en el espacio depende, entre otros factores, de su forma: por ejemplo, los objetos alargados tienden a desplazarse más rápidamente que los esféricos. Así, pues, los indios americanos explotaron al máximo este principio en la construcción y manufactura de flechas, lo cual les dió un excelente resultado. Ellos, desde luego, no conocían el principio teórico subyacente, ni tenían sistematización alguna que ayudara a explicar el mejor funcionamiento de tales instrumentos, pero una cosa sí era cierta: les daba resultado. Claro está que su método no era científico y sobra decir que las técnicas basadas en presupuestos científicos son mucho más eficientes que las basadas en el sentido común, y es justamente éste el caso de la Terapia del Comportamiento.

La Terapia del Comportamiento se ha desarrollado fundamentalmente durante este siglo. Nació gracias a una triple insatisfacción por parte de algunos psicólogos (Yates, 1970).

1. Insatisfacción con la aproximación psiquiátrica ortodoxa. Debido probablemente a la formación predominantemente médica recibida por los psiquiatras se hizo una trasposición del llamado *Modelo Médico* a todo tipo de trastorno de comportamiento. Así como en determinada *enfermedad* ciertos gérmenes invadían el organismo, lo cual se manifestaba en signos indicativos de la causa subyacente, como por ejemplo la elevación de la temperatura, los cuales constituían los *síntomas*, así sucedía con las *"enfermedades mentales"* para las cuales había que buscar una *etiología* que iba

a indicar un tipo específico de *tratamiento* que preferiblemente debía ser llevado a cabo en un *hospital*. Si dicho tratamiento daba resultado se consideraba que el *paciente* estaba *curado*. Aunque la adopción de tal modelo médico trajo consigo ciertas ventajas, como por ejemplo conseguir que se les diera un mejor trato a los pacientes de los hospitales en el tiempo en que aún imperaba el modelo religioso y se les consideraba como "poseídos del demonio", fueron sin embargo, mayores las desventajas, lo cual impidió el desarrollo de un modelo adecuado de conducta anormal. (Szasz, 1960, 1961 a, 1961 b). El no funcionamiento de este modelo hizo que los psicólogos se preguntaran si no se estaría aplicando un modelo médico a un problema no-médico.

Además de la ineficacia del modelo médico aplicado a los trastornos de conducta, persistía el eterno problema del diagnóstico psiquiátrico. Una objeción sería hacia referencia a la confiabilidad. Los estudios realizados mostraban que el acuerdo entre varios psiquiatras respecto a un trastorno específico era ínfimo (Wittson, Hunt y Stevenson, 1946). Así, lo que para un psiquiatra era esquizofrenia para otro era manía. Un estudio posterior sobre 6.000 casos (Kreitman, 1961) reveló un 89% de acuerdo entre los psiquiatras para la categoría general de "psicosis funcional" y solamente un 46% para la categoría de "psicosis paranoide" Estas cifras indicaban claramente que no podíamos mostrarnos muy satisfechos ni optimistas con la confiabilidad del diagnóstico psiquiátrico. Paralela a esta objeción se formuló una segunda que hacía referencia a la validez de dicho diagnóstico. Era evidente la inexactitud y la consiguiente inoperancia de los modelos taxonómicos existentes, establecidos no por métodos objetivos y científicos sino por el tan frecuentemente utilizado "ojo clínico". Tales sistemas de clasificación solamente lograban "encajillar" a un paciente y darle un nombre que poco o nada significaba para el mis-

mo psiquiatra, nombre que lo acompañaría por el resto de su existencia. (Aquí sí posiblemente se entendía a cabalidad el alcance del significado de la palabra "paciente"). Además de esto, nadie se preocupaba por resolver *empíricamente* problemas tan fundamentales como si la psicosis es *cualitativamente* diferente de la normalidad o si hay una única dimensión de anormalidad (Ullmann y Krasner, 1965). Problemas de este tipo debían haberse tratado de resolver *empíricamente* y no mediante aproximaciones de sillón cuyos resultados además de carecer de utilidad eran contradictorios la mayoría de las veces. Para citar solamente un ejemplo, ¿en el esquema de Jung el histérico es extravertido mientras que en el de Kretschmer es introvertido! (Yates, 1970).

Aún suponiendo que el diagnóstico psiquiátrico fuera válido y confiable, cabía preguntarse acerca de su *utilidad*. En medicina general un diagnóstico cumple su función ya que da una idea acerca de la etiología de la enfermedad y del tipo de tratamiento que debe emplearse. Parece ser, sin embargo, que este no es el caso en los trastornos de comportamiento, ya que ni siquiera existe una idea relativamente unificada respecto a la naturaleza del tipo específico de trastorno que presenta determinado individuo. Y si, como dijimos más arriba, la única función que cumple el diagnóstico psiquiátrico es la de dar un nombre a un paciente, su utilidad es completamente nula. Es ésta precisamente una de las consecuencias de la aplicación de un modelo médico a un problema no médico. Por consiguiente, mientras no se intente resolver el problema dimensional, es difícil concebir un diagnóstico que tenga realmente alguna utilidad. Hasta el momento la aproximación más objetiva y científica y que ha dado resultados muy positivos ha sido la del Profesor H. J. Eysenck quien por medio del análisis factorial ha logrado identificar tres dimensiones básicas: neuroticismo, psicoticismo e introversión-extra-

versión cuyos rasgos han sido todos *operacionalmente* definidos (Eysenck, 1947, 1952 a, 1953, 1960 a, 1968).

2. Insatisfacción con la aproximación psicodinámica. Aunque nadie pretende menoscabar las contribuciones hechas por la teoría psicoanalítica a la modificación del comportamiento anormal, son muchos los principios metodológicos y teóricos que han provocado descontento en los círculos de la psicología científica.

A pesar de que dicha teoría rechazó el modelo médico, paradójicamente conservó algunos de sus más sobresalientes distintivos. Por ejemplo, la concepción del sintoma como indicativo de "conflictos inconscientes". Según la teoría psicoanalítica, el síntoma es un mecanismo de defensa *indispensable* utilizado por el Yo para su protección. Por consiguiente la simple supresión de un síntoma, a más de ser completamente inútil ya que la "causa" que lo provoca queda intacta, es perjudicial *porque elimina las defensas del Yo*. De esto se deriva, que el tratamiento psicoterapéutico debe dirigirse a "curar" la causa subyacente y de necesidad el síntoma deberá desaparecer, ya que no tendrá ninguna razón de ser. Esta formulación, como hipótesis, es válida y no hay nada que objetar. Sin embargo, puesto que la ciencia no se contenta con hipótesis no verificadas únicamente, fue conveniente someterlas al rigor experimental. Al hacerlo, sin embargo, la evidencia empírica no fue muy favorable. Los pacientes a los cuales "se les suprimieron los síntomas" o, dicho de otra forma, se les modificó el comportamiento, no presentaron reaparición ni sustitución de síntomas en los periodos de seguimiento. (Yates, 1958a). A este respecto Eysenck (1965) afirma: "Sea lo que fuere, no hay duda de que a la Terapia del Comportamiento no se le puede hacer esta objeción particular, y en realidad se podría argüir que el fracaso de la predicción psicoanalítica de reaparición de síntomas es uno de los más cruciales argumentos contra dicha teoría".

Los estudios realizados por el mismo autor sobre los efectos de la psicoterapia (Eysenck, 1952) contribuyeron en gran parte al descontento con la aproximación psicoanalítica. En su obra hizo caer en cuenta de la falacia metodológica "*post hoc, ergo propter hoc*", es decir, que las "curaciones" de pacientes neuróticos, se debían a la técnica psicoanalítica, por haber ocurrido después del tratamiento. Para ver qué tan en lo cierto estaba esta suposición hizo estudios con grupos experimentales a los cuales se les sometía a tratamiento psicoterapéutico y grupos de control, a los cuales no se les aplicaba ningún tipo de tratamiento psicoterapéutico. Los resultados no pudieron ser más reveladores: no se observaron diferencias significativas entre los dos grupos, en cuanto a mejoría se refería, es decir, después de cierto tiempo mejoraban y si se quiere, se "curaban", tanto los pacientes tratados con psicoterapia como los no tratados con ningún tipo de terapia, y es más, ¡en algunos grupos mejoraban más los grupos de control que los experimentales! Es conveniente citar a continuación la última de las conclusiones del trabajo de Eysenck:

"Con la única excepción de los métodos psicoterapéuticos basados en la teoría del aprendizaje, los resultados de investigaciones publicadas, con neuróticos civiles y militares y con adultos y niños, sugieren que los efectos terapéuticos de la psicoterapia son reducidos o nulos, y no añaden nada, en ninguna forma demostrable, a los efectos no específicos del tratamiento médico corriente o a ciertos hechos que ocurren en la vida cotidiana del paciente" (Eysenck, 1966). Ante la evidencia que mostraba la casi total ineficacia de los métodos psicoterapéuticos, se vio la inminente necesidad de adoptar un nuevo modelo más eficaz y más científico, que sí cumpliera su propósito.

Además de la ineficacia de la psicoterapia, existían problemas de índole metodológico: la mayor parte de las hipótesis psicoanalíticas estaban formuladas

en una forma tal que no eran susceptibles de refutarse empíricamente, y como es bien sabido, la refutabilidad es una de las principales características de las formulaciones científicas. Su formulación además no hacía posible la predicción —salvo en algunas excepciones, como la predicción de la reaparición de síntomas que ya tratamos—. Al respecto afirma Maher, hablando de uno de los conceptos de la teoría psicoanalítica: "El concepto de energía psíquica es esencialmente una ficción pintoresca que lo explica todo pero no predice nada" (Maher, 1966).

3. Insatisfacción con el papel del Psicólogo Clínico. El hecho varias veces mencionado aquí, de la adopción del modelo médico, hizo que el estudio de las "enfermedades mentales" fuese primordialmente función del médico. Como consecuencia, la labor del psicólogo, aceptada la mayor parte de las veces, se limitó a ser la de "*ayudante del psiquiatra*" con la casi exclusiva función de hacer diagnóstico, función que por lo general resultaba inútil ya que, como dijimos más arriba, no se estaba hablando el mismo vocabulario, y lo que para el psicólogo era una esquizofrenia, podía ser otra cosa para el psiquiatra. Además hay que tener en cuenta que la formación inherente del psicólogo da más bases e instrumentos para la modificación del comportamiento anormal. No se trata, sin embargo, de decir aquí cuál no debe ser la función del psicólogo clínico sino cuál *debe* ser su función. Yates (1970) al igual que muchos otros investigadores (Eysenck, 1947, 1952a; Lorr, 1964; Ullmann y Krasner, 1965) sugieren que la función primordial del psicólogo clínico debería ser la *investigación* en el campo de la conducta anormal, lo cual incluiría tanto experimentación como teorización. Como es bien sabido, en el campo de la psicopatología es poco lo que se ha hecho en investigación, primordialmente a causa de que los psiquiatras y psicólogos se han quedado en los aspectos clínicos, es decir,

aplicación de una serie de técnicas al caso individual y no se han preocupado de establecer principios teóricos en los cuales fundamentar su práctica clínica, mediante la investigación. Además de la investigación, el psicólogo clínico estaría capacitado para aplicar al caso individual todos aquellos principios derivados de su práctica experimental en cuanto a diagnóstico y terapia se refiere. Así, pues, el psicólogo clínico desempeñaría una doble función: a nivel científico y a nivel técnico. Estas dos funciones serían desde luego, complementarias entre sí.

Una vez vistas, en general, las circunstancias en las cuales nació y se desarrolló la Terapia del Comportamiento, podemos entrar a analizar datos históricos más concretos sobre su nacimiento. Sus orígenes se remontan a principios del presente siglo, en la psicología rusa. Pavlov, Bekhterev y otros científicos rusos fueron los pioneros, no sólo por haber llevado a cabo los famosos experimentos sobre condicionamiento, sino por haber aplicado, casi inmediatamente sus procedimientos experimentales al comportamiento anormal (Pavlov, 1932, 1933, 1941). Así, pues, examinando la bibliografía encontraremos que en la década del 20 ya se aplicaban los principios del condicionamiento a una amplia gama de trastornos de conducta: alcoholismo, depresión, trastornos sexuales, temores en los niños, etc. Esta serie de hechos nos indica que la Terapia del Comportamiento no nació en un vacío: sus raíces se encuentran suficientemente fortalecidas por la experimentación.

Más tarde, fueron surgiendo nuevas teorías cada vez más refinadas (Hull, 1943) que contribuyeron a dar más luz sobre los descubrimientos realizados por los científicos rusos. Los trabajos de Skinner (1938, 1953) constituyeron una de las más sobresalientes contribuciones hechas a la Terapia del Comportamiento y sirvieron de base a un gran número de técnicas de tratamiento de trastornos de conducta. También ejercieron una mar-

cada influencia los trabajos de Dollard y Miller (1950) en los cuales expresaban gran parte de los conceptos de la teoría psicoanalítica en términos de la teoría del aprendizaje y explicaban diversos trastornos de conducta según principios de condicionamiento tanto clásico como operante.

Si se quisiera marcar una fecha determinada como fecha del nacimiento de la Terapia del Comportamiento se podría señalar el año de 1958 cuando se publicó la primera obra sistemática sobre el tema: *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition* por el profesor Joseph Wolpe, psiquiatra sudafricano, uno de los principales iniciadores de la Terapia del Comportamiento, no sólo en los aspectos institucionales sino en muchas de sus técnicas (Wolpe, 1952, 1954, 1961; Wolpe y Lazarus, 1966). Su desarrollo ha tenido lugar principalmente en países de habla inglesa. En Inglaterra, Eysenck como Director del Departamento de Psicología del Instituto de Psiquiatría del Hospital Real de Maudsley ejerció una gran influencia no sólo mediante su teoría dimensional sino también a través de obras sistemáticas sobre el tema (Eysenck, 1960 b, 1964 c, 1965). Ineludible mencionar también la extraordinaria contribución del Profesor Shapiro como iniciador de diversos estudios (Shapiro, 1951, 1961 a, 1966), quien contribuyó a motivar e impulsar a varios psicólogos del Hospital en el interés por la Terapia del Comportamiento. En los Estados Unidos merece la pena mencionar el trabajo de Voetglin en la década del 40, la contribución, a la que nos hemos referido más arriba, de B. F. Skinner y los recientes estudios de Arnold Lazarus. Conviene anotar, además, que la Terapia del Comportamiento en Inglaterra se ha orientado más hacia aspectos teóricos y en su aplicación ha predominado el tratamiento de trastornos neuróticos, mientras que en los Estados Unidos la orientación ha sido menos teórica y se ha aplicado predominantemente a trastornos psicóticos.

Situación presente.

Comenzaremos esta segunda parte, aclarando el concepto de Terapia del Comportamiento. Sin embargo, siendo que no se puede hablar de definiciones *absolutas y únicas*, el concepto aquí presentado depende en gran parte de la situación en la que se presenta este artículo, y conviene tener presente que varias son las definiciones que se han dado de Terapia del Comportamiento (Wolpe, 1958, Eysenck, 1964 c; Wolpe y Lazarus, 1966; Ullmann y Krasner, 1966, Yates, 1970 a, b). No se podría decir cuál es la mejor, ya que todas se adecuan a las circunstancias y cumplen cada una su función.

Se considera la Terapia del Comportamiento como la aplicación al caso individual de métodos experimentales, primordialmente basados en la Teoría del Aprendizaje, con el fin de modificar el comportamiento en una dirección deseable.

Con el propósito de que no haya posibilidad de interpretar esta definición en formas diferentes, aclararemos cada uno de los términos allí empleados. En primer lugar, se hace referencia a la aplicación de la metodología experimental al caso individual. Es ésta una de las características más prominentes, por las que la Terapia del Comportamiento se distingue de otros tipos de terapia. Implica la realización de experimentos *debidamente controlados*, con el sentido que esta terminología tiene en la psicología experimental, para estudiar y modificar, si así es preciso, el comportamiento anormal de un individuo particular. Por consiguiente, el terapeuta del comportamiento deberá estar suficientemente versado en aspectos tanto teóricos como metodológicos de la psicología experimental que le permitan aplicar al caso individual, en una forma apropiada, los procedimientos experimentales. Deberá además estar familiarizado con el manejo de los instrumentos estadísticos que le permitan hacer una adecuada interpretación de los resultados. De esa

forma, la metodología experimental le permite al terapeuta del comportamiento, en primer lugar *controlar* la situación de tal forma que las inferencias que haga estén debidamente sustentadas, control que le permite realizar el objetivo propuesto, y en segundo lugar *predecir* con un margen de error conocido, determinados comportamientos del individuo. Desde luego, no se trata de afirmar que el método experimental sea infalible. Lo que sí se puede afirmar es que *nos permite saber dónde y cuándo se ha cometido un error*, lo que hace que lo podamos corregir. La diferencia está en que otros métodos no científicos no nos permiten la identificación de los errores, lo cual hace imposible su corrección.

El segundo aspecto básico de la definición, se refiere al papel fundamental que juega la Teoría del Aprendizaje. Hemos visto en la ponencia anterior los principios básicos de la Teoría del Aprendizaje, hemos visto también su influencia en el desarrollo histórico y veremos en la próxima ponencia cómo muchas de sus técnicas son la aplicación de principios de condicionamiento clásico y operante al campo del comportamiento anormal. Conviene notar, sin embargo, que aunque el modelo del aprendizaje es el principal, no es el único. Se han utilizado modelos tales como los servomecanicistas (Chase, 1965 a, 1965 b) y en general podríamos afirmar que el terapeuta del comportamiento aplica todos los conocimientos que le brinda la psicología general, la psicología fisiológica y disciplinas relacionadas en la modificación de la conducta. Esto hace indispensable, desde luego, que el terapeuta del comportamiento tenga un *pleno dominio* de la teoría del aprendizaje, sus leyes y todos los hechos experimentales que se han reunido hasta el momento y conozca suficientemente bien las otras áreas mencionadas, sin lo cual su práctica sería completamente ineficaz y carecería de un fundamento teórico que la sustentase.

Se habla, en tercer lugar de una modificación del comportamiento, y es éste un aspecto fundamental ya que entra en juego el criterio de modificación. Es decir, nos podemos hacer preguntas como, ¿modificar el comportamiento para qué?, ¿cuál comportamiento debe modificarse y cuál debe permanecer? etc. En realidad este problema es muy antiguo y no es específico de la Terapia del Comportamiento. Lo han tenido que enfrentar todos los métodos que se han ocupado de la conducta anormal. Estamos implícitamente tratando el problema de la así llamada "anormalidad". Aunque son muy numerosos los criterios que se han utilizado acerca de la conducta anormal, desde un criterio religioso hasta un criterio estadístico, en la Terapia del Comportamiento se suele adoptar un modelo de tipo adaptativo. Así, pues, si un individuo llega al consultorio de un psicólogo o de un psiquiatra es porque él u otros quieren que se modifique su comportamiento. A continuación trataremos más a fondo el concepto de conducta desadaptada.

Hay básicamente tres tipos de señales indicativas por las cuales podemos guiarnos en lo referente a conductas "anormales" o "desadaptadas" (Maher, 1966). En primer lugar un estado de insatisfacción, disgusto o infelicidad personales. Todos sabemos que el sentimiento de temor es desagradable, y si por ejemplo un individuo padece de un trastorno neurótico, como una fobia, y sufre de frecuentes sentimientos de ansiedad ante objetos que fácilmente la provocan, tratará de buscar la ayuda de un profesional para que "le solucione su problema". En segundo lugar ciertas reacciones de comportamiento que incapacitan al individuo para desempeñar sus funciones diarias. Por ejemplo el individuo que pierde todos sus puestos por estar continuamente bañándose las manos no se puede considerar como individuo suficientemente adaptado. En tercer lugar la pérdida de contacto con la realidad, como el paciente que en un hospital

ataca al médico "porque es un espía", nos indica un serio trastorno de conducta. Todos estos aspectos hacen referencia a un criterio de adaptación. El individuo desadaptado no cumple con lo que se espera de él, no responde a los estímulos realmente presentes o no obtiene los refuerzos mínimos necesarios. A este respecto, Ullmann y Krasner (1965) muy acertadamente aclaran el concepto: "La conducta desadaptada es la considerada como inadecuada por parte de aquellas personas claves que controlan los refuerzos en la vida de un individuo". Busca por consiguiente la Terapia del Comportamiento hacer que el individuo obtenga *al menos* el mínimo de refuerzos necesarios para su adaptación, previniendo o eliminando situaciones desagradables para el individuo y situaciones que hagan que el ambiente reaccione contra él.

De lo que se ha dicho hasta el momento, se puede sacar una conclusión de primordial importancia. *La conducta desadaptada es conducta aprendida*. Esto implica que como conducta aprendida, está sometida a las leyes del aprendizaje y básicamente surgió por un proceso de condicionamiento. Así, pues, hay un principio del condicionamiento que debe ser también válido para la conducta desadaptada. Se trata del principio de *extinción*. Entremos a considerar un ejemplo concreto sobre un tipo de comportamiento neurótico: una fobia. Según la teoría del aprendizaje, ésta se estableció por un proceso de condicionamiento de tipo clásico en el cual un estímulo incondicionado —la mordedura de una serpiente, por ejemplo— provocó una respuesta incondicionada simpática de temor —taquicardia, secreción de adrenalina, secreción de sudor, mayor conductibilidad eléctrica de la piel, etc.—. Como lo demuestran experimentos realizados sobre condicionamiento de temor, las respuestas condicionadas de este tipo son las más difíciles de extinguir (Miller, 1948). Más tarde, en situaciones similares, la visión de la serpiente que se

asoció con la situación desagradable de la mordedura, asume el papel de estímulo condicionado y va a provocar una respuesta condicionada de ansiedad similar a la producida en la situación original. Puesto que dicha conducta aprendida se rige, como ya mencionamos, por las leyes de aprendizaje, se puede presentar una generalización del estímulo, y la sola visión de unos zapatos de piel de serpiente o el imaginarse una serpiente, provocará reacciones simpáticas, de ansiedad en este caso, puesto que el estímulo original no está presente.

Sin embargo, así como esta conducta sufre el fenómeno de la generalización, también sufre el de la extinción. Es decir, si en sucesivas ocasiones se presenta el estímulo condicionado sin el estímulo incondicionado, la asociación existente entre los estímulos tenderá a debilitarse y la respuesta condicionada de ansiedad se extinguirá. En otras palabras, si presentamos la visión de la serpiente sin que se asocie con la mordedura, la ansiedad desaparecerá.

Aunque el ejemplo es un tanto sencillo, facilita en gran parte la comprensión del proceso. Desde luego que el comportamiento humano no presenta solamente este modelo sencillo de condicionamiento, sino que está sometido también a los fenómenos del aprendizaje instrumental y a la combinación de ambos tipos de condicionamiento (Mowrer, 1947). Esto no quiere decir, sin embargo, que el comportamiento complejo no sea susceptible de modificarse por procesos de nuevos aprendizajes. Una vez más, se ve el papel fundamental del aprendizaje en el comportamiento anormal, típico de las conductas neuróticas y con una gran influencia en las conductas psicóticas. No se pretende afirmar que en el comportamiento *psicótico* solamente han intervenido factores de aprendizaje, pues parece haberse establecido con un relativo índice de certeza la influencia genética en procesos metabólicos a nivel cortical (Watson, 1956, 1965; Woolley, 1962; Costa, 1958; Gre-

gory, 1960; Maher, 1966). Tampoco se puede negar la influencia del aprendizaje en dichas conductas, ya que según se ha deducido de numerosos experimentos el psicótico sí es capaz de aprender, aunque con mayor lentitud (Franks, 1960). Los trabajos de Ayllon, psicólogo boliviano especialista en Terapia del Comportamiento con pacientes psicóticos, demuestran que sí es posible modificar el comportamiento de un psicótico (Ayllon, 1963, 1965; Ayllon y Azrin, 1965). No nos detendremos más en este aspecto ya que la última ponencia tratará con mayor detalle el tema.

La Terapia del Comportamiento se ha aplicado a una amplia gama de trastornos de conducta. Nos limitaremos a citarlos ya que el análisis detallado de su aplicación a cada uno de ellos, está fuera del propósito del presente artículo: enuresis y encopresis, tartamudeo, fobias, obsesiones y compulsiones, histerias, tics, delincuencia, psicopatía y criminalidad, trastornos sexuales, psicosis en niños, psicosis en adultos, alcoholismo, adicción a drogas, deficiencia mental y trastornos "normales" de gente "normal" (insomnio, hábito de fumar, etc.). (Yates, 1970). Conviene anotar que la Terapia del Comportamiento no utiliza una técnica universal de terapia para todo tipo de trastorno, sino que las técnicas empleadas *dependen de* el tipo de trastorno. Así, pues, la creencia difundida de que la Terapia del Comportamiento sólo "cura fobias" no tiene ningún fundamento empírico y lo único que revela es una total ignorancia sobre el tema.

Una pregunta que puede surgir ahora es, ¿qué entienden los terapeutas del comportamiento por éxito en la terapia? Puesto que se trata de modificar el comportamiento: suprimir o hacer que se extingan ciertas conductas o hacer que se aprendan nuevos hábitos, la evaluación es clara y objetivamente registrable, precisamente porque se trata de *comportamiento observable* y no de entes inobservables. A algunos podrá parecer que así como la evaluación en otros tipos de

psicoterapia está distorsionada por la subjetividad del terapeuta, en la Terapia del Comportamiento ocurre otro tanto. Sin embargo este no es el caso. Dijimos anteriormente que la Terapia del Comportamiento no se puede separar de la metodología experimental, y esto también es válido para la evaluación de los resultados. Antes de la terapia, se definen clara y objetivamente los criterios de éxito en cada caso particular, se hacen estudios pre y post terapéuticos, se utilizan, generalmente en investigaciones cuyo propósito fundamental es evaluar los resultados, grupos experimentales y grupos de control para constatar estadísticamente si las diferencias entre uno y otro son o no significativas. Desde luego, también hace parte de los métodos de evaluación el seguimiento del paciente. En varios estudios se ha seguido al paciente hasta por más de diez años para verificar la reaparición del mismo trastorno. Es, sin embargo, tan extensa la literatura sobre el tema que aquí nos limitamos a citar el hecho.

En sus aspectos institucionales, la Terapia del Comportamiento ha avanzado también con bastante rapidez: siendo relativamente joven, ya lleva recorrido un camino que otras teorías recorrieron en un tiempo mucho mayor. En cuanto a entrenamiento se refiere, en las principales universidades del mundo existen actualmente programas a nivel de postgrado con el fin de entrenar psicólogos para el ejercicio de la Terapia del Comportamiento en su vida profesional. En los Estados Unidos la mayor parte de las universidades con programas del doctorado en psicología clínica, tienen entrenamiento en Terapia del Comportamiento. En Alemania, en el Instituto Max-Planck en el nuevo programa de entrenamiento para psicólogos clínicos se ha abierto un nuevo panorama en cuanto a Terapia del Comportamiento se refiere, en contraposición a la psicoterapia (Brenghelmann, 1968); en Inglaterra existen programas de entrenamiento en varias universidades, siendo la principal

en esa área la Universidad de Londres. En Latinoamérica, la Universidad de Veracruz (México) ofrece cursos para graduados, con el propósito de formar *investigadores* en Terapia del Comportamiento optando a los títulos de Maestría en Ciencias y Doctorado en Ciencias.

En 1966 el Profesor Wolpe y algunos colegas fundaron la Asociación para el Avance de la Terapia del Comportamiento, cuyo propósito es promover el interés por la aplicación a la clínica de los principios de modificación del comportamiento. Hasta comienzos del presente año, contaba con 641 miembros y con seccionales fuera de los Estados Unidos donde se encuentra la sede, en Canadá, Checoslovaquia, Inglaterra, Alemania, Japón, México y Holanda. Además de esta asociación existen en las principales ciudades de los Estados Unidos (no tengo hasta el momento noticias adicionales sobre otros sitios) Centros de Modificación del Comportamiento en los cuales psicólogos y psiquiatras entrenados, prestan sus servicios profesionales como terapeutas del comportamiento al mismo tiempo que realizan investigaciones en ese campo.

Actualmente existen tres revistas dedicadas exclusivamente a la publicación de artículos y experimentos sobre Terapia del Comportamiento. Son ellas: *Behaviour Research and Therapy* editada por H. J. Eysenck en Inglaterra, *Behavior Therapy* publicada por la Asociación para el Avance de la Terapia del Comportamiento cuyo primer número se publicó a principios del presente año y el *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* dirigida principalmente a psiquiatras con pocos conocimientos sobre los principios de la modificación del comportamiento. El *Journal of Applied Behavior Analysis* publica un gran número de experimentos no solamente sobre Terapia del Comportamiento, sino también sobre el tema más amplio de la Ingeniería del Compor-

tamiento. En realidad, la bibliografía sobre la materia ha aumentado tanto últimamente, que no se exageraría al decir que se publican algo más de 300 artículos cada año, sin contar libros ni monografías.

Tendencias futuras.

Es realmente amplio el campo abierto por la Terapia del Comportamiento en el área de la conducta anormal y si tratamos de vislumbrar su futuro, podemos hacerlo con optimismo, basados en los resultados obtenidos: en efecto, si repasamos su historia nos daremos cuenta de que su campo de acción se ha ido ampliando cada vez más y en este momento nada nos impide pensar que esto seguirá sucediendo. Hemos visto un rápido y vertiginoso desarrollo en el pasado que augura un desarrollo semejante en el futuro. Se están haciendo intentos de aplicarla a nuevos campos de acción (Lazarus, 1968) y no veo obstáculo alguno para su aplicación a trastornos psicósomáticos en los que interviene el Sistema Nervioso Autónomo, según lo demuestran los experimentos del Profesor N. E. Miller y sus colaboradores (Di Cara, 1970) sobre condicionamiento instrumental de respuestas autónomas tales como el ritmo cardíaco, la presión sanguínea, los movimientos intestinales, la concentración de orina, etc. Se logró además modificar la actividad eléctrica de centros cerebrales superiores mediante la aplicación de refuerzo directo por cambios en la actividad eléctrica cerebral.

El futuro de la Terapia del Comportamiento, sin embargo, está en las manos de los psicólogos mismos: si se pierde de vista su característica distintiva, la metodología experimental está condenada a convertirse en "otra escuela más". Todavía es mucho lo que queda por hacer y el campo está abierto a la investigación y a la experimentación.

Conclusión.

Una propiedad de la ciencia, observable a través de toda su historia, es su dinamismo: su capacidad de avanzar y de cambiar. Nuevas teorías vienen a reemplazar a otras ya revaluadas, se reformulan los principios y se perfeccionan los sistemas. No se podría concebir una ciencia estática, inmodificable, absoluta.

La Terapia del Comportamiento como hemos visto a lo largo de esta breve reseña, representa un nuevo enfoque en el campo del tratamiento de la conducta anormal. No es deseable, sin embargo, dejarse deslumbrar por un momentáneo entusiasmo que solamente obstaculizaría el avance de nuevos enfoques. Estos tienden a ser recibidos con indiferencia y escepticismo por parte de algunos o con exagerado entusiasmo por parte de otros. Es necesario mantener las debidas proporciones y entrar a analizar objetiva y detenidamente, con una mentalidad científica, los nuevos métodos, sin asumir la actitud insensata de rechazarlos por el solo hecho de no ser los conocidos, ni de acogerlos por el solo hecho de ser nuevos. Si, con un criterio científico, se encuentra que un método da más resultado que otro, lo cual repercute en beneficio de muchos individuos, no se dudará en emplear el más eficaz para modificar su comportamiento considerado como desadaptado.

La Terapia del Comportamiento nos brinda las garantías que brinda el método científico. No es una panacea ni pretende serlo. Es una alternativa con bases más sólidas que otras que contribuirían a que la psicología clínica no degenerara en un híbrido de "intuición e imaginación" sino que se rigiera por los métodos de la ciencia natural.

Es de esperar, que estas reflexiones hallen eco en nuestros medios científicos y se comience un estudio serio, detallado y objetivo para estar en capacidad de hacer contribuciones originales tanto a nuestra sociedad como a nuestra ciencia.

REFERENCIAS

- American Psychological Association. *Graduate Study in Psychology: 1970-71*, Washington, D. C.: Author, 1969.
- AYLLON, T. Intensive treatment of psychotic behavior by stimulus satiation and food reinforcement. *Behav. Res. Ther.*, 1963, 1, 53-61.
- AYLLON, T. Some behavioral problems associated with eating in chronic schizophrenic patients. En Ullmann, L. P. & Krasner, L. (eds.). *Case studies in behavior modification*. New York: Holt, 1965, pp. 73-77.
- AYLLON, T. & AZRIN, N. H. The measurement and reinforcement of behavior of psychotics. *J. exp. Anal. Behav.*, 1965, 8, 357-383.
- AZRIN, N. H. & HOLTZ, W. C. Punishment. In Honig, W. K. (ed.). *Operant behavior: areas of research and application*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1966, pp. 380-447.
- BINDRA, D. *Motivation: a systematic reinterpretation*. New York: Ronald Press, 1959.
- BRAUN, J. R. (ed.). *Clinical Psychology in transition: a selection of articles from the American Psychologist*. Cleveland: Howard Allen, 1961.
- BRENGELMANN, J. C. La formación del psicólogo clínico. *Revista de Psicología*. Bogotá, 1968, 13, 5-15.
- CHASE, R. A. An information-flow model of the organization of motor activity: I. Transduction, transmission and central control of sensory information. *J. nerv. ment. Dis.*, 1965, 140, 239-251 (a).
- CHASE, R. A. An information-flow model of the organization of motor activity: II. Sampling, central processing and utilization of sensory information. *J. nerv. ment. Dis.*, 1965, 140, 334-350 (b).
- COSTA, E. & APRISON, M. H. Distribution of intracarotid by injected serotonin in the brain. *Amer. J. Physiol.*, 1958, 192, 95-100.
- DI CARA, L. V. Learning in the Autonomic Nervous System, *Scient. Am.*, 1970, 221, 30-39.
- DOLLARD, J. & MILLER, N. E. *Personality and Psychotherapy*. New York: McGraw-Hill, 1950.
- EYSENCK, H. J. *Dimensions of Personality*. London: Routledge and Kegan Paul, 1947.
- EYSENCK, H. J. Function and training of the clinical psychologist. *J. ment. Sci.*, 1950, 96, 710-725.
- EYSENCK, H. J. *The scientific study of personality*. London: Routledge and Kegan Paul, 1952 (a).
- EYSENCK, H. J. The effects of Psychotherapy: an evaluation. *J. consult. Psychol.*, 1952, 16, 319-324 (b).
- EYSENCK, H. J. Psychiatric diagnosis as a psychological and statistical problem. *Psychol. Rep.*, 1955, 1, 3-17 (c).
- EYSENCK, H. J. *The dynamics of anxiety and hysteria*. London: Routledge and Kegan Paul, 1957.
- EYSENCK, H. J. (ed.). *Handbook of Abnormal Psychology*. London: Pitman, 1960.
- EYSENCK, H. J. The nature of Behavior Therapy. In Eysenck, H. J. (ed.). *Experiments in behavior therapy*. London: Pergamon, 1964, pp. 1-15.
- EYSENCK, H. J. & RACHMAN, S. *The causes and cures of neurosis*. London: Routledge and Kegan Paul, 1965.
- EYSENCK, H. J. *Fact and Fiction in Psychology*. London: Penguin, 1965.
- EYSENCK, H. J. *Behavior Therapy and the Neurosis*. London: Pergamon, 1960, (b).
- EYSENCK, H. J. *The effects of psychotherapy*. New York: The International Science Press, 1966, pp. 39-40.
- EYSENCK, H. J. & EYSENCK, S. B. G. *Personality, structure and measurement*. London: Routledge and Kegan Paul, 1968.
- EYSENCK, H. J. *The structure of human personality*. (3th. ed.). London: Methuen, 1970.
- FRANKS, C. M. Conditioning and abnormal behavior. En Eysenck, H. J. (ed.). *Handbook of abnormal psychology*. London: Pitman, 1960, pp. 457-487.
- GREGORY, I. Genetic factors in schizophrenia. *Amer. J. Psychiat.*, 1960, 116, 961-972.
- HALL, J. F. *The psychology of learning*. New York: Lippincott, 1966.
- HILGARD, E. R. *Theories of Learning*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1948.
- HULL, C. L. *The principles of behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1943.
- HUSSAIN, A. Behavior Therapy in 105 cases. In Wolpe, J., Salter, A. & Reyna, L. J. (eds.). *The conditioning therapies: the challenge in psychotherapy*. New York: Holt, 1963, pp. 54-61.
- JONES, H. G. Applied abnormal psychology: the experimental approach. En Eysenck,

- H. J. *Handbook of abnormal psychology*. London: Pitman, 1960, pp. 764-781.
- KRASNOGORSKI, N. I. The conditioned reflexes and children's neuroses. *Amer. J. Dis. Child.*, 1925, 30, 753-768.
- KREITMAN, N. The reliability of psychiatric diagnosis. *J. ment. Sci.*, 1961, 107, 876-886.
- KREITMAN, N., SAINSBURY, P., MORRISEY, J. & SCRIVENOR, J. The reliability of psychiatric assessment: an analysis. *J. ment. Sci.*, 1961, 107, 887-908.
- LAZARUS, A. A. Crucial procedural factors in desensitization therapy. *Behav. Res. Ther.*, 1964, 2, 65-70.
- LAZARUS, A. A. Behavior rehearsal vs. nondirective therapy vs. advice in effecting behavior change. *Behav. Res. Ther.*, 1966, 4, 209-212.
- LAZARUS, A. A. Learning theory and the treatment of depression. *Behav. Res. Ther.*, 1968, 6, 83-89.
- LORR, M., MCNAIR, D. M. & KLETT, C. J. *Syndromes of psychosis*. London: Pergamon, 1964.
- MAHER, B. A. *Principles of psychopathology*. New York: McGraw-Hill, 1966.
- MASSERMAN, J. H. *Behavior and neurosis*. Chicago: Univer. of Chicago Press, 1943.
- MILLER, N. E. Studies of fear as an acquirable drive. I. Fear as motivation and fear-reduction as reinforcement in the learning of new responses. *J. exp. Psychol.*, 1948, 38, 89-101 (a).
- MILLER, N. E. Theory and experiment relating psychoanalytic displacement to stimulus-response generalization. *J. abnorm. soc. Psychol.*, 1948, 43, 155-178 (b).
- MOWRER, O. H. On the dual nature of learning—A re-interpretation of "conditioning" and "problem-solving". *Harv. educ. Rev.*, 1947, 17, 102-148.
- MOWRER, O. H. Sin: the lesser of two evils. *Amer. Psychol.*, 1960, 15, 301-304.
- O'NEIL, W. H. The relation of clinical and experimental methods in psychology. *Brit. J. Med. Psychol.*, 1953, 26, 158-162.
- PAVLOV, I. P. *Conditioned reflexes* (trans. by G. V. Anrep). London: Oxford University Press, 1927.
- PAVLOV, I. P. *Lectures on conditioned reflexes* (trans. by W. H. Grantt). New York: Internat. Univer. Press, 1928.
- PAVLOV, I. P. Neuroses in man and animals. *J. Amer. Med. Assoc.*, 1932, 99, 1012-1013.
- PAVLOV, I. P. Essai d'une interprétation physiologique de l'hystérie. *Encéphale*. 1933, 28, 285-293.
- PAVLOV, I. P. An attempt at a physiological interpretation of obsessional neurosis and paranoia. *J. ment. Sci.*, 1934, 80, 187-197.
- PAVLOV, I. P. *Conditioned reflexes and psychiatry* (trans. by W. H. Grantt). New York: Internat. Univer. Press, 1941.
- SCHMIDT, H. O. & FONDA, C. P. The reliability of psychiatric diagnosis: a new look. *J. abnorm. soc. Psychol.*, 1956, 52, 262-267.
- SHAPIRO, M. B. An experimental approach to diagnostic psychological testing. *J. ment. Sci.*, 1951, 97, 748-764.
- SHAPIRO, M. B. A method of measuring psychological changes specific to the individual psychiatric patient. *Brit. J. med. Psychol.*, 1961, 34, 151-155 (a).
- SHAPIRO, M. B. The single case in clinical-psychological research. *J. gen. Psychol.*, 1966, 74, 3-23.
- SPENCE, K. W. *Behavior theory and conditioning*. New Haven: Yale Univ. Press, 1956.
- SKINNER, B. F. *The behavior of organisms*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1938.
- SKINNER, B. F. *Science and Human Behavior*. New York: MacMillan, 1953.
- SKINNER, B. F. *Verbal behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1957.
- SZASZ, T. The myth of mental illness. *Amer. Psychol.*, 1960, 15, 113-118.
- SZASZ, T. The uses of naming and the origin of the myth of mental illness. *Amer. Psychol.*, 1961, 16, 59-65 (a).
- SZASZ, T. S. *The myth of mental illness*. New York: Hoeber, 1961 (b).
- ULLMANN, L. P. & KRASNER, L. (eds.). *Case studies in behavior modification*. New York: Holt, 1965.
- WATSON, G. Is mental illness mental? *J. Psychol.*, 1956, 41, 323-334.
- WATSON, G. Differences in intermediary metabolism in mental illness. *Psychol. Rep.*, 1965, 17, 563-582.
- WATSON, J. B. Behaviorism and the concept of mental disease. *J. Philos. Psychol. Scient. Meht.*, 1916, 13, 587-597.
- WATSON, J. B. & RAYNER, R. Conditioned emotional reactions. *J. exp. Psychol.*, 1920, 3, 1-14.
- WITTON, C. L., HUNT, W. L. & STEVENSON, I. A follow-up study of neuro-psychiatric screening. *J. abnorm. soc. Psychol.*, 1946, 41, 79-82.

- WOLPE, J. *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford Univer. Press, 1958.
- WOLPE, J. Experimental neurosis as learned behavior. *Brit. J. Psychol.*, 1952, 43, 243 - 268.
- WOLPE, J. Reciprocal inhibition as the main basis of psychotherapeutic effects. *Arch. Neurol. Psychiat.*, 1954, 72, 205 - 226.
- WOLPE, J. The systematic desensitization treatment of neuroses. *J. nerv. Ment. Dis.*, 1961, 132, 189 - 203.
- WOLPE, J. & LAZARUS, A. A. *Behavior therapy techniques*. Oxford: Pergamon, 1966.
- WOLPE, J. & RACHMAN, S. Psychoanalytic "evidence": a critique based on Freud's case of Little Hans. *J. nerv. ment. Dis.*, 1960, 130, 135 - 148.
- WOOLLEY, D. W. *The biochemical bases of psychoses*. New York: Wiley, 1962.
- YATES, A. J. Symptoms and symptom substitution. *Psychol. Rev.*, 1958, 65, 371 - 374 (a).
- YATES, A. J. The application of learning theory to the treatment of tics. *J. abnorm. soc. Psychol.*, 1958, 56, 175 - 182 (b).
- YATES, A. J. Psychological deficit. *Ann. Rev. Psychol.*, 1966, 17, 111 - 144.
- YATES, A. J. *Behavior Therapy*. New York: Wiley, 1970, a.
- YATES, A. J. La definición de terapia conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 1970, 2, 113 - 121.