



*Instituto de Investigaciones en  
Ciencias del Comportamiento*  
**“IICC”**

Diciembre de 2016

**CIENCIA Y PSICOTERAPIA:  
UNA HISTORIA DE MITOS Y  
ERRORES LÓGICOS**

Roth<sup>1</sup>, E  
Universidad Católica Boliviana “San Pablo”

La Paz – Bolivia  
2016

---

<sup>1</sup> [eroth@ucb.edu.bo](mailto:eroth@ucb.edu.bo)

## CIENCIA Y PSICOTERAPIA: UNA HISTORIA DE MITOS Y ERRORES LÓGICOS

Eric Roth PhD  
Universidad católica Boliviana, La Paz

La presente conferencia constituye un encargo directo de mi amigo Bismarck Pinto, quien me expresó su interés de crear en el marco de este Congreso, un espacio para reflexionar acerca de las relaciones entre psicoterapia y ciencia, Ambos tenemos dudas de que esta relación sea todo lo armoniosa que muchos desearíamos que sea, y que por el contrario, tememos que la evidencia que hoy advertimos, muestre más bien un paulatino alejamiento, ruptura de la que, a todas luces, sale perdiendo la práctica clínica. Por lo tanto, tomaré los próximos minutos para señalar algunas causas que a mi parecer, contribuyen a esta colusión en crisis que afecta tanto a científicos como a practicantes de la psicología clínica.

**2** Son al menos tres los mitos que a mi juicio, contribuyen a entorpecer el desarrollo científico de la psicoterapia: a) la confusión lógico-categorial, emergente de la noción de “mente”; b) la metáfora de la “mente enferma” y la “salud mental”; y c) la obcecada y poco feliz decisión de muchos psicólogos clínicos de permanecer al amparo de modelo biomédico de la enfermedad mental. Intentaré, a lo largo de mi presentación, señalar algunas consecuencias de estos mitos en el alejamiento sistemático de la psicología clínica, de la investigación científica. Revisemos a continuación cada uno de ellos.

### ***A. El Mito de la mente. 3***

La mente no es un descubrimiento, es una invención. Se trata de un constructo desafortunado que en lugar de aportar elementos para la comprensión del comportamiento humano, ha generado mucha confusión.

El término “mente” ha sido objeto de confusión debido al uso que el lenguaje hizo tradicionalmente de esta expresión. Para entenderla, debemos distinguir el lenguaje ordinario del lenguaje científico o técnico. El primero tiene que ver con el sentido de las palabras de acuerdo al uso y al contexto, es decir como parte de un hacer, de una práctica social fruto de una convención. El lenguaje ordinario es multívoco, es decir

tiene múltiples sentidos y nombra múltiples cosas y situaciones con un solo término, sin pretensión de describir o explicar lo nombrado.

El lenguaje científico, en cambio, es unívoco; sus expresiones se corresponden inequívocamente con una y solo una actividad, una operación, un objeto o un acontecimiento (Ribes, 1990a). Términos como “átomo”, “electrodo”, “sublimación” o “basidio”, son ejemplos de expresiones que corresponden al lenguaje de las ciencias y cuando se los refiere, se lo hace principalmente con afán científico. Cada uno de ellos se constituye en un único significante que identifica a uno y solo un significado.

Por el contrario, la expresión “mente”, al ser un término propio del lenguaje ordinario es significante de diversas expresiones: pensar, sentir, decidir, recordar, soñar, imaginar, etc., son todas nociones “mentales”; y pueden estar casualmente en boca de todos sin afán descriptivo o explicativo. Son referentes que dependen del contexto social en el que se da la interacción lingüística y por lo mismo pueden poseer tantos sentidos o significados como contextos en los que son referidos.

Los términos, nociones, constructos como el de “mente” en psicología son en su mayoría, expresiones de lenguaje ordinario sin adscripción a un sistema de símbolos con referencia inequívoca, y su falta de univocidad genera mucha confusión en su tratamiento; permite la proliferación de sentidos o enfoques y en consecuencia, reduce la posibilidad de lograr acuerdos con la comunidad científica, haciendo imposible una teoría unificada de la mente.

He ahí en parte, la explicación del porqué ha sido tan difícil para nuestra disciplina en general y para la psicoterapia en particular, avanzar en el tratamiento científico de la mente y sus significados y es la razón por la que muchos psicólogos hemos argumentado insistente y vigorosamente sobre la conveniencia de eliminar la noción de “mente” de la descripción del objeto de la psicología.

**4** Gilbert Ryle, (1949, 1964) el filósofo inglés, conspicuo representante de la escuela de Oxford, en su extraordinario libro titulado “*The Concept of Mind*”, ha revisado con abundante detalle el habla ordinaria y ha criticado agudamente el carácter “disposicional” de los términos mentales, popularizando el “Mito del Fantasma en la Máquina”.

Dicho mito se entiende a partir de dos hechos evidentes: primero, que el habla ordinaria de los individuos refiere un mundo interno que incluye sentimientos, deseos, angustias, miedos y otros acontecimientos mentales, materia prima del psicoterapeuta; y segundo, que este mundo interno solo es accesible al propio individuo, a la manera de un

observador privado. Ryle señala que ambos hechos son interpretaciones erróneas del habla ordinaria.

Ribes (1990b) explica la confusión con las siguientes palabras:

“Los términos mentales, en vez de referir acontecimientos, objetos o acciones, tienen que ver con lo que Ryle denomina *disposiciones* (...) que implican colecciones de ocurrencias o acontecimientos, y no son ocurrencias singulares.... Las palabras que designan dichas disposiciones (...) no tienen correspondencia directa con algún tipo de ocurrencia particular, sino con colecciones de ocurrencias. Por ejemplo, cuando se habla de la vanidad de un individuo, esta palabra hace referencia a una diversidad de acciones (u ocurrencias): hablar de sí mismo, mirarse continuamente en el espejo, preguntar a otros si ha hecho bien las cosas, citarse a sí mismo, etc.. Sin embargo, ninguna de estas ocurrencias corresponde biunívocamente, como significado, a la ‘vanidad’. Es la colección de todas esas acciones a las que se designa como vanidad. Asimismo, la vanidad no es algo que está dentro de él. Constituye una inclinación o propensión a realizar acciones calificadas socialmente como vanidosas” (p. 83-84).

Lo mismo podemos decir de la persona a quien describimos como “ansiosa”; en este caso solo estamos refiriendo una colección de ocurrencias (expresar preocupación, temor o confusión, hablar mucho, hiperventilar, tomarse las manos nerviosamente, etc.) y no un estado mental interno. Dicho estado solo existe en la medida en que existe un término que nombra ocurrencias sucesivas, no existe en tanto entidad interna.

Según Ryle, no asumir esta confusión nos conduce a incurrir en el “*error categorial*”.

El error categorial consiste entonces en tratar como una, dos categorías lógicas, una subordinada a la otra. Por ejemplo, la ciencia es una categoría y las disciplinas que la conforman pertenecen a otra categoría. Una engloba a las demás; por lo tanto no puedo decir que alguien estudia ciencia o física, cuando sabemos que el que estudia física está estudiando ciencia. Igual error lógico se comente cuando alguien que va a ver un partido de futbol, argumenta haber visto solo al equipo pero no a los jugadores. Por lo tanto asumir un estado mental que no se encuentra subordinado al cuerpo físico es incurrir en un error categorial. El lenguaje de lo mental, no tiene nada que ver con el mundo interno. Las expresiones mentales —afirma Ribes—no son indicadores externos de lo que ocurre en un supuesto mundo interno. Son solo prácticas sociales, a través de las que un individuo da sentido a otras acciones, frente su interlocutor.

Por lo tanto, tampoco es correcto otórgales un estatus causal. Intentar explicar por ejemplo, un acto violento acudiendo a la *frustración* equivale a otorgar al hecho mental

(la frustración) un carácter que no tiene; éste es solo una ocurrencia lingüística sin correspondencia directa con ningún comportamiento en particular. Equivale simplemente a reconocer que cuando alguien es violento puede decir cosas como que se siente frustrado, enojado, furioso etc. Decir que golpea porque está frustrado constituye una explicación circular (golpea porque está frustrado y sabemos que está frustrado porque golpea). Ryle dice que la mayor parte de las expresiones mentales constituyen etiquetas que se utilizan para categorizar diferentes tipos de conducta. No podemos utilizar esas etiquetas para explicar la conducta, porque son descripciones de la propia conducta. Esta pretendida explicación no tiene la misma lógica que, cuando se dice que algo se moja cuando derramamos agua sobre ello. En este caso estamos frente a dos hechos biunívocamente relacionados.

**5** El mito del fantasma en la máquina surge al oficializarse la doctrina cartesiana que postula que mientras la corporalidad humana puede ser directamente verificada por los observadores externos, pues ocupa un lugar en el espacio, lo mental solo puede ser testimoniado por la propia persona. Solo uno puede tener el conocimiento exacto de los estados de su propia mente. Con Descartes surge pues esta doble concepción de existencia: lo corpóreo (equiparándolo con lo público) y lo incorpóreo (con el hecho privado), una subordinada a la otra, aunque coexistiendo en una misma persona, instalándose así el dualismo como paradigma del pensamiento psicológico desde el renacimiento, hasta nuestros días.

La distinción entre lo observable y lo no observable (es decir, lo físico y lo mental) no es una cuestión de existencia o no existencia, sino, debe verse como *propiedades de lo existente* (Ribes, 1982). Ambos tipos de eventos existen. Skinner en “El Análisis Operacional de Los Términos Psicológicos” (1945) decía “mi dolor de muela es tan físico como mi máquina de escribir, aunque no sea público.”, solo debe determinarse en qué consiste su existencia cuando la corporeidad no está en juego; es aquí donde el análisis toca la lógica del lenguaje para constatar el error categorial al que se refiere Ryle.

Ribes (1982), muy acertadamente señalaba:

“...en el momento en que la discusión sobre diferentes existencias se hace a un lado y se acepta que todo lo existente se da en un mismo nivel categorial, operan dos cambios fundamentales: 1) la materia como categoría no subordinada a otra existencia (...) no se iguala con una de sus formas tradicionales de presencia. No se asume que materia es lo mismo que existencia; y 2) la materia como categoría genérica de existencia tiene que

ceder su lugar a otras categorías diferenciales que permitan lógicamente articular el conocimiento de las diversas formas (existentes), se desarrolla en forma de relaciones *no reductibles* a una sola de ellas” (p. 39-40).

La aceptación de la existencia objetiva de los estados mentales puede, sin embargo, conducirnos a otra falacia no menos peligrosa: al *reduccionismo biologicista*. Esta nueva confusión supone asumir que la experiencia del dolor, la emoción, la toma de decisiones, etc., son equivalentes a la estructura y funcionamiento cerebrales, o están causadas biunívocamente por ellas. Para todo estado mental --reconoce esta postura-- existe un estado biológico equivalente, cuyo locus es el cerebro. Reducir lo mentales a procesos neurobiológicos equivale a incurrir en un error categorial de características similares a los ya descritos.

En consecuencia, la doctrina del dualismo o la leyenda de los dos mundos que erróneamente concebía el “mundo no físico” o el de los fenómenos mentales, como el objeto epistémico de la psicología, ha propiciado la confusión metodológica a la hora de aproximarnos al estudio científico de los mal llamados “estados mentales”. Asumir que solo uno puede tener acceso a ciertos procesos psicológicos (a los propios), no deja margen para su abordaje objetivo y el método científico queda fuera de cuestión y se da pie para el empleo de otros métodos de naturaleza introspectivos.

### ***B. 6 El mito de la enfermedad mental***

Entonces, ¿qué es o cómo debemos entender la enfermedad mental? ¿Qué queremos decir cuando afirmamos que alguien padece una “enfermedad mental”? A partir de lo descrito líneas arriba, la enfermedad mental constituye otro error categorial fruto de la confusión derivada del dualismo metafísico (puramente lingüístico), que sostiene la existencia de enfermedades físicas y mentales en un mismo organismo. Si adoptamos la existencia de los dos mundos independientes y asumimos la confusión de la mente que habita el cuerpo, entonces cualquier comportamiento que escapa a la norma y las convenciones sociales, puede hacer que se etiquete a quien lo manifieste, de “enfermo mental”.

En algunos casos el comportamiento atípico obedece a procesos directamente ocasionados por alteraciones somáticas concretas, tales como trastornos neurológicos, genéticos o endócrinos, por ejemplo, en cuyo caso se trataría de padecimientos físicos y no mentales. Aquí no cabe la denominación de “enfermedad mental” porque dos hechos objetivos, uno biológico y otro comportamental, se encuentran claramente relacionados.

Es inútil llamar enfermo mental a una persona que padece una parálisis cerebral aunque ello suponga alteraciones en las funciones cognitivas o emocionales.

En ocasiones se dice que la enfermedad mental supone la existencia de rasgos mentales, (expresados mediante conductas) desviados o considerados “*anormales*”. Ambos términos la relacionan con criterios estadísticos que hacen referencia a la distribución del comportamiento en una población; lo normal sería aquel comportamiento que es compartido por una población en la curva normal, delimitada por dos desviaciones estándares a partir de la media. Lo anormal correspondería entonces, a los datos expresados por la población marginal ubicada por debajo de algún valor de  $z$ . En otras palabras, lo anormal equivaldría a una desviación a partir de lo convencionalmente compartido por la mayoría.

Estos criterios poblacionales de enfermedad mental son ciertamente discutibles porque entrañan valoraciones soportadas por convenciones sociales y culturales que pueden variar de un grupo humano a otro. En todo caso, no está claro quién decide qué superficie de la curva normal debe atribuirse a la mayoría de la población (los que comparten la norma) y qué porción corresponde a la marginal (los que se comportan por fuera de la norma) y por qué (Landa-Durán, 2011).

Por otra parte, la naturaleza social del juicio que determina el grado de desviación de la norma hace que los criterios de valoración de la enfermedad mental sean principalmente éticos, jurídicos, sociales y políticos. De esta manera, sostener su existencia entraña la comparación de creencias, ideas o conceptos de parte del “enfermo mental” (ideas, creencias, etc., marginales), con los del observador, médico o terapeuta, que son por lo general miembros de una comunidad que defiende una normativa convencional (Szasz, 1970). Aceptar el criterio de normalidad-anormalidad para referirse al comportamiento humano socialmente valorado como inadecuado, desviado, desadaptado, es adoptar una concepción médico-clínica, que supone implícitamente asumir la existencia de la anormalidad intrínseca del comportamiento. El concepto de enfermedad solo puede aplicarse a tejidos, órganos y sistemas que constituyen a un organismo vivo. Los otros usos del concepto son necesariamente metafóricos.

Otra idea que está detrás de la enfermedad mental es que ésta ocurre a causa de una deformación de la personalidad del individuo, es decir debido a una tendencia consistente de comportarse bizarramente en circunstancias concretas que, en primera instancia incomoda, perjudica, irrumpe, contraviene, altera, provoca, interpela las relaciones sociales y solo en segunda instancia, provoca sufrimiento propio y ajeno.

Esta concepción nos dice Szasz, se soporta en la creencia que las relaciones humanas deben por naturaleza ser armoniosas y el romperlas es señal de trastorno o enfermedad. Y yo añado que la creencia de que el niño o joven debe ser siempre buen estudiante, que el esposo debe ser un solícito amante, que todo padre debe ser soporte confiable de su familia, o toda madre comprensiva, cariñosa y abnegada, y que en general todo el mundo debe ser productivo, trabajador y supremamente responsable, es parte de la misma ideología que constituye una premisa por lo menos discutible, pero que se convierte en un patrón para evaluar el grado de apartamiento de lo deseable o de lo esperable para juzgar la “patología” o la escasa normalidad de alguien. Entonces si los criterios para definir el grado de desviación de la norma son de esta índole, es decir son convencionales, éticos y jurídicos, ¿por qué la explicación del comportamiento o su remedio se los busca dentro del organismo?

Por otro lado, ¿quién define cuán buen estudiante un niño debe ser y cuándo un profesor decide que su alumno deba ser atendido por un psicólogo?, ¿qué tan cariñosa y comprensiva debe ser una madre, y cuán despreocupada puede llegar a ser ante de que se le recomiende ver a un terapeuta familiar?, o ¿cuán productivo debe ser todo empleado para que no se le considere un enfermo que proyecta un mal ejemplo para el resto? Esas decisiones son del todo arbitrarias y pueden variar dependiendo de la tolerancia del entorno social.

Una vez detectada la necesidad de tratar la “enfermedad mental” otra cuestión no menos relevante tiene que ver con decidir a quién se encarga la solución. Bueno, si se trata de una enfermedad, lo lógico es acudir al médico, el médico desde siempre ha sido la persona adecuada para devolverle la salud a un enfermo. Él hará un diagnóstico, verificará qué estructura o función se encuentra alterada, medicará o intervendrá quirúrgicamente y con un poco de suerte, el paciente, sanará poco a poco. ¿Así funciona esto en nuestra disciplina? No, claro que no. Como esta enfermedad --la de la mente-- incorpora desajustes de índole social, interpersonal, éticos, etc., que se expresan con posiciones ante la vida, con formas de relacionamiento, con decisiones morales (ningún comportamiento está exento de una postura moral), con inhabilidades o deficientes estrategias de solución de problemas, etc., la intervención del especialista puede suponer, como bien lo reconoce Szasz (1970), una divergencia de posiciones entre el especialista y el interesado. Dichas posturas encontradas se pueden expresar a través de las aproximaciones ético-morales del especialista y del paciente, de sus respectivas



visiones acerca de la vida, su orientación ideológica, así como la dirección misma del cambio que se piensa como la más *adecuada* para reorientar la vida del “enfermo”.

Las divergencias existen y siempre las habrá, el problema reside en la forma en que podrían ser resueltas. El médico es la autoridad máxima en su materia, autoridad conferida por la sociedad y que él mismo la ejerce de manera que no quede duda alguna sobre ella. El paciente se pone a disposición de dicha autoridad de muto propio (o a través de la decisión otra autoridad: el padre, el conyugue, el profesor, el jefe, un juez, etc.), lo que lo subordina y subordina sus visiones acerca de sí mismo con respecto a las del especialista (en ocasiones incluso se declara al paciente, incapacitado para tomar decisiones sobre sí mismo, con lo que se invalidan sus argumentos por carecer de valor jurídico).

De esta manera, la relación que se entabla en una situación terapéutica es una *relación de poder*, que por lo general inclina la balanza hacia las posturas de quien cuenta con más recursos para manejar el caso. En otros contextos a esto se le suele llamar ideologización, adoctrinamiento o colonialismo psicológico. Considérese por un instante, las posibilidades de un joven que manifiesta un conflicto con sus padres a raíz de sus preferencias sexuales y que es obligado a relacionarse con un especialista homófobo. Aquí la dicotomía “bien-mal” en el razonamiento de quien detenta el poder, puede ir de la mano (aunque de manera enmascarada) con la dicotomía “salud-enfermedad”. La ideología de la enfermedad mental indicará el camino de la solución.

**7** Entonces podremos preguntar: ¿Está el médico o quienquiera que asuma como tal, que está en posesión de una concepción teórico-doctrinaria compatible con la lógica de la enfermedad mental y que en consecuencia está equipado con procedimientos instrumentales afines, habilitado para abordar problemas ético-morales que surgen de las complejas e intrincadas relaciones humanas?

La respuesta a esta interrogante estaba ya disponible hace más de 40 años y fue formulada por un médico estadounidense, húngaro de nacimiento, que abanderó por muchos años el movimiento de la antipsiquiatría. Él -Thomas Szasz-- decía lo siguiente: “La expresión ‘enfermedad mental’ es una metáfora que equivocadamente hemos llegado a considerar un hecho real. (...) el mito fomenta nuestra creencia en (...) que la interacción social sería armoniosa (...) y serviría de base firme para una buena vida si no fuera por la influencia disruptiva de la enfermedad mental. Nuestros adversarios no son demonios, brujas, el destino o la enfermedad mental. No tenemos ningún enemigo contra el cual combatir mediante la ‘cura’, o al cual podamos exorcizar... Lo que

tenemos son problemas de la vida, ya sean biológicos, económicos, políticos o psicosociales. Mi argumentación (es que) la enfermedad mental es un mito cuya función consiste en disfrazar y volver más asimilable la amarga píldora de los conflictos morales en las relaciones humanas” (Szasz, 1970, pp.33-34).

Si bien es cierto que actualmente existen movimientos vigorosos desde la psicología para enmendar el error categorial impuesto por la indiferenciación de los términos cuerpo-mente o físico-mental, es también cierto que muchas aproximaciones aún sucumben a explicaciones tradicionales de tipo mentalistas, lo que las desliza en un grado u otro, hacia la medicalización de sus enfoques. Por esta razón, paso a considerar el tercer mito.

### ***C. 8 El mito de la bio-medicalización de evento psicológico y sus connotaciones para la terapia***

Existen al menos dos antecedentes que explican la vigencia del modelo bio-médico de la enfermedad mental. Por un lado, las aplicaciones clínicas de la psicología nacieron bajo la tutela de la medicina. Fueron los médicos los primeros en hacer observaciones de ciertos procesos psicológicos “irregulares o curiosos”, y lo hicieron, como no podía ser de otra manera, desde su propia óptica profesional (consúltese los escritos de Ernst Brucke, Emil Du Bois, Herman Helmholtz, Carl Ludwig Schleich, Charcot, Freud, Pinel y otros, hechos públicos en el Siglo XIX y en los albores del XX).

Por otra parte, la práctica psicológica orientada a resolver problemas clínicos, no es el resultado de un proceso sistemático de reflexión epistémica ni de la investigación rigurosa en el marco de la disciplina y surge como bien, lo señala Landa-Durán (2011), de la sobredemanda en Estados Unidos, de especialistas de la salud mental para atender a una gran cantidad de combatientes y excombatientes de la Segunda Guerra Mundial, que precisaban de atención psiquiátrica y que no podían obtenerla por falta de personal médico. En consecuencia los psicólogos fueron entrenados por el personal médico disponible y asimilaron el paradigma de la salud mental y el modelo prevaeciente.

Al considerarse los problemas psicológicos como “comportamientos enfermos” o “conductas desviadas”, éstos son abordados con un enfoque biomédico; es decir, la enfermedad mental al igual que otras enfermedades físicas más conocidas, es considerada un “síntoma mental” (Thorpe y Katz, 1948) o señal de la existencia de un “desorden” o “desajuste” (generalmente de personalidad y/o recientemente, de patologías cerebrales, neuro-endocrinas, insuficiencias o imbalances en los mecanismos

de neurotransmisión, etc.) que debería ser debidamente diagnosticado (léase etiquetado) y tratado. **9** El desorden de personalidad o el inadecuado funcionamiento cerebral subyacentes son considerados causas del síntoma mental, mientras que éste simplemente es un indicador del funcionamiento inadecuado de la personalidad, de la mente o del cerebro. El comportamiento “*sintomático*” carece de interés terapéutico y actúa como lo haría por ejemplo la fiebre en el caso de una enfermedad somática, es decir solo como señal de que algo más opera como causa y que se aloja fuera de la vista del especialista, en las profundidades de la mente o cerebro humanos.

Por lo tanto, el análisis crítico del modelo bio-médico aplicado al fenómeno psicológico debe tomar en cuenta consideraciones sobre: a) la precisión de las nociones de causa de la conducta desviada, b) la clasificación y el diagnóstico de la conducta desadaptada y c) las características del tratamiento orientado a la causa y no al síntoma. Veamos.

Son dos los supuestos determinantes de los desórdenes de conducta desde este modelo: por un lado, el inadecuado funcionamiento de la mente o de sus entidades, de las características de la personalidad o de los rasgos de la persona; y por otro, su sistema biológico, su estructura genética y las características del funcionamiento cerebral, endócrino y neuroquímico. Debido a que ya hemos tratado abundantemente sobre el primer punto, comentaremos las causas biológicas de la conducta desadaptada.

*El cerebro sustituye a la mente como agente causal.* El modelo biomédico afirma que los problemas mentales son enfermedades cerebrales de base estrictamente biológica. Esta postura ha sido enarbolada por la American Psychiatric Association APA, la que por boca de uno de sus expresidentes, señalaba que nuestros cerebros son por naturaleza órganos biológicos, y cualquier desorden mental es en esencia, un proceso biológico. (Davis, 2003). **10** Una declaración tal, desacredita el estatuto de la psicología, y como señala Gold (2009) subordina su objeto a la neurociencia y a la biología molecular. Lilienfeld, (2007) señalaba además que este modelo minimiza la relevancia y las contribuciones psicosociales a la comprensión de la conducta humana y las reduce a meros epifenómenos.

No obstante, los científicos a decir de innumerables autores (Gold, 2009, First, 2002, Frances, 2012, Insel, 2011) no se ha descubierto aún ninguna causa estrictamente biológica y ni siquiera algún biomarcador relativamente confiable de la enfermedad mental. Algo parecido ocurre con el argumento del imbalance químico de la serotonina

con que se suele explicar por ejemplo la depresión (Angell, 2011a, 2011b; Begley, 2010; Spiegel, 2012; Stahl, 2012).

Así, Deacon (2013), a pesar del vertiginoso desarrollo tecnológico de las últimas décadas, (por ejemplo, las técnicas de imágenes cerebrales o las pruebas moleculares genéticas), los investigadores siguen tratando de encontrar alguna señal suficientemente sensible para confirmar de manera confiable el diagnóstico médico de cualquiera enfermedad mental.

*II El diagnóstico de la conducta desadaptada.* Una de las insatisfacciones derivadas del modelo biomédico tiene que ver con el cuestionamiento de la necesidad y utilidad del diagnóstico de la enfermedad mental que solo busca etiquetar, encasillar o clasificar a la persona. Al respecto Yates (1975), y posteriormente muchos otros (Frances, 2013; Kraemer, Kupfer, Clarke, Narrow y Regier, 2012), manifestaron que el sistema diagnóstico de la salud mental “no es confiable, no es válido y aunque fuera tanto válido como confiable, no serviría a un propósito útil” (Yates, 1975, p. 15). El autor sostiene que la falta de *fiabilidad o consistencia* en el proceso diagnóstico está basado en la variabilidad de indicadores utilizados para alcanzar el diagnóstico de la enfermedad mental. Mientras que algunos especialistas basan su diagnóstico en el complejo sintomático, otros llegan a él a partir de formulaciones psicodinámicas y otros más mediante inferencias realizadas a partir de la observación directa.

Por otro lado, existen diferencias fundamentales en los términos utilizados para describir los “estados patológicos”. Así, lo que algún especialista llama “esquizofrenia”, otro denomina “manía”. Un estudio realizado en base a más de 6 mil casos diagnosticados, se encontró un 89 por ciento de acuerdo entre los especialistas cuando se utilizaba la categoría general de “psicótico funcional”, pero el porcentaje de acuerdo caía al 46 por ciento cuando se trataba de un diagnóstico más preciso, como por ejemplo el de “psicosis paranoide” (Kreitman, 1961). Esto es comparable a un diagnóstico sobre la base de una sintomatología conocida, en el que un médico concluye que alguien padece gastritis, mientras que otro piensa que se trata de indigestión y otro más cree que puede ser irritabilidad del colon. La unificación de una acción terapéutica amerita mediciones confiables (consistentes) y necesarias de una serie de indicadores estándares del trastorno prevalente. Echeburúa y Cols. (2014), por ejemplo señalan que el trastorno mixto de ansiedad y depresión, que no está incluido en la última versión del DSM 5, es sin embargo, es uno de los trastornos con mayor tasa de prevalencia en asistencia primaria en Europa (London School of Economics, 2006).

En lo que a *validez* se refiere, el problema, dice Yates, surge del rótulo con el que se etiqueta a la persona. En otras palabras, la estrategia que conduce un especialista para diagnosticar por ejemplo el trastorno de ansiedad ¿es capaz de identificar efectivamente dicho trastorno, o lo confunde con otro que también incluye reacciones ansiosas, como el estrés post traumático?

Por otro lado, ¿Está el sistema de diagnóstico basado en una lógica dimensional de la enfermedad mental? ¿Pertenece el padecimiento psicótico a una dimensión ortogonal respecto a la neurosis? es decir, ¿se puede ser neurótico y psicótico al mismo tiempo?, como podría ser el caso de alguien que sufre una pulmonía y al mismo tiempo tiene una pierna rota? O ¿todo psicótico es solo psicótico y el pertenecer a esa categoría lo excluye de otras, de manera tal que se es lo uno o lo otro según la lógica unidimensional? Preguntas como éstas que tienen al menos sentido en el contexto de la enfermedad somática y que permiten construir un sistema diagnóstico válido, no suelen ser rigurosamente respondidas en el marco del modelo biomédico que trata la enfermedad mental.

Finalmente, con respecto a su *utilidad*, los autores (por ejemplo Alonso-Álvarez 2007) descartan el hecho que los diagnósticos convencionales arrojen elementos de juicio relevantes debido a varios factores: a) inconsistencias en el nivel de observación clínica; en el nivel de inferencias deducidas de estas observaciones, y variaciones en los esquemas nosológicos (clasificatorios) empleados por investigadores individuales; b) las implicaciones pronósticas y terapéuticas del diagnóstico son en ocasiones poco claras; c) Los efectos perjudiciales del etiquetado, que genera expectativas sobre la conducta de una persona y que puede autoconfirmarse.

En esta última dirección, un análisis riguroso del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM en su 5ª edición, realizado por Echeburúa y Cols. (2014) señala de manera contundente:

“El abuso de los diagnósticos psiquiátricos o la ampliación de categorías diagnósticas recogida en el DSM-5, puede traer consigo la psicopatologización de algunos problemas de la vida cotidiana, la generación de pacientes falsos positivos, la estigmatización del paciente asociada a los diagnósticos psiquiátricos y al uso generalizado e indiscriminado de la prescripción farmacológica, lo que constituye un fenómeno especialmente preocupante en el ámbito infantil (...). Muchas personas normales con problemas de duelo, distracción, reacciones al estrés, olvidos en la vejez o rabietas infantiles pueden quedar atrapadas en la red de este manual diagnóstico. Parece olvidarse de que existen

muchos modos y maneras de ser normal. La tolerancia hacia comportamientos diferentes y hacia la diversidad cultural es importante, así como lo es tener en cuenta que el sufrimiento es inherente a la vida. Ningún comportamiento, sentimiento o actividad mental puede calificarse de patológico sin examinar su posible utilidad adaptativa y estratégica y las condiciones contextuales en las que aparece (...) La tendencia a crear cada vez más etiquetas diagnósticas para describir comportamientos específicos, en lugar de agrupar los síntomas de los pacientes en categorías amplias, va a conducir al absurdo de que un paciente tenga muchas etiquetas asignadas. Además, la incapacidad para conectar los diagnósticos con los procesos causales nos lleva a un callejón sin salida” (p. 71).

**12** *El tratamiento orientado a la causa y no al síntoma.* El análisis de la causalidad en la psicología no es un asunto especulativo que debe surgir de la experiencia cotidiana del terapeuta y que se sistematiza de manera anecdótica. La única fuente aceptable para la determinación de las causas del comportamiento es la investigación, que permite establecer relaciones inequívocas entre acontecimientos, unos determinantes y otros determinados. Solo la investigación da la pauta para constatar relaciones con la fuerza necesaria para otorgar estatus causal a un evento, al cabo de haber reproducido su influencia a través de procedimientos manipulativos (reales o modelados matemáticamente). Podemos postular causas de cualquier fenómeno, pero nuestra obligación es ponerlas a prueba, es decir falsarlas (Popper insistía en que los únicos acontecimientos científicos eran aquellos que podían ser puestos a prueba). ¿Cuál es la necesidad de postular que las causas deben subyacer, es decir “yacer por debajo”, estar supeditadas a otras causas ocultas de la vista de cualquiera? En psicoterapia, las causas identificadas a menudo determinan la direccionalidad del tratamiento y ésta es una razón suficiente como para atender con seriedad el tema de la “causalidad”.

En el modelo biomédico, si bien la causa está oculta, existen señales o pistas (que se expresan como quejas del paciente) para que el especialista las descubra. Éstas son los síntomas. Según este modelo, los síntomas difieren de las causas y cualquier intervención sobre ellas, al margen de la causa, es una tarea fútil, pues si eliminamos un síntoma, invariablemente otro vendrá a tomar su lugar. Pero el modelo dice que la eliminación del síntoma no solo es fútil, sino peligrosa, pues al operar como defensa del organismo, su retirada puede dejarlo inerme contra la malignidad de la causa oculta, arriesgándolo a sufrir un padecimiento de mayor gravedad. La eliminación del síntoma

sobreviene a decir de los adherentes a este esquema conceptual, cuando se elimina definitivamente la causa (Yates, 1975).

El análisis experimental de la conductual (AEC) ha reaccionado vigorosamente a los postulados psicodinámicos de causa subyacente y sustitución sintomática con un simple argumento: no existe evidencia empírica del cumplimiento de tal postulado; la cuantiosa literatura existente no ha reportado sustituciones de síntomas tal como lo pronosticaron sus seguidores (Ullman y Krasner, 1965). Para el AEC, si la conducta es el problema, su erradicación supone eliminar el mismo. La causa subyacente no juega en la solución del problema. La solución es simple, no simplista, aunque la intrincada y rebuscada concepción causal del modelo biomédico así lo quiera hacer parecer.

Por otro lado, como hemos visto, el planteamiento de las ciencias cognitivas que reducen las causas del comportamiento desviado a factores biocerebrales, no añadieron nada nuevo al viejo esquema causal del modelo biomédico. La gran causa ulterior está localizada en el mal funcionamiento cerebral y en sus desbalances químicos, y la conducta del paciente no sería otra cosa que los indicadores de dichas deficiencias. Igual que en el caso anterior, la única forma de dar cuenta con el problema es resolverlo a nivel del cerebro, que se concibe como el órgano que gobierna la conducta de los organismos vivos superiores. Cualquier acción en otro nivel de la organización biológica, sería insuficiente.

Si la causa del problema es básicamente de origen biológico, entonces la naturaleza del tratamiento, bajo esta concepción, no puede ser más que del mismo tipo: las acciones remediales serían básicamente farmacológicas. La medicación con psicotrópicos es ahora una práctica muy común para corregir los problemas de la neurotransmisión cerebral que se dice causa el trastorno mental. Se dice generalmente que los avances experimentados por las neurociencias pusieron a disposición de la sociedad tratamientos farmacológicos más seguros, modernos y efectivos. No obstante algunos autores (Deacon, 2013) afirman que “los medicamentos con que se cuenta actualmente no son más seguros o efectivos que los que fueron ya descubiertos accidentalmente hace más de medio siglo (...) y muchos no han podido superar la prueba del placebo” (p.847).

**13** Actualmente, existen muchos temas pendiente de ser aclarados relacionados con la efectividad de esta moderna aproximación al modelo biomédico. Algunos de ellos son referidos por Deacon (2013); en forma de interrogantes:

¿Cómo pueden los desórdenes mentales, ser considerados enfermedades biológica de base cerebral, cuando los investigadores aún no han identificado variables biológicas

capaces de diagnosticar entre individuos con y sin desorden mental o que permitan distinguir diferentes desórdenes mentales uno del otro?

¿Cómo puede un desorden mental ser causado por un imbalance químico en el cerebro, cuando los científicos no cuentan con una línea de base estándar de lo que constituye un “balance químico” contra el cual comparar tal imbalance?

Si como se pregona, la medicación psicotrópica es segura y efectiva, ¿por qué aumentó la tasa de discapacidad mental en estrecha asociación temporal con su aumento de uso?

Por lo tanto, si el modelo biomédico de la enfermedad mental dio muestras de no ser tolo lo válido que debe ser y si los medicamentos psicotrópicos no son tan seguros ni efectivos como se dice, ¿con qué argumentos ciertos especialistas se arrojan la autoridad legal para hospitalizar y tratar contra su voluntad a personas con desórdenes mentales?

La respuesta a estas interrogantes amerita una postura científica firme y una convicción ética a toda prueba.

#### ***D. 14 Repercusiones de la mitología mental sobre la investigación en psicología clínica.***

Al inicio de los años 50 del Siglo pasado, Hans Jürgen Eysenck (1952) en un estudio conducido en el Hospital Maudsley de Londres, reportó que la psicoterapia no fue capaz de contribuir de manera clara a la recuperación de un grupo de pacientes neuróticos, al ser comparados con sus similares controles. Lo notable del estudio fue que la proporción de pacientes tratados que se recuperaron con psicoterapia era similar a la proporción de pacientes controles que se recuperaron de manera espontánea sin recibir tratamiento alguno. Este hallazgo llevó a Eysenck a postular a la psicoterapia como placebo. Posteriormente, estudios similares realizados con niños bajo tratamiento (Levit, 1963, Gluck y Cols., 1964), obtuvieron resultados similares.

Si bien existen también estudios que muestran que la psicoterapia es mejor que nada (existen varios reportes en este sentido, especialmente desde la psiquiatría, véase por ejemplo Luborsky, Singer y Luborsky, 1975), muchos años después del estudio de Eysenck, Strupp, (1996), dio a conocer los resultados de un nuevo estudio realizado por *Consumer Reports* sobre la eficacia de la psicoterapia. Dicho estudio consultó a una muestra de 4000 personas que hicieron uso de algún tipo de ayuda psicoterapéutica. Solo alrededor de la mitad, el 54% aceptó haber sido beneficiada por dicha ayuda. Nótese que la proporción que dijo ser beneficiada es más o menos similar a la reportada



por Eysenck. Ello quería decir que quienes reciben tratamiento psicoterapéutico tienen una probabilidad similar de mejorar que los que no la reciben.

La evidencia parece decirnos que, independientemente de los enfoques existentes, es preciso refinar la práctica clínica, y ello pasa necesariamente por respaldar dicha práctica con la investigación sistemática, seria y controlada.

**15** No obstante, la investigación en psicología clínica tropieza con varios problemas:

- a) En primer lugar, el error categorial aludido anteriormente, fruto del dualismo epistémico que ha secuestrado a esta forma aplicativa de la psicología, al confundir las expresiones mentales con las causas del comportamiento, ensombrece la direccionalidad de la investigación clínica. Mi posición aquí es que, el planteamiento de hipótesis que intentan establecer relaciones inferenciales entre por ejemplo, la motivación, las emociones, las actitudes u otros constructos mentales inferidos (que como señalamos solo constituyen interpretaciones erróneas del habla ordinaria), y el comportamiento desadaptado, no nos llevará a ningún lado, pues solo buscan estudiar relaciones causales basados en determinantes ficticios. Para que nuestra investigación no se invalide internamente por errores lógicos asociados a nuestras variables, es preciso repensar las relaciones al interior de la psicología clínica y explorar genuinas relaciones biunívocas.
- b) En segundo lugar, me parece que el estudio de los determinantes del comportamiento desadaptado debe ser independizado de la situación de terapia. Tanto por razones éticas como metodológicas no es posible poner a prueba nuestras hipótesis durante el curso de un tratamiento formal. Es importante señalar que hacer investigación es una tarea diferente de hacer psicoterapia. O investigas o haces terapia. Cuando se hace terapia el propósito es la recuperación del paciente y generalmente todo lo que se hace tiene ese fin. Cuando se investiga, en cambio, el objetivo es otro: no basta con advertir la recuperación del paciente o cliente, será preciso establecer inequívocamente la razón de dicha recuperación y para ello debe hacerse algo más que conducir a la persona hacia mayores niveles de bienestar subjetivo. Es bueno saber que la intervención es efectiva pero resulta imprescindible saber por qué lo es.
- c) Muchas veces la práctica clínica es muy poco sistemática. De hecho las relaciones entre las personas no son (o no deben ser) excesivamente estructuradas y en ocasiones se espera más bien que sean declaradamente espontáneas. Generalmente las características del paciente y la necesidad de empatizar con él obliga a salirse del libreto, a abandonar una forma de relacionamiento y adoptar (o improvisar) otras diferentes. En ocasiones ciertas acciones novedosas o creativas del terapeuta son

reforzadas o fortalecidas con la franca recuperación de su paciente. Si las nuevas formas de hacer terapia parecieron funcionar, entonces éstas se suelen incorporar al bagaje clínico como instrumental bajo inventario. La interminable variedad de terapias existentes en la actualidad tienen probablemente su origen en la incursión improvisada de procedimientos que en su momento parecieron funcionar. Este proceso que inevitablemente debe seguir el terapeuta es probablemente una de las razones por la cual cierta práctica clínica es tan anecdótica e idiosincrática. Esta es otra razón por la cual resulta recomendable separar la investigación de la práctica terapéutica en sí.

Por otro lado como señalan algunos autores (Castro-Solano, 2001, Nathan, Stuart y Dolan, 2000), “cada psicoterapia involucra la puesta en marcha de factores inespecíficos que no están vehiculizados explícitamente en las intervenciones. Muchos especialistas tienen la firme convicción que independientemente de los componentes activos de las psicoterapias, estos factores comunes son los responsables de explicar la mayor parte de la eficacia de las psicoterapias” (p. 66). En otras palabras, la variable relevante parecería no ser la técnica empleada, sino el cómo tratas al paciente.

d) En cuarto lugar, la investigación en psicología clínica sufre de debilidades en la confiabilidad y validez de los mecanismos diagnósticos que hacen parte de la psicoterapia misma. No es posible llevar a cabo investigaciones medianamente controladas si no se cuenta con sistemas de medida confiables y válidas de la variable dependiente, es decir, del comportamiento desadaptado que la terapia se dispone a enmendar. Asimismo debe clarificarse lo que se entiende por un cambio psicológico significativo y explorar qué indicadores se consideran signos confiables del cambio terapéutico. Los sistemas diagnósticos son útiles en la medida en que superan su obsesivo interés por el etiquetado a las personas y rescaten su potencial para realizar un análisis funcional de la conducta que se estudia. En otras palabras, no interesa que el paciente sea obsesivo, bipolar o ansioso, importa que el sistema diagnóstico nos ofrezca elementos sobre la frecuencia, intensidad, topografía y duración de los episodios de conducta desadaptada, así como su relación con las condiciones estructurales y funcionales del medio en que se produce. No interesa la especulación en torno a la relación que puede tener dicha conducta con supuestos estados mentales inferidos.

e) En quinto lugar, si la conducta anormal, desviada, desadaptada o como quiera llamársela<sup>2</sup>, es una respuesta compleja al contexto ético, jurídico y psicosocial del

---

individuo, la investigación en psicología clínica debería incorporar dichas variables, en sustitución de aquellas otras causales mentalistas, conceptualmente vacías.

f) Finalmente, pienso que debido a la naturaleza de la práctica clínica, parecería muy recomendable que la investigación ilumine los mecanismos de control de aquellas variables que podrían atentar contra la validez externa (los procedimientos de selección de participantes, la conformación de grupos de tratamiento, los efectos de orden y la ciclicidad del efecto) y validez ecológica (la representatividad de los contextos de tratamiento y procesos ambientales y los dispositivos reactivos) de la investigación clínica para mejorar la generalizabilidad de los resultados.

**16** Hace ya mucho tiempo que la psicología clínica, en palabras de Skinner, “voló” del laboratorio (es decir, abandonó la investigación), y a mi parecer, el desdén que ha demostrado por el rigor y la sistematicidad, le ha restado demasiado en precisión y eficacia. Es posible que entre los varios elementos que pueden explicar la irrupción de las llamadas “terapias alternativas”, está la insatisfacción generada por su escasa efectividad, por lo que es preciso devolverle su credibilidad otorgándole mayor seriedad. Ya es hora de que la psicoterapia haga otro vuelo, esta vez de regreso al laboratorio.

## Referencias

Alonso-Álvarez (2007). Valoración crítica de las actuales clasificaciones de los trastornos mentales. *Revista Psicología.com*, 11(1) s/p.

Angell, M. (2011a). The illusions of psychiatry. *The New York Times Review of Books*. Recuperado el 4 de octubre de 2016, de <http://www.nybooks.com/articles/archives/2011/jul/14/illusions-of-psychiatry/>

Angell, M. (2011b). The epidemic of mental illness: Why? *The New York Times Review of Books*. Recuperado el 4 de octubre de 2016 de <http://www.nybooks.com/articles/archives/2011/jun/23/epidemic-mental-illness-why/>

---

<sup>2</sup> El autor se siente incómodo empleando cualquiera de estos términos que son legado del modelo biomédico de la enfermedad mental, pero dada la inexistencia de expresiones biunívoca con el tipo de conducta que se desea modificar vía intervención psicológica especializada, se emplea cualquiera de ellos con la advertencia de que ninguno la describe a cabalidad.

Begley, S. (2010). The depressing news about antidepressants [Electronic version]. Newsweek (Recuperado el 4 de Octubre de 2016, de <http://www.thedailybeast.com/newsweek/2010/01/28/the-depressing-news-about-antidepressants.html>)

Castro-Solano, A. (2001). Fundamento y eficacia de la psicoterapia. Trabajo es parte del seminario de doctorado impartido en la Universidade Do sul de Santa Catarina (Brasil) en Julio/2001.

Davis, D. (2003). Losing the mind. Los Angeles Times. Retrieved October 4, 2016, from. <http://articles.latimes.com/2003/oct/26/magazine/tm-survivors43>

Deacon, B.J. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review* 33, 846–861.

Echeburúa, E., Salaberría, K., y Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica* 2014, Vol. 32, 1, 65-74.

Eysenck, H.J. (1952). *The Effects of Psychotherapy: An Evaluation. Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.

First, M. B. (2002). A research agenda for DSM-V: Summary of the white papers. *Psychiatric Research Report*, 18, 10–13.

Frances, A. (2012). A warning sign on the road to DSM-V: Beware of its unintended consequences [Electronic version]. *Psychiatric News* (Recuperado en October 4 de 2016, de <http://www.psychiatristimes.com/dsm-5/content/article/10168/1425378>)

Frances, A. (2013). *Saving Normal: An Insider's Revolt against Out-of Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. London: William Morrow (HarperCollins Publishers).

Gold, I. (2009). Reduction in psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 506–512.

Gluck, M.R., Tanner, M.M., Sullivan, D.F., y Erickson, P.A, (1964). Follow-up evaluation of 55 child guidance. *Behavior Research and Therapy*, 2, 131-134.

Insel, T. R. (2011). Mental illness defined as disruption in neural circuits. Recuperado el 3 Octubre, 2016, de <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2011/mentalillness-defined-as-disruption-in-neural-circuits.shtml>

Kraemer, H. C., Kupfer, D. J., Clarke, D. E., Narrow, W. E., y Regier, D. A. (2012). DSM-5: how reliable is reliable enough? *American Journal of Psychiatry*, 169, 13-15.

Kreitman, N. (1961). The reliability of psychiatric diagnosis. *Journal of Mental Sciences*, 107, 876-886.

Landa-Durán, P. (2011). Algunas Consideraciones sobre la adopción del modelo médico en psicología: El Caso de las Terapias Empíricamente Fundamentadas. *Revista Colombiana de Psicología*, 20, 1, 107-115

Levit, E.E. (1963). Results of psychotherapy with children: Further evaluation. *Behavior Research and Therapy*, 1, 45-51.

London School of Economics (2006). The Depression Report. A new deal for depression and anxiety disorders. London: The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group.

Luborsky, L., Singer, B. y Luborsky (1975). Comparative studies of psychotherapies. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.

Nathan, P., Stuart, S. y Dolan, S. (2000). Research on psychotherapy, efficacy and effectiveness: Between Scylla and Charybdis? *Psychological Bulletin*, 126 (6), 964-981.

Ribes, E. (1982). *Conductismo: Reflexiones críticas*. Barcelona: Ed. Fontanella.

Ribes, E. (1990a). La mente. La confusión como mito científico. Universidad de México. Revista de la Universidad Nacional Autónoma de México, Vol. 45, 474, 6-11.

Ribes, E. (1990b). *Psicología y salud: Un Análisis Conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.

Ryle, G. (1949). *The concept of mind*. N.Y.: Barnes & Noble.

Ryle, G. (1964). Ordinary Language. En V.C. Chappel (Ed.). *Ordinary Language*. N.Y.: Dover

Spiegel, A. (2012). When it comes to depression, serotonin isn't the whole story. Recuperado el 4 de octubre de 2016, de <http://www.npr.org/blogs/health/2012/01/23/145525853/when-it-comes-to-depression-serotonin-isnt-the-whole-story>

Stahl, L. (2012). Treating depression: Is there a placebo effect? 60 Minutes. Recuperado el 4 de Octubre de 2016 de [http://www.cbsnews.com/8301-18560\\_162-57380893/treating-depression-is-there-a-placebo-effect/](http://www.cbsnews.com/8301-18560_162-57380893/treating-depression-is-there-a-placebo-effect/)

Strupp, H. (1996). The tripartite model and the Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 51 (10), 1017-1024.

Szasz, T. (1970). *Ideología y enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.

Skinner, B.F. (1945). El Análisis Operacional De Los Términos Psicológicos. *Psychological Review*, 52, 270-277.

Thorpe, J.G., y Katz, B. (1948). *The psychology of abnormal behavior*. New York: Ronald.

Ullman, L.P., y Krasner, L. (1965). *Case studies in behavior modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc.

Yates, A.J. (1975). *Terapia del comportamiento*. México: Trillas.