



Revista Latinoamericana de Psicología  
ISSN: 0120-0534  
direccion.rlp@konradlorenz.edu.co  
Fundación Universitaria Konrad Lorenz  
Colombia

Yates, Aubrey J.  
La Definición de Terapia Conductual  
Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 2, núm. 2, 1970, pp. 113-121  
Fundación Universitaria Konrad Lorenz  
Bogotá, Colombia

Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80502202>

- ▶ How to cite
- ▶ Complete issue
- ▶ More information about this article
- ▶ Journal's homepage in redalyc.org

REVISTA LATINOAMERICANA DE PSICOLOGIA  
1970                    Volumen 2-No. 2            113 - 122

## LA DEFINICION DE TERAPIA CONDUCTUAL

Aubrey J. Yates

*University of Western Australia*

*Eysenck's definition of behavior therapy as "the attempt to alter human behavior and emotion in a beneficial manner according to the laws of modern learning theory" is criticized and an alternative definition which stresses the application of the experimental method to the study of the individual patient is offered. It is argued that this definition more adequately represents those features of behavior therapy which clearly distinguish it from other therapies which may also make use of learning theory.*

### LA DEFINICION DE EYSENCK

Eysenck (1964) definió terapia conductual como "el intento de cambiar el comportamiento humano y la emoción en forma benéfica según las leyes de la moderna teoría del aprendizaje". Esta definición se ha citado muchas veces y se ha aceptado generalmente. Por esto Wolpe y Lazarus (1966) afirman que "el objetivo de la terapia conductual es siempre cambiar los hábitos que se consideran indeseables. El logro de este objetivo depende de la aplicación de una o más de las tres catego-

rías de operaciones del condicionamiento". Las tres categorías, que los autores discuten a continuación, son el contracondicionamiento, el recondicionamiento positivo, y la extinción experimental.

La definición de terapia conductual dada por Eysenck la han aceptado implicitamente los autores que, teniendo simpatías por los objetivos de la terapia conductual, poseen un marco de referencia más ecléctico (por ejemplo Phillips y Wiener, 1966; Wolberg, 1966). Para usar la terminología de N. R. F. Mair, la definición que Eysenck da de terapia conductual parece haberse "cristalizado prematuramente". Más aún, como mostraré más adelante, varias objeciones serias pueden presentarse en contra del énfasis dado por Eysenck a la teoría del aprendizaje y sus aplicaciones como características fundamentales de la terapia conductual. El objetivo de este artículo es llamar la atención sobre estas dificultades y proponer una definición diferente de terapia conductual que refleja su desarrollo histórico en Inglaterra y la distingue claramente de otras formas de terapia que también pueden hacer uso de la teoría del aprendizaje.

#### CRITICA DE LA DEFINICION DE EYSENCK

Las siguientes objeciones específicas pueden presentarse contra la definición de terapia conductual dada por Eysenck:

1. Presupone que todas las formas de comportamiento anormal se adquieren por experiencias de aprendizaje y que pueden entenderse mejor en términos de los modelos o de las teorías del aprendizaje.
2. Presupone que los únicos procedimientos válidos para modificar las anormalidades del comportamiento deben basarse en la aplicación del conocimiento empírico y teórico del proceso del aprendizaje, de modo que estas aplicaciones resulten en un "des-aprendizaje" del comportamiento anormal (con o sin el aprendizaje concomitante de nuevos patrones de respuestas más adaptativos).

Por otra parte ciertas objeciones generales pueden presentarse contra la definición de Eysenck de terapia conductual:

1. Restringue a los especialistas en terapia conductual al uso de sólo una pequeña porción del conocimiento y teoría que constituye la psicología moderna, o sea la porción que se refiere al proceso de aprendizaje (o a los otros procesos en los cuales el aprendizaje toma parte).

2. Es incapaz de distinguir claramente terapia conductual de otras formas de terapia que también hacen uso del conocimiento y teoría que se posee sobre el proceso del aprendizaje (por ejemplo el enfoque de Phillips y Wiener, 1966).

3. Se basa en una concepción fundamentalmente errada de la naturaleza esencial de la terapia conductual, la cual puede distinguirse en forma inequívoca de otras terapias (que también usan la teoría del aprendizaje) por medio de un rasgo específico no presente en la definición de Eysenck (rasgo característico que se presentará más adelante).

4. Finalmente, no toma en cuenta el desarrollo histórico de la terapia conductual en Inglaterra (Yates, 1970).

Por todas estas razones, la definición que Eysenck da de terapia conductual es incompleta, desorientadora e inexacta, y debe descartarse. Con el fin de entender cómo se llegó a esta conclusión, es necesario referirnos al desarrollo histórico de la terapia conductual en Inglaterra entre 1950 y 1960, y en particular al desarrollo llevado a cabo por Shapiro del estudio experimental del caso individual.

#### SHAPIRO Y EL ESTUDIO EXPERIMENTAL DEL CASO INDIVIDUAL

El desarrollo de la terapia conductual en Inglaterra surgió de consideraciones negativas relacionadas con las prácticas corrientes en la psicología clínica inmediatamente después de la segunda guerra mundial, y también de ideas positivas desarrolladas por Shapiro en relación con las funciones del psicólogo clínico.

En primer lugar, el desagrado con el rol del psicólogo clínico en esa época derivaba de diversas fuentes, entre las cuales merecen citarse: la futilidad de los procedimientos de diagnóstico, cuyos resultados habían tenido pocas implicaciones, o no las habían tenido en absoluto, sobre la etiología, el tratamiento y la pronóstico de las varias formas de comportamiento anormal; el marco de referencia psiquiátrico, más que psicológico, dentro del cual trabajaban la mayoría de los psicólogos clínicos en esa época por lo cual podrían haberse considerado como pseudo-psiquiatras más que como profesionales independientes; la futilidad del enfoque de "batería" que se manifestaba en la obra de Rappaport y Shafer; la falta de validez de las pruebas proyectivas, suficientemente demostrada y la futilidad de la aplicación rutinaria de los tests.

En el aspecto positivo, Shapiro hizo dos importantes contribuciones al rol del psicólogo clínico. Primero, afirmó que en vez de intentar responder a las preguntas formuladas por los psiquiatras, que eran unos ignorantes (en esa época) de los importantes desarrollos de la psicología moderna, los psicólogos clínicos deberían tratar de formular sus propias preguntas en relación con el paciente, y deberían considerarse no como agentes del psiquiatra sino como investigadores independientes (aunque colaboraran con el psiquiatra), y que deberían usar sus propios conocimientos y habilidades como psicólogos. En segundo lugar Shapiro insistió en que la tarea del psicólogo clínico debe ser tratar el paciente individual como si se tratara de un sujeto de investigación experimental, con el cual se pudieran formular y probar hipótesis específicas para explicar las anormalidades del comportamiento que se observaban. Tales hipótesis podrían derivarse del comportamiento del paciente, de estudio del caso, de informaciones dadas por los parientes, y así sucesivamente. El hecho esencial en el enfoque de Shapiro era el énfasis en la investigación experimental del paciente como individuo. Al realizar sus investigaciones el psicólogo clínico podría esperarse que se basara en el inmenso cuerpo de conocimientos que constituye la psicología contemporánea. Un corolario importante de este enfoque era que la validez de los resultados de la investigación experimental debería determinarse no estudiando muchos sujetos colocados en grupos de experimentación y grupos de control sino viendo si los resultados experimentales podían deducirse en forma lógica de la hipótesis inicial. Por lo tanto la validez podría determinarse "internamente", dentro del estudio experimental en cuestión (los resultados negativos podrían ser, claro está, tan importantes como los positivos).

El desarrollo de este enfoque fue lento y difícil y ocupó un período de cinco años (1950-1955). Gran cantidad de trabajos experimentales realizados durante este período no se han publicado (aunque algunos de ellos se describen en Jones, 1960), y otros se publicaron como ejemplos de este enfoque (Bartlett y Shapiro, 1956). El mismo Shapiro describió su enfoque en detalle en una larga serie de artículos (Shapiro, 1951, 1961 a, 1961 b, 1963, 1966; Shapiro, Marks y Fox, 1963; Shapiro y Nelson, 1955; Shapiro y Ravenette, 1959).

Hasta ahora no hemos mencionado la terapia conductual. Los primeros esfuerzos se realizaron con el fin de formular una hipótesis y pro-

barla experimentalmente para describir, medir, y explicar el desorden que afectaba al paciente. Debe ser claro, sin embargo, que este es solamente un paso muy pequeño en la siguiente pregunta: si puede aplicarse el método experimental al paciente individual con el fin de explicar la génesis y el mantenimiento de su problema, ¿por qué no se aplica el mismo enfoque para modificar este comportamiento anormal? Y de hecho, se dió este paso, como puede verse al referirse a los primeros trabajos de terapia conductual aplicada a las anormalidades de comportamiento individuales tales como la frecuencia excesiva de orinar (Jones, 1956), las fobias (Meyer, 1957) y los tics (Yates, 1958).

### UNA DEFINICION DE TERAPIA CONDUCTUAL

Teniendo presente estas consideraciones, podemos formular una definición de terapia conductual que es muy distinta de la dada por Eysenck:

*Terapia conductual es el intento de utilizar sistemáticamente el cuerpo de conocimientos empíricos y teóricos que resultan de aplicar el método experimental en psicología y en disciplinas afines (fisiología y neurofisiología) con el fin de explicar la génesis y el mantenimiento de los patrones de conducta anormales; y aplicar este conocimiento al tratamiento o prevención de tales anormalidades por medio de estudios experimentales controlados que se llevan a cabo en el paciente individual.*

### IMPLICACIONES DE ESTA DEFINICION

La anterior definición tiene varias implicaciones muy claras que no se encuentran en la definición de Eysenck y que dan luces sobre la diferencia existente entre terapia conductual y otras formas de terapia.

1. Debe notarse que no se menciona la teoría del aprendizaje en esta definición. Sin duda alguna, la definición implica que la terapia del

comportamiento no es la aplicación de la teoría del aprendizaje o de cualquier otra clase de teoría a la modificación del comportamiento. Es más bien la prescripción de una metodología, a saber la investigación experimental del caso individual. Debe notarse cuidadosamente que la prescripción metodológica de Shapiro no ha de confundirse con el método "clínico" como se practica en medicina (por ejemplo en el examen neurológico que lleva a cabo el neurólogo), porque esta última no es experimental en el sentido usado por Shapiro.

2. La definición implica que los problemas del paciente pueden proceder de causas diferentes a las que se relacionan o determinan por el aprendizaje: y que modelos teóricos para la explicación y el tratamiento pueden derivarse razonablemente de cualquier parte del cuerpo de conocimiento de la psicología. Por ejemplo, mientras que la teoría del aprendizaje se ha usado para explicar y curar el comportamiento de tartamudear, es posible también conceptualizar el tartamudeo como una alteración en un sistema de servomecanismo, en el cual los canales de feedback están fuera de fase y por lo tanto proporcionan información errada sobre la emisión de las unidades del lenguaje. (Yates, 1963). No se trata de negar, claro está que la teoría del aprendizaje haya jugado un papel de tremenda importancia en la terapia conductual. Pero esto puede resultar ser un accidente histórico, consecuencia del altísimo grado de desarrollo en el cual se encuentra la psicología del aprendizaje, mucho mayor del de cualquier otra área de la psicología. Sin embargo identificar la terapia conductual con la aplicación de la teoría del aprendizaje, como hizo Eysenck, es cometer un error importante de juicio, y si se perpetúa este error puede retrasar seriamente la utilización de otras áreas muy importante de la psicología experimental, y de los modelos teóricos que de ellas se derivan.

3. El énfasis puesto en la investigación experimental del caso individual es una característica de la terapia conductual que la distingue clara e inequivocablemente de todas las otras terapias. Este aspecto solo justifica la afirmación de que la terapia conductual representa en verdad un nuevo enfoque de la modificación de las anormalidades del comportamiento.

4. Una última implicación, quizás la más importante de la definición es que la validez de la terapia conductual (por lo menos en la actua-

lidad) no puede determinarse adecuadamente por estudios comparativos de grupos de la clase llevada a cabo por Gelder, Marks y Wolff (1967). Ellos igualaron tres grupos de pacientes que padecían de una o más fobias, tan cuidadosamente como fue posible con el fin de evitar variables que pudieran confundir los resultados diferenciales (variables tales como edad, sexo, duración de la enfermedad, etc). A cada grupo se le sometió a una forma diferente de tratamiento (desensibilización imaginativa, psicoterapia individual, psicoterapia de grupo). Se compararon los grupos antes y después del tratamiento en lo relacionado con síntomas, ajuste social, y relaciones interpersonales. La objeción a intentos como este de "validar" la terapia conductual es que (al presente por lo menos) no hay formas estandar de tratamiento del comportamiento; cada caso representa un problema nuevo y único que debe investigarse experimentalmente; y la validez es ante todo un asunto de ver si el comportamiento del paciente cambia sistemáticamente de acuerdo con las deducciones hechas con base en la teoría que se propuso para explicar el desorden en cuestión. Los estudios sobre "validación" como el realizado por Gelder et al (1967) son de hecho, únicamente ejemplos del "modelo médico" en el cual una "enfermedad" específica se identifica y para la cual se formula un tratamiento, como resultado del cual el paciente o se "cura" o se queda igual, o se empeora. Mientras que el terapeuta del comportamiento se sentirá naturalmente satisfecho si el paciente se "recobra" como resultado de sus estudios experimentales, su preocupación principal es ver los procedimientos usados en cada estadio del tratamiento estén adecuadamente probados en lo relacionado con la validez, de modo que los futuros pacientes se beneficien del avance en los conocimientos que se lleva a cabo en esta forma.

Hay signos que indican que la terapia conductual está cristalizando prematuramente en una serie de técnicas estandar para desórdenes específicos y que la característica que originalmente la distingue, o sea el énfasis en el estudio experimental del paciente como individuo, se está perdiendo. Si esto llega a suceder, es fácil predecir que en poco tiempo la terapia conductual se convertirá en una "escuela" más de terapia, impermeable al cambio o a la crítica. Es de esperarse que el énfasis presente en las características distintivas de la terapia conductual haga su pequeña contribución para impedir que esto suceda.

REFERENCIAS

- Bartlett, D., & Shapiro, M. B. Investigation and treatment of a reading disability in a dull child with severe psychiatric disturbances. *Brit. J. educ. Psychol.*, 1956, 26, 180-190
- Eysenck, H. J. The nature of behavior therapy. En Eysenck, H. J. (Ed.) *Experiments in behavior therapy*. Oxford: Pergamon, 1964, 1-15
- Gelder, M. G., Marks, I.M., & Wolff, H.H. Desensitization and psychotherapy in the treatment of phobic states: a controlled inquiry. *Brit. J. Psychiat.*, 1967, 113, 53-73
- Jones, H.G. The application of conditioning and learning techniques to the treatment of a psychiatric patient. *J. abnorm. soc. Psychol.*, 1956, 52, 414-420
- Jones, H.G. Applied abnormal psychology: the experimental approach. En Eysenck, H.J. (Ed.) *Handbook of abnormal psychology*. London: Pitman, 1960, 764-781
- Meyer, V. The treatment of two phobic patients on the basis of learning principles. *J. abnorm. soc. Psychol.*, 1957, 55, 261-266
- Phillips, E.L., & Wiener, D.L. *Short-term psychotherapy and structured behavior change*. New York: McGraw-Hill, 1966
- 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 fundamental clinical psychological research. *Brit. J. med. Psychol.*, 1961, 34, 255-262 (b)
- Shapiro, M.B. Clinical approach to fundamental research with special reference to the study of the single patient. En Sainsbury, P. & Kreitman, N. (Eds.) *Methods of psychiatric research*. London: Oxford Univer. Press, 1963, 123-149
- Shapiro, M.B. The single case in clinical-psychological research. *J. gen. Psychol.*, 1966, 74, 3-23
- Shapiro, M.B., Marks, I.M. & Fox, B. A therapeutic experiment on phobic and affective symptoms in an individual psychiatric patient. *Brit. J. soc. clin. Psychol.*, 1963, 2, 81-93

- Shapiro, M.B. & Nelson, E.H. An investigation of an abnormality of cognitive functioning in a cooperative young psychotic: an example of the application of experimental method to the single case. *J. clin. Psychol.*, 1955, 11, 344-351
- Shapiro, M.B. & Ravenette, A.T. A preliminary experiment of paranoid delusions. *J. ment. Sci.*, 1959, 105, 295-312
- Wolberg, L.R. *Psychotherapy and the behavioral sciences*. New York: Grune and Stratton, 1966
- Wolpe, J. & Lazarus, A.A. *Behavior therapy techniques*. Oxford: Pergamon, 1966.
- Yates, A.J. The application of learning theory to the treatment of tics. *J. abnorm. soc. Psychol.*, 1958, 56, 175-182
- Yates, A. J. Recent empirical and theoretical approaches to the experimental manipulation of speech in normal subjects and in stammerers. *Behav. Res. Ther.*, 1963, 1, 95-119
- Yates, A. J. *Behavior therapy*, New York: Wiley, 1970