

Algunas Consideraciones sobre la Adopción del Modelo Médico en Psicología: el Caso de las Terapias Empíricamente Fundamentadas

Some Considerations on the Adoption of the Medical Model in Psychology: The Case of Evidence-Based Therapies

PATRICIA LANDA DURÁN

Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen

Este ensayo rescata la discusión sobre la inadecuación del modelo médico como práctica ideologizada de la psicología en el ámbito de los problemas del comportamiento anormal. Se retoman los argumentos, todavía vigentes, planteados por la aproximación conductual a la conducta anormal, a favor de una estrategia de análisis funcional, piedra angular de la evaluación conductual. Se propone la desprofesionalización como una ideología alternativa para establecer criterios de aplicación del conocimiento psicológico.

Palabras clave: análisis conductual, análisis contingencial, conducta anormal, modelo médico, terapias empíricamente fundamentadas.

Abstract

This paper takes up the argument regarding the inadequacy of the medical model as an ideologized practice of psychology in the area of abnormal behavior problems. Drawing on those behavioral approach arguments that are still valid, in favor of a functional analysis strategy, which is the cornerstone of behavioral assessment, the deprofessionalization is proposed as an alternative ideology to establish criteria for the application of psychological knowledge.

Keywords: behavioral analysis, contingency analysis, abnormal behavior, medical model, evidence-based therapies.

La correspondencia en relación con este artículo debe dirigirse a Patricia Landa Durán, patricia.landa@gmail.com

ARTÍCULO DE REFLEXIÓN
RECIBIDO: 17 DE NOVIEMBRE DEL 2010 - ACEPTADO: 22 DE ABRIL DEL 2011

LA PSICOLOGÍA clínica nació con la convicción de proceder científicamente en el campo de la solución de los problemas humanos. En la definición formulada en 1935 por la sección clínica de la *American Psychological Association* (APA) se hacía hincapié en la función profesional que debía desempeñar el psicólogo aplicado así como en la utilización de métodos científicos y de los principios de la psicología para la valoración de los patrones y capacidades de conducta de cada individuo. El modelo que se estableció para la formación de los nuevos psicólogos aplicados fue entonces el científico-practicante (Phares & Trull, 1999).

Había quedado bien establecido el ámbito de conocimientos y las funciones profesionales que definirían a la psicología clínica; no así los criterios de aplicación de dicho conocimiento. La ideología que se adoptó tácitamente fue la del modelo médico. Mostraremos aquí un ejemplo actual de las implicaciones de regresar a dicho modelo, ahora en la evaluación de la eficacia de las “psicoterapias”.

Históricamente, la psicología ha sido a la vez ciencia y profesión. Más aún, cuando la psicología se consolida como modo de conocimiento científico, su aplicación, por demás pragmática, llevaba ya un buen tiempo en el escenario de los problemas sociales. La historia de la psicología aplicada es la historia de la psicología clínica y comienza con la fundación de la primera clínica psicológica y la primera revista científica de psicología clínica en la Universidad de Pennsylvania a finales del siglo XIX, por Lightner Witmer. Para él, la psicología clínica era una institución de servicio público, de investigación y de formación de profesionales capaces de resolver problemas en el campo de la orientación vocacional, de la salud pública, de la educación, de la industria, de la rehabilitación y de la guía social (Baron, 2006).

Las tecnologías siempre han tenido un encargo social específico y son precisamente las demandas sociales las que las hacen desarrollarse.

En el caso de la psicología clínica, dos acontecimientos históricos resultan muy ilustrativos de su nacimiento y desarrollo. Por un lado, en 1905, Alfred Binet publicó la primera prueba objetiva de inteligencia con la finalidad de apoyar al gobierno francés en la identificación de los individuos con retardo mental y el pronóstico de fracasos escolares. Esto proveyó a los psicólogos de una herramienta de trabajo invaluable y sentó las bases para el desarrollo de una de las funciones profesionales que han caracterizado al psicólogo aplicado: la evaluación psicológica. Ya para 1921, James McKeen Catell fundaba la *Psychological Corporation* para comercializar pruebas y consultas psicológicas.

Por otro lado, la necesidad de seleccionar a las personas más adecuadas para las tareas militares durante la Segunda Guerra Mundial, así como la incapacidad del cuerpo médico para atender los innumerables casos de “neurosis de guerra”, favoreció que los psicólogos se desempeñaran en un campo que les había estado vedado hasta ese momento, el de la *psicoterapia*. El mayor impacto fue en los Estados Unidos, donde hubo tal abundancia de veteranos de guerra que se llegaron a necesitar 4.700 nuevos psicólogos clínicos para evaluar y administrar psicoterapia en las instituciones de la *Veterans Administration* (Pérez, 1981). El congreso norteamericano aprobó rápidamente el Acta de Salud Mental para establecer el *National Institute of Mental Health*, en un intento por capacitar y emplear a profesionales de la salud mental que pudieran prevenir los trastornos psicológicos. Al mismo tiempo que Catell, Binet y Witmer adaptaban los procedimientos experimentales a las pruebas clínicas y a los estudios de las diferencias individuales, los estudiosos de la conducta anormal desarrollaban ideas acerca de la motivación, la psicopatología y la psicoterapia. Gracias a Stanley Hall y William James, los escritos de Freud tuvieron un mayor impacto en la psicología norteamericana que en la psiquiatría europea.

En 1949, con la famosa Conferencia Boulder, se estableció formalmente el perfil del psicólogo clínico; primero debería ser psicólogo, es decir, debería tener una sólida formación en las áreas más importantes de la teoría, conocimiento e investigación de la psicología anormal, de la psicología de la personalidad y de la psicología social, y posteriormente debería adquirir las habilidades necesarias para la intervención psicoterapéutica (Phares & Trull, 1999).

Fue un arduo camino el que tuvieron que recorrer los primeros psicólogos clínicos para establecer formalmente las funciones profesionales que los definirían, a saber, la evaluación y el tratamiento. Y, sin lugar a dudas, anclar estas actividades en la generación de conocimiento adoptando el modelo científico ha rendido sus frutos. Sin embargo, faltó reflexión sobre los modos de aplicación de ese conocimiento y se adoptó tácitamente el modelo profesional de la disciplina que hasta ese momento tenía el encargo social, la medicina.

Concepción Clínica del Comportamiento Humano y los Problemas de su Evaluación

No se puede hablar de ejercicio profesional y dejar de lado los criterios sociales de aplicación del conocimiento científico. ¿Quién decide qué comportamientos son desadaptados y por qué? ¿Quién decide cuáles se deben cambiar? ¿Quién decide la dirección de dicho cambio? ¿Quién decide los criterios de consecución del cambio? Las disciplinas aplicadas tienen un qué y un cómo. El qué es el contenido teórico-metodológico, el conocimiento sobre el objeto de estudio, en este caso, el comportamiento. El cómo consiste en la aplicación de esos conocimientos, así como los criterios que se utilizarán, con el propósito de alterar el objeto (Landa, 1998).

En el caso de la naciente psicología clínica, los criterios de aplicación adoptados tácitamente fueron de naturaleza médico-clínica. Desde el mismo momento en el que se incorporaron

conceptos como desorden mental, psicoterapia, paciente, intervención, psicodiagnóstico, se definió tácitamente el *cómo*, es decir, la ideología con la cual se modificaría el objeto. Incluso en el caso del análisis conductual aplicado y la terapia conductual, pues, si bien es cierto que la revolución conductista dotó a la psicología clínica de un nuevo contenido teórico —las teorías del aprendizaje—, el *cómo* quedó oculto en una supuesta nueva manera de proceder en el análisis del comportamiento humano (véase San Román, 1999).

Aceptar el criterio de normalidad-anormalidad para referirse al comportamiento humano socialmente valorado como inadecuado, desviado, desadaptado, es adoptar una concepción médico-clínica. La primera implicación de esta concepción es asumir la existencia de anormalidad intrínseca en el comportamiento. Los trabajos pioneros de los analistas experimentales de la conducta en el ámbito de las instituciones psiquiátricas estuvieron encaminados a demostrar que la conducta anormal, al igual que *el comportamiento normal*, se podía explicar a la luz de los principios del aprendizaje (Ullman & Krasner, 1975; Wenrich, 1970). Se reconoció así la existencia de dos tipos de conductas, la conducta normal y la conducta anormal.

Ahora bien, demostrar la pertinencia del uso de los principios del aprendizaje en contraste con las aproximaciones tradicionales a la explicación y alteración de los problemas psiquiátricos permitió a los psicólogos conductuales legitimar un campo de ejercicio profesional, el campo de la psicopatología. Pero, por otro lado, justificó, paradójicamente, el dualismo al que siempre se habían opuesto. Para romper con este no bastaba con traducir a términos conductuales una serie de etiquetas psiquiátricas. La metáfora de la enfermedad mental (Szasz, 1960) se tomó como verdadera. 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.

Ya se ha hablado en otros escritos sobre las consecuencias de extender el criterio de anormalidad desde la medicina, en donde se usa exitosamente para diagnosticar y tratar las enfermedades, hacia la psicología, en donde el resultado es una etiqueta que enuncia un juicio de valor (Rodríguez & Landa, 1996). Por ejemplo, tener un episodio de depresión es inadecuado, desadaptado o desajustado —está mal estar deprimido, no *debe ser*—, y si es muy grave, hablamos de un trastorno del estado de ánimo¹.

Calificar al comportamiento como enfermo es hablar metafóricamente. En el lenguaje ordinario usamos el concepto para tratar de explicar por qué alguien se comporta de manera diferente, ilógica, excéntrica. Decimos “se comporta *como si* estuviera enfermo”. Y esta calificación es posible en la medida en que la ocurrencia del comportamiento se da como parte de un sistema de relaciones sociales, en donde se establecen además los criterios para dicha adjetivación.

Una primera implicación de aceptar el criterio de anormalidad fue la sistematización de series de comportamientos definidos molecular y morfológicamente, para la construcción de clasificaciones de *problemas conductuales*. Ahora, la neurosis fóbica, por ejemplo, no era otra cosa que una lista de comportamientos (aceleración de la tasa cardíaca, respuestas de piloerección, cambios en la respuesta galvánica de la piel, conductas de evitación, conductas de escape, frente a un estímulo fóbico) (Kanfer & Saslow, 1969) y no eran síntomas, eran las conductas meta a modificar.

La segunda implicación fue asumir que las conductas anormales son universales y que, por lo tanto, cualquier procedimiento de cambio que demostrara ser eficaz para alterar el comportamiento problema en cuestión serviría para todos y cada uno de los individuos que lo

presentaran; al margen de las características del individuo y de su entorno.

A pesar de que se propuso al análisis funcional del comportamiento como la alternativa al psicodiagnóstico, en la actualidad se ha preferido recurrir a taxonomías de naturaleza médico-psiquiátrica para el diagnóstico de los *problemas conductuales* como el DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 2000) y el CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992). Operar sobre la base de taxonomías nosológicas ha cancelado la posibilidad de realizar el análisis funcional originalmente propuesto². En primer lugar, la etiqueta asignada al *desorden conductual* sugiere automáticamente las conductas objeto de análisis, que son justamente las que definen a la etiqueta. En segundo lugar, prescribe tanto la meta del tratamiento —eliminar / establecer las conductas de la etiqueta— como la cura misma —la técnica asociada a la etiqueta—. Así, quedan fuera del análisis otras conductas propias del individuo que ocurren en las situaciones problema y que pueden ser funcionalmente pertinentes para su definición; las situaciones problema, con todas sus propiedades disposicionales, capacidades, tendencias, inclinaciones, propensiones; la efectividad del comportamiento valorado como problema; la participación funcional del comportamiento de los otros significativos para el individuo; la historia de mediación de los comportamientos valorados como problema. En fin, todo lo que constituiría un análisis funcional legítimo.

Concepción Clínica del Comportamiento Humano y los Problemas de su Tratamiento

Una tercera implicación de adoptar una concepción clínica del comportamiento se refleja en el proceso de intervención. Desde el

1 Recuérdese que, desde sus inicios, la psiquiatría estableció la existencia de dos grandes enfermedades mentales, la psicosis y la neurosis; la depresión es un tipo de neurosis.

2 Tal vez la excepción más notable sea el trabajo realizado por el Dr. Stephen Haynes, quien a lo largo de muchos años ha venido ordenando y sistematizando estrategias de análisis funcional, resultando en la propuesta de un modelo (véase Haynes & O'Brien, 2000).

enfoque clínico, el criterio de éxito de cualquier intervención será de naturaleza eliminativa y curativa. Las enfermedades son curadas eliminando lo que está provocando el mal; por eso es tan importante el tratamiento.

Han pasado ya algunos años desde que el controversial artículo de Eysenck (1952) desatará una avalancha de investigaciones encaminadas a demostrar que la psicoterapia sí era efectiva para curar la enfermedad mental, más allá de la cura por conversación (Lambert, Shapiro & Bergin, 1986). El campo de investigación en psicoterapia rindió sus frutos, ordenó el conocimiento generado y permitió la construcción de un ámbito profesional legítimo. Sin embargo y parece ser que por intereses políticos y económicos de los servicios de salud norteamericanos (Lampropoulos, 2000), se han establecido criterios para seleccionar tratamientos psicológicos eficaces. El reto se propone, según Rodríguez (2004), desde la psiquiatría biológica y de acuerdo con la American Psychological Association (APA). Una intervención mostrará su eficacia cuando el tratamiento resulte mejor que un tratamiento placebo, o bien, cuando demuestre una eficacia similar a otro ya probado. Se propone también usar diseños con un grupo control y asignación de clientes al azar, grupos de al menos 30 personas, y los tratamientos deben ser descritos operacionalmente, aplicados a una población específica y con un problema concreto, de acuerdo a las clasificaciones del DSM, (Chambless & Hollon, 1998; Chambless & Ollendick, 2001; Nathan & Gorman, 2002).

**Vigencia de los Principios
del Aprendizaje en la Explicación
del Comportamiento Valorado
como Problema**

El paradigma conductual ha enfatizado siempre la evaluación empírica y multidimensional del comportamiento y los factores medioambientales. Ha promovido el desarrollo y la validación de instrumentos confiables y

sensibles en la medición del comportamiento y las diferentes variables sociales, cognitivas y fisiológicas, que con frecuencia son fuentes de variabilidad conductual. Más aún, desde sus inicios, ha hecho hincapié en que el tratamiento debe ser personalizado, en contraposición a la aplicación generalizada de tratamientos estandarizados, y que el análisis funcional debe ser el marco a través del cual seleccionen los procedimientos de cambio acordes con el individuo y su problema. (e. g., Caballo, Marinho & Carrillo, 2003; Haynes & O'Brian, 2000; Sturmey, 2007).

Esta característica de la aproximación conductual se extiende no solamente a la identificación y definición del problema, sino que permea todo el proceso de cambio conductual. Se evalúan metas y objetivos continuamente y se sigue observando el mantenimiento de los cambios más allá del final del proceso de intervención. Los principios del aprendizaje se han utilizado para diseñar estrategias de cambio en un sinfín de escenarios: asilos, hospitales, escuelas, comunidades; con un sinfín de sujetos: niños, adolescentes, familias, parejas; para un sinfín de problemas. La aproximación conductual es, sin duda, el contenido teórico que hasta este momento le ha permitido al psicólogo clínico ampliar el horizonte de su ejercicio profesional.

Sin embargo, queda pendiente el problema del *cómo*. La aproximación conductual no puede solucionarlo porque el problema del *cómo* no es conceptual, es un problema ideológico, es un problema de criterios de aplicación del conocimiento. Se ha pensado que reconsiderando el proceso terapéutico como un proceso de *reeducación*, de *reaprendizaje* de nuevas formas de relación, se salva la influencia del modelo médico. Pero se transformó al paciente en alumno, y el terapeuta-profesor es el que decide lo que el alumno tiene que saber. Inclusive en el empirismo colaborativo de la terapia cognitivo-conductual está presente el supuesto de la conducta anormal.

Para salvar este obstáculo, un camino alternativo podría ser la incorporación del análisis de los sistemas de relaciones sociales, que hacen posible que el comportamiento se valore, a las propias estrategias de evaluación. Esto es, reconocer, identificar y articular la dimensión valorativa. Esto permitiría no solamente identificar el juicio de valor, sino además los criterios que se utilizan para aplicarlo. Es decir, para poder tener un análisis funcional integral no basta con identificar y definir un problema, hay que entender también por qué es problema y para quién.

Una Ideología Alternativa: la Desprofesionalización

Se levantó una encuesta informal a una lista de 400 contactos de correo electrónico, por medio de una aplicación llamada Google Docs, del 17 de septiembre al 4 de octubre del 2010. Los invitados a contestar la única pregunta de la encuesta son identificables aunque su respuesta es anónima. Los resultados los podemos observar en la Figura 1.

Quando usted ha pasado por un problema emocional fuerte, ¿a quién ha acudido para solicitar ayuda?

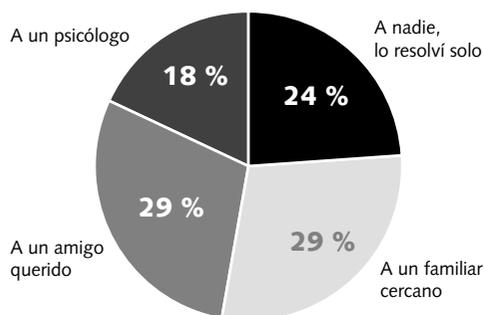


Figura 1.

Con todas las reservas que impone una encuesta en línea, lo primero que llama la atención es que casi una cuarta parte de los encuestados (24%) reportan haber solucionado su problema sin ayuda, y que más de la mitad (58%) acudieron a no profesionales. Esto puede atribuirse, en parte, a las creencias de las personas sobre el trabajo

del psicólogo, pero coincide ampliamente con el punto de vista de Lawrence Stevens (2001), entusiasta promotor de la antipsiquiatría, en el sentido de que: “La mejor persona para hablar de tus problemas en la vida, es un buen amigo. Se ha dicho que los ‘terapeutas son los amigos más caros.’ Así también podemos decir que los amigos son terapeutas sin costo” (párr. 1).

En un escrito ya clásico y ampliamente citado, Ribes (1982) explica, alrededor de la idea de que la psicología es fundamentalmente una disciplina científica, que el quehacer profesional del psicólogo solo puede ser indirecto actuando sobre el usuario a través de otro profesional o paraprofesional. Su función, explica Ribes, es doblemente desprofesionalizadora. Primero, mediando entre la producción de conocimiento y las diferentes profesiones no psicológicas que lo aplican, y segundo, transfiriéndolo directamente a los usuarios. En ambos casos, son los propios usuarios los que deciden los criterios de aplicación de ese conocimiento. Recientemente, Ribes (2009) reflexiona sobre la naturaleza multi- e interdisciplinaria del quehacer profesional del psicólogo. No hay que perder de vista que los problemas de relación humana son multidimensionales, razón de más para considerar que el conocimiento sobre lo psicológico es necesario pero no suficiente para solucionarlos.

Las reflexiones sobre el contenido teórico y el ejercicio ideológico de la psicología clínica hasta aquí comentadas llevaron a la construcción de una estrategia de evaluación para el cambio conductual individual denominada *análisis contingencial* (Ribes, DíazGonzález, Rodríguez & Landa, 1990). Esta estrategia adoptó nuevos contenidos teóricos derivados tanto de la noción de interconducta (Kantor, 1924-1926) como de la lógica de la taxonomía propuesta por Ribes y López (1985). El análisis contingencial se compone de cuatro dimensiones: el sistema microcontingencial, el sistema macrocontingencial, la(s) conducta(s) mediadora(s) y los factores de disposición.

El sistema microcontingencial lo constituyen las relaciones situacionales explícitamente valoradas como problema por el individuo o los otros significativos, mientras que el sistema macrocontingencial lo constituyen las prácticas individuales que regulan y definen los criterios de valor aplicados a las relaciones definidas situacionalmente como problemáticas. La o las conductas mediadoras son los comportamientos tanto del individuo como de los otros significativos que articulan la red de relaciones que se están estableciendo, y los factores disposicionales son los que facilitan o no que una interacción tenga lugar.

Comentarios Finales

La aproximación conductual a los problemas sociales ha demostrado su viabilidad durante los últimos 50 años. Su éxito se explica en gran medida porque el conocimiento que ha aplicado se ha generado en el mejor espíritu de la investigación científica (e. g., Mustaca, 2004). Cuando el análisis conductual aplicado y la modificación de conducta aparecieron en los hospitales psiquiátricos, en los asilos y en las cárceles, el trabajo que realizaron los conductistas tuvo la suficiente calidad como para desplazar *estrategias terapéuticas* que no demostraron ser eficaces. Con el paso del tiempo, se han puesto en tela de juicio muchos de los principios del condicionamiento operante que dio origen a ese movimiento. Se incorporó la terapia conductual y luego la terapia cognitivo-conductual. Lo que no se ha abandonado nunca es el enfoque metodológico. Ejemplo de ello es la propuesta de Goodheart, Kazdin y Sternberg (2006) para enfrentar las presiones de las TEF, quienes argumentan a favor de la importancia de evaluar sistemáticamente el cambio en casos individuales en la práctica clínica y, en ese contexto, abogan por el uso de experimentos de caso único.

Permanecer atento a la generación de conocimiento o generar el propio conocimiento permitirá seguir desarrollando, construyendo

y evaluando estrategias que otros profesionales y los mismos usuarios puedan utilizar. En ese sentido, el análisis contingencial proveyó de una estrategia para evaluar la efectividad y la eficacia de los procedimientos de cambio conductual, reconociendo inicialmente la dificultad de comparar procedimientos terapéuticos que provienen de diversas aproximaciones conceptuales, pero considerando la posibilidad de realizar un análisis funcional de estas (DíazGonzález, Landa, Rodríguez, Ribes & Sánchez, 1989).

Si el problema planteado por las Terapias Empíricamente Fundamentadas (TEF) es de índole ética, el primer paso debe ser el abandono de la metáfora de la enfermedad mental y de los criterios de normalidad-anormalidad aplicados al comportamiento humano. El problema no es la convicción de hacer psicoterapia honesta, sino la adopción de criterios médicos en la definición de la supuesta honestidad. No se pueden combatir argumentos ideológicos con premisas científicas.

Finalmente, mantener la metáfora de la enfermedad mental y, por lo tanto, el establecimiento de criterios médicos para evaluar su cura significaría una ventaja tanto para la medicina como para la psicología. Para la medicina, porque recuperaría su encargo de curar las enfermedades de la mente, y para la psicología, porque, una vez librada de ese encargo, se pondría a generar conocimiento potencialmente aplicable en el ámbito de la salud. Como afirmaran Bellar, Deardorff y Kelly (1987), los psicólogos no podemos practicar medicina, los psicólogos solo podemos practicar psicología.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. Texto revisado) Recuperado de <http://www.psico-med.net/principal/dsmiv.html>
- Baron, J. (2006). *Lightner Witmer and the beginning of clinical psychology*. Recuperado de <http://www.psych.upenn.edu/history/witmertext.htm>

- Belar, C., Dearthoff, W. & Kelly, K. (1987). *The practice of clinical health psychology*. New York: Pergamon Press.
- Caballo, V., Marinho, M. & Carrillo, G. (2003). El papel del análisis funcional del comportamiento en el proceso de elección del tratamiento: un estudio de caso. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 335-350.
- Chambless, D. L. & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 66, 7-18.
- Chambless, D. L. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- DíazGonzález, E., Landa, P., Rodríguez, M., Ribes, E. & Sánchez, S. (1989) Análisis funcional de las terapias conductuales: una clasificación tentativa. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 7 (3), 241-256.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 16, 319-324.
- Goodheart, C., Kazdin, A. & Sternberg, R. (2006). *Evidence-Based psychotherapy: Where practice and research meet*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Haynes, S. N. & O'Brien, W. O. (2000). *Principles of behavioral assessment: A functional approach to psychological assessment*. New York: Plenum / Kluwer Press.
- Kanfer, F. H. & Saslow, G. (1969). Behavioral diagnosis. En C. M. Franks (Ed.), *Behavior therapy: Appraisal and status*. New York: McGraw-Hill.
- Kantor, J. R. (1924-1926). *Principles of psychology* (vols. 1-2). New York: Alfred Knopf.
- Lambert, M. J., Shapiro, D. A. & Bergin, A. E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. En S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 157-212). New York: Wiley.
- Lampropoulos, G. K. (2000). A reexamination of the empirically supported treatments critiques. *Psychotherapy Research*, 10, 474-487.
- Landa, P. (1998). Algunas consideraciones sobre el qué y el cómo de la psicología conductual aplicada. *Revista Electrónica de Psicología*, 1 (2). Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/numerodos/queycomo.html>
- Mustaca, A. (2004). Tratamientos psicológicos eficaces y ciencia básica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36, 11-20.
- Nathan, P. E. & Gorman, J. M. (2002). *A guide to treatments that work*. New York: Oxford University Press.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación internacional y estadística de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (10.ª ed.). Recuperado de <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
- Pérez, A. (1981). *Psicología clínica. Problemas fundamentales*. México: Trillas.
- Phares, E. & Trull, T. (1999). *Psicología clínica: conceptos, métodos y práctica*. México: Manual Moderno.
- Ribes, E. (1982). *Conductismo: reflexiones críticas*. Barcelona: Fontanella.
- Ribes, E. (2009) Reflexiones sobre la aplicación del conocimiento psicológico: ¿Qué aplicar o cómo aplicar? *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 35, 3-17.
- Ribes, E., DíazGonzález, E., Rodríguez, M. L. & Landa, P. (1990). El análisis contingencial: una alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento. En E. Ribes, *Problemas conceptuales en el estudio del comportamiento humano* (pp. 113-131). México: Trillas.
- Ribes, E. & López, F. (1985) *Teoría de la conducta. Un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.
- Rodríguez, A. (2004). La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: alternativas a los tratamientos empíricamente validados. *Papeles del Psicólogo*. Recuperado de <http://www.eudemon.net>
- Rodríguez, M. L. & Landa, P. (1996) El análisis contingencial: una nueva orientación para la psicología aplicable. En J. Sánchez-Sosa, C. Carpio & E. DíazGonzález, *Aplicaciones del conocimiento psicológico* (pp. 51-67). México: Universidad Nacional Autónoma de México.

- San Román, J. M. (1999). *Etiquetas y diagnósticos*. Recuperado de <http://www.conducta.org/articulos/etiquetas.htm>
- Stevens, L. (2001). *The case against psychotherapy*. Recuperado de <http://www.antipsychiatry.org/psychoth.htm>
- Sturmev, P. (2007). *Functional analysis in clinical treatment*. London: Elsevier.
- Szasz, T. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15, 113-118.
- Ullman, L. & Krasner, L. (1975). *A psychological approach to abnormal behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Wenrich, W. (1970). *A primer of behavior modification*. Belmont, CA: Brooks / Cole.