



PSICOLOGÍA CLÍNICA: CONSIDERACIONES GENERALES

Juan Antonio Vargas Bustos¹
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Resumen

El artículo presenta una revisión de la historia de la psicología clínica señalando la influencia que la cultura ha tenido en su conformación, también se indica cómo las distintas teorías psicológicas han encausado su operación en formas diametralmente diferentes. Finalmente se expone la manera en que la psicología interconductual opera en este ámbito, planteando la opción de la Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC).

Palabras clave: Psicología, clínica, interconductual, Intervención Interconductual en el contexto clínico.

Abstract

The article presents a history revision of the clinical psychology pointing the influence that the culture has in its conformation. Also it points how the different psychological theories have done their operation in very different ways. Finally it exposes the way the interconductual psychology works in this matter, giving as an option the Interconductual Intervention in the Clinic Context (IICC).

Keywords: Psychology, clinic, interconductual, Interconductual Intervention in the Clinic Context.

¹ Maestro en Psicología, Profesor de Asignatura área de Psicología Clínica, UNAM FESI, juanvargas@mexico.com

Y qué se va a hacer, ha de haber gente pa´ todo

Joan Manuel Serrat

Desde la más remota antigüedad el hombre se ha preguntado por qué se comporta como lo hace, pero principalmente capturó su interés el observar individuos que no actuaban como la mayoría e incluso su comportamiento resultaba ofensivo; además les era complicado (cuando no imposible) hacer que cambiaran y se ajustaran a las reglas. Según el momento histórico y el lugar que analicemos nos daremos cuenta que la “clasificación” y “tratamiento” que reciben estas personas son diametralmente distintos, en muchos casos inadecuados e ineficaces, en los menos efectivos.

El origen de la psicología clínica se puede identificar en los intentos por alterar el comportamiento fundamentándose en prácticas místicas, creencias religiosas, explicaciones médicas y procedimientos psicológicos (Hothersall, 1997).

La magia, las influencias espirituales o designios misteriosos fueron las primeras explicaciones para el comportamiento “raro” (Kantor, 1990); las formas de intervenir pócimas, ritos o ceremonias. Las prácticas místicas, como características culturales de determinados pueblos antiguos, entrelazaban su mitología con los problemas de comportamiento, y los enfrentaban según los recursos con los que contaran; leyendas sobre el origen del hombre y de sus pueblos incluían reglas de proceder personal y de convivencia, incluían también las medidas a adoptar para controlar o erradicar el comportamiento de los individuos que contravenían las costumbres; por todo el mundo antiguo surgieron mitos que hicieron las veces de “criterios de normalidad” e “intervenciones curativas” ante la conducta diferente y/o inconveniente: persas, indios, chinos, japoneses, egipcios, griegos, romanos, escandinavos, árabes y tantos otros (Repollés, 2001) crearon y luego fueron subordinados a la medidas de control social que (valga recalcar) permitían el funcionamiento comunitario, ya que como Kantor (1990) señala, los pueblos primitivos no pueden ser considerados como inferiores o ignorantes, sus prácticas sociales corresponden

a necesidades concretas y por tanto la pertinencia de tal o cual providencia sólo es sensible de ser valorada en condiciones sociales únicas.

Un ejemplo de la pertinencia de cánones de comportamiento del mundo antiguo lo podemos encontrar en el trabajo de Miguel León-Portilla *Los antiguos mexicanos a través de sus crónicas y cantares (1994)*, donde son examinadas las tradiciones de la civilización mexicana antigua mediante sus códices, cantos, poemas, anales y palabras de ancianos; el comportamiento de padres e hijos, de esposo y esposa, el trabajo, la sabiduría y el arte son los temas sobre los que se dicta la forma y medida para lograr convenientemente su ejercicio.

Para hacer un juicio equilibrado de los pueblos antiguos respecto a la forma de catalogar el comportamiento de los individuos y la manera de cambiarlo cuando era necesario, evidentemente hay que señalar que (como hoy) hubo logros y fracasos, bondades y excesos, eficacia e ineficacia basada en la ignorancia y la sabiduría de ese tiempo; se debe tener cuidado en la forma en que se juzgan los actos de los hombres en el pasado desde la óptica actual, son otros los valores y las leyes para preservar los que nos indican lo bueno y lo malo. Los aztecas hacían sacrificios humanos para ofrecer la sangre al sol, el hombre correspondía a la vida que le daba el sol dando vida; actualmente por mantener un trabajo, posición, remuneración o privilegios el hombre calla, miente o traiciona... ¿cuál es la diferencia?

La aparición de la religión cristiana transformó tanto la expresión sistemática del uso de la razón planteada por los griegos (Gutiérrez, 1971) como transfiguró o destruyó las tradiciones de múltiples pueblos. Aunque de forma paralela continuaron con su desarrollo o aparecieron otras religiones, las creencias religiosas cristianas influyeron notablemente en la cultura occidental; la religión cristiana abordó el tema del comportamiento humano con criterios de maldad y bondad; explicando como “posesión” o “castigo divino” el que alguien no fuera como los demás; la forma de “curarlos” era proporcional, se buscaba acercarlos como fuera a la salvación: exorcismo, tortura o muerte son claros ejemplos (Kantor, 1990; Compas y Gotlib, 2003).

El período en que la religión dictó las formas de tratar a los individuos trastornados es relativamente grande en el contexto de la historia de la humanidad; inició, tal y con el calendario que nos rige, en el siglo I (después de cristo) hasta finales del siglo XVIII; siendo particularmente crítica su influencia entre los siglos IV y XV, lapso conocido como la edad media europea.

La religión cristiana desde sus inicios intentó hacerse cargo de los desamparados, entre ellos de los “endemoniados”; como bases del cristianismo el Talmud y el Antiguo testamento entendían al comportamiento disonante como castigo divino, transformándose en la influencia de las fuerzas del mal o demonología (Compas y Gotlib, 2003). Podríamos suponer sin temor a equivocarnos que los endemoniados incluían personas con comportamiento diferente, deformidades, enfermedades, origen étnico, diferencias religiosas, preferencias personales, e incluso, diferencias políticas.

La historia está plagada de ejemplos donde la gente era quemada en hogueras, empalada o sometida a las peores torturas, fuera para salvarla, castigarla o simplemente deshacerse de ella. Un ejemplo paradigmático lo fueron las cruzadas donde cristianos europeos entre el siglo XI y XIII emprendieron múltiples veces la lucha militar por recuperar Tierra Santa y deshacerse de los “infielos” musulmanes.

La culminación (si así se le puede llamar) de la influencia que las creencias religiosas cristianas tuvieron en la identificación y tratamiento de los endemoniados la podemos encontrar en *Malleus Maleficarum (El martillo de las brujas)* publicado en 1510, donde se hace una detallada (y cruel) descripción de la existencia, características y examinación de las brujas; se convirtió en un texto de la Inquisición (Hothersall, 1997).

Martín Lutero resumió con su actitud la postura que la religión cristiana mantuvo durante varios siglos para con la gente comportamentalmente disonante, describiéndolas como carentes de razón y alma, ateas y poseídas por el diablo (Hothersall, 1997).

La fuerte ingerencia de la iglesia en la actividad social del siglo XVI en occidente comenzó a impregnarse de una postura compasiva derivada del

desarrollo de las ciencias y las artes del renacimiento italiano (XV-XVI); los primeros hospitales, aunque controlados por religiosos, comenzaron a ser una alternativa para la atención de las personas que, ahora se decía, padecían de “locura”.

Durante los siglos XVII y XVIII los hospitales fungieron como centros de reclusión y aislamiento social de los locos, su atención se limitaba en la mayoría de los casos a una repugnante alimentación y cobijo, siendo objeto de intentos de cura como sangrías, purgas y vómitos, pasando la mayor parte del tiempo encadenados y azotados por sus cuidadores (Hothersall, 1997).

Para el siglo XIX dos eventos cambiaron tanto el trato como la concepción de la locura: la actitud humanitaria y el desarrollo de la medicina. Phillipe Pinel, William Tuke y Dorothea Dix encabezaron el cambio en las condiciones de vida de los individuos en instituciones hospitalarias, intervinieron mejorando los espacios físicos de los establecimientos y los tratos dispensados, creando incluso centros especiales y difundiendo el trato humanitario. Por otra parte el incipiente conocimiento del comportamiento disonante se adjudicó a condiciones biológicas como la enfermedad, las malformaciones o la herencia; la aparición de procedimientos médicos como la lobotomía, inducción de coma, terapia electroconvulsiva y fármacos psicoactivos se convirtieron, hasta muy entrado el siglo XX, en las formas de tratar lo que comenzó a llamarse “enfermedad mental” (Phares y Trull, 1999; Compas y Gotlib, 2003; Hothersall, 1997).

En este momento es importante recalcar que la historia hasta aquí reconstruida tiene como eje la cultura occidental, ya que no todas las civilizaciones enfrentaron de la misma forma el comportamiento disonante; por dar un ejemplo mientras que en la Europa medieval la homosexualidad se castigaba con la muerte, algunos grupos de nativos americanos integraban al homosexual a la vida cotidiana. Hay que señalar también que aunque parezca que a través de los siglos ha evolucionado la concepción del comportamiento humano, las prácticas fundadas en la ignorancia continuamente aparecen en la historia de la humanidad hasta el día de hoy y muy probablemente en el futuro.

El final del siglo XIX y todo el siglo XX vieron surgir en la forma de teorías psicológicas distintas maneras de intervención para el comportamiento disonante, ahora nombrado como enfermedad mental o comportamiento anormal según la referencia teórica de la que se partiera. Aunque en apariencia los adelantos científicos, tecnológicos y culturales sugerían una psicología clínica apartada de los conceptos de influencias místicas, posesiones o locura, se conservó la lógica implícita en ellos y por lo tanto todas sus desventajas (Kantor, 1990; Ribes, 1990). Estas intervenciones clínicas se fundamentaron principalmente en tres teorías: psicoanalítica, conductual y cognoscitiva.

Sigmund Freud logró vencer su adicción a la cocaína en 1885, lo que le permitió continuar con su carrera como médico y obtener una beca que lo llevó a París para conocer a Charcot y sus trabajos sobre hipnosis e histeria; el tema de la histeria que pocos años antes había discutido con Breuer en el caso de Ana O. y le había causado tanto interés. Ya en su práctica clínica, Freud pedía a sus pacientes histéricos que recordaran el inicio de sus síntomas y todo aquello que llegara a sus mentes; a este procedimiento lo nombró primero como el “método Breuer”, luego como “análisis físico”, y finalmente como “psicoanálisis” (Hothersall, 1997); el origen y desarrollo del psicoanálisis se dio en la propia práctica clínica, teniendo como condición necesaria para poder aprenderlo el autoanalizarse (Freud, 1998, *publicación original 1917*).

El psicoanálisis es una forma de tratamiento de la neurosis (trastornos emocionales) mediante el estudio de los procesos psíquicos inconscientes cimentados en los impulsos instintivos sexuales (Freud, 1998); consiste principalmente en la libre asociación de ideas que al ser enunciadas por el paciente son interpretadas por el psicoanalista, otras maneras de analizar el contenido inconsciente es a través de la interpretación de los sueños o los actos fallidos (Freud, 1998); el aparato psíquico se divide en inconsciente, preconscious y consciente, división complementada en una segunda etapa por el propio Freud con la correlación del ello [id], yo [ego] y súper yo [súper ego] (Dupont, 2000); dada su relación con los impulsos sexuales la personalidad pasa por cinco etapas: bucal, anal, fálica, latente y genital (Whittaker y

Whittaker, 1985); de estos principios se derivan técnicas particulares y el sistema interpretativo psicoanalítico.

Al paso del tiempo el psicoanálisis freudiano fue (además de ampliamente criticado, p. ej. en el año de 1952 la crítica que Eysenck hizo de su eficacia) reevaluado, modificado y asimilado por otras posturas para formar modelos psicológicos.

Carl Jung psiquiatra suizo, contemporáneo de Freud, discrepó en que los impulsos sexuales fueran la energía vital del individuo, señaló que la voluntad de vivir junto con el inconsciente colectivo (compartido por todos y creado a través de la historia de la humanidad) era la base de la energía psíquica. Alfred Adler, discípulo de Freud, también reevaluó el psicoanálisis diciendo que el instinto de superioridad era aun más predominante que el sexual, creando lo que denominó psicología individual (Sahakian, 1970; Compas y Gotlib, 2003).

Para la segunda mitad del siglo XX las modificaciones más radicales las hicieron quienes dieron por nombrarse psicoanalistas neofreudianos: Karen Horney, Erich Fromm y Harry Stack resaltaron el papel de la cultura en el desarrollo de la personalidad, subestimando la influencia de los instintos; esto implicó la desconfiguración de las etapas de desarrollo y los objetivos del análisis propuesto por Freud (Whittaker y Whittaker, 1985).

Uno de los fenómenos más curiosos del psicoanálisis fue (y es) la asimilación por parte de algunos autores de determinados principios psicoanalíticos, para formar modelos que enfatizan tal o cual aspecto como parte definitoria de su propuesta: Rogers y la psicoterapia humanista; Sartre, Heidegger y Frankl con la psicoterapia existencial (Compas y Gotlib, 2003); el plagio de la teoría gestalt de Wertheimer, Koffka, Wolfgang y Lewin hecho por Perls (quien, dicho por el mismo, jamás leyó algún libro de la teoría gestalt) en la terapia gestalt (Hothersall, 1997); o la exótica propuesta de Greenberg y Elliott de la psicoterapia de proceso experiencial, integradora de la humanista, la gestalt, la existencialista y diversas explicaciones de las emociones (Compas y Gotlib, 2003).

Actualmente el psicoanálisis, dada su historia (tan importante para los psicoanalistas) y truncado desarrollo, se ha convertido más que en un sistema psicológico en un sistema filosófico especulativo, del cual son retomados e interpretados aspectos según las conveniencias de quien lo emplee; esto le ha valido el rechazo científico y de credibilidad social.

Lightner Witmer fue el primero en utilizar el término de psicología clínica para referirse al trabajo remedial con niños con diferentes problemas conductuales, fundó en 1896 el primer establecimiento nombrado como “clínica psicológica” y dictó el primer curso sobre la materia (Phares y Trull, 1999; Hothersall, 1997); estos eventos originaron el surgimiento de distintas propuestas de intervención y la ampliación del tipo de personas y problemas atendidos. Por este y otros caminos los psicólogos conductuales entendieron que los hallazgos experimentales pudieran emplearse para resolver los problemas de las personas.

Las propuestas teóricas, experimentales y aplicadas de Pavlov, Watson y Skinner dieron pauta para el desarrollo del conductismo en su forma clínica que, en contraposición al psicoanálisis en cuanto a la consideración de entidades mentales, aparece a finales de la década de 1950, basándose en la conducta observable y el aprendizaje (Rimm y Masters, 1987). Aunque los conductistas expresaban formalmente su divergencia con los mentalistas, heredaron inadvertidamente el modelo médico (Ribes, 1990c) al continuar “tratando” fobias, ansiedades, neurosis, etc., señalando incluso que el objetivo de las intervenciones conductuales era la conducta anormal, desviada o desadaptativa. A la participación del conductismo en el ámbito clínico se le ha denominado de distintas maneras en progresión cronológica según el criterio de clasificación empleado: modificación de conducta, terapias conductuales y análisis conductual aplicado (Díaz González, Landa, Rodríguez, Ribes y Sánchez, 1989; Ribes, 1990c).

El progreso paradigmático del conductismo fue permitiendo cada vez explicaciones más elaboradas del aprendizaje, y por lo mismo, distintas maneras de incidir en el comportamiento anormal, desviado o desadaptativo.

Las intervenciones conductuales progresivamente se fueron apoyando en (*donde E=estímulo, O=organismo, R=respuesta, K=contingencia y C=consecuencia*): el condicionamiento clásico $E \Rightarrow R$ (Pavlov, 1927), el condicionamiento operante $R \Rightarrow E$ (Skinner, 1938), la triple relación de contingencia $E \Rightarrow R \Rightarrow C$ (Skinner, 1953) y el modelo comportamental de aprendizaje $E \Rightarrow O \Rightarrow R \Rightarrow K \Rightarrow C$ (Kanfer y Phillips, 1977). Las técnicas empleadas por los psicólogos conductuales son: relajación, desensibilización sistemática, terapia de exposición, ensayo conductual, entrenamiento asertivo, procedimientos de modelamiento, manejo de contingencias, autocontrol, procedimientos de extinción y control aversivo (Rimm y Masters, 1987; Phares y Trull, 1999); resaltando que dadas las características de estas técnicas no son “puramente” conductistas: la extrapolación directa de los hallazgos conductuales experimentales al terreno aplicado clínico no fue posible, siendo “ajustados” los procedimientos asimilando de una u otra forma conceptos mediacionales, haciendo difícil distinguir entre técnicas estrictamente conductuales o cognitivas.

De forma paralela al conductismo (dentro y fuera de él) se gestó un enfoque mediacional o cognitivo, esta postura se desarrolló por dos caminos: por un lado la conformación relativamente independiente de la teoría cognitiva y, por el otro, la integración de técnicas clínicas llamadas cognitivo-conductuales

La teoría cognitiva empieza a gestarse a finales del siglo XIX e inicios del XX cuando se empiezan a realizar las primeras evaluaciones mentales: Francis Galton elaboró la primera batería para medir el “intelecto”; James Cattell construyó pruebas para el estudio de las diferencias individuales, inventando el término de “pruebas mentales”; Alfred Binet elaboró la primera prueba de “inteligencia” utilizada en centros escolares de París, acuñando el concepto de “nivel mental” que más tarde se convertiría en “edad mental”, y luego con Lewis Terman en “cociente de inteligencia” [C. I.] (Gregory, 2000).

Para inicios del siglo XX en los Estados Unidos las pruebas de inteligencia se empleaban para la clasificación de niños (como en el caso de Henry

Goddard quien estableció las categorías progresivas de “idiotas”, “imbéciles” y “débiles mentales” para determinar el nivel intelectual), la clasificación de inmigrantes europeos, la clasificación de militares en la primera guerra mundial y la clasificación de estudiantes para su desarrollo vocacional (Gregory, 2000).

El desarrollo teórico de la psicología genética de Jean Piaget (Piaget, 1946; Piaget, 1964) y la psicología cultural de Vigotski (Rubinstein, 1974; Smirnov, Leontiev, Rubinstein y Tieplov, 1960), han influido en el desarrollo de la teoría cognitiva, aunque actualmente predomina el enfoque computacional derivado de obras como las de Neisser (Roca, 2001) y con la tendencia (no novedad) en ubicar capacidades mentales en el cerebro valiéndose de los más recientes avances tecnológicos (Hothersall, 1997).

El modelo cognitivo-conductual es la conjunción de los conceptos cognitivos con la metodología conductual (principalmente los paradigmas del aprendizaje) para la creación de técnicas en psicología clínica, este “complemento” a las técnicas y explicaciones conductuales venía observándose desde los trabajos de Robert Woodworth y la “psicología motivacional” (introdujo el valor de O [organismo] como “proceso interno” entre los elementos del paradigma $E \Rightarrow R$ de Pavlov: $E \Rightarrow O \Rightarrow R$), y Edward Tolman y los “mapas cognitivos” (Hothersall, 1997); la inconformidad de algunos conductistas sobre los alcances prácticos de su teoría se vieron reflejados en la década de 1960 con la teoría del “aprendizaje social” de Albert Bandura y en la de 1970 con el valor que le dio a las “autoverbalizaciones” Donald Meichenbaum (Caro, 1997); además un psicoanalista inconforme, Albert Ellis, concreta en 1962 la terapia racional emotiva (Ellis, 1962) hoy conocida como terapia racional emotiva conductual (Caro, 1997), y un psiquiatra también inconforme, Aaron Beck, sintetiza en 1979 la terapia cognitiva (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983) o correctamente llamada reestructuración cognitiva, considerándose ambas las técnicas cognitivo-conductuales por antonomasia.

Con una fuerte influencia conductual las técnicas cognitivas actualmente empleadas son: la terapia racional emotiva conductual, la reestructuración cognitiva, la inoculación del estrés, la solución de problemas, la terapia centrada

en esquemas, la terapia de valoración cognitiva, la terapia de constructos personales, la psicoterapia cognitivo-narrativa y la psicoterapia constructiva (Caro, 1997).

El interconductismo representa la revisión y evolución teórica y metodológica del conductismo en los niveles experimental, aplicado y tecnológico (Kantor, 1980; Kantor, 1980b; Kantor, 1990; Ribes y López, 1985; Ribes, 1990).

La teoría interconductual establece que la psicología tiene como objeto de estudio la conducta de los organismos en lo individual y como objetivo identificar las condiciones históricas, situacionales y paramétricas de los factores que participan en la interacción, incluyendo esto la posibilidad de generar tecnología (Ribes y López, 1985).

Dentro del enfoque interconductual existe la opción del análisis contingencial (Ribes, Díaz-González, Rodríguez y Landa, 1986), que es tanto un sistema como una metodología para el análisis y cambio del comportamiento humano individual, no limitado al contexto clínico; procede identificando la interacción organismo-ambiente en cuatro dimensiones: microcontingencial, macrocontingencial, factores disposicionales y personas; los pasos para su aplicación son: la identificación de las relaciones microcontingenciales, la evaluación del sistema macrocontingencial, la génesis del problema, el análisis de soluciones y la implementación de los procedimientos de intervención (Rodríguez y Landa, 1996; Rodríguez, 2002). Sin embargo este análisis presenta algunas inconsistencias teóricas y metodológicas, tanto en los conceptos que emplea como en su lógica y procedimientos (Vargas, 2006).

Como opción ante la inconsistencia del psicoanálisis (Kantor, 1990; Ribes, 1990; Ribes, 1991), la limitación de la intervención conductual (Ribes, 1982; Ribes, 1983; Ribes, 1998), el retroceso (inconsistencia y limitación) de la terapia cognitiva (Ribes, 1982b; Ribes, 2001) y las inconsistencias del análisis contingencial, aparece dentro de la teoría interconductual la Intervención Interconductual (II), particularmente en este caso la Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC) (Vargas, 2006).

La II como tecnología interconductual opera empleando los conocimientos científicos adaptándolos a requerimientos sociales concretos, mediante un conjunto de acciones que integran el estudio analítico en procedimientos específicos, conjugándose en la mayoría de los casos con elementos tecnológicos de otras disciplinas; interviene analizando, evaluando, regulando y probabilizando la conducta; dividiéndose en áreas tecnológicas definidas según el ámbito social que las requiere (Vargas, 2002). Vale subrayar que a diferencia de los modelos causalistas (psicoanalistas, conductuales y cognitivos) la teoría, y por lo tanto la tecnología, interconductual establece que la conducta ocurre de manera característica por todos los elementos y estructuras que la componen; consecuentemente una interacción puede ser alterada al cambiar algún elemento o estructura.

El área tecnológica de la psicología clínica es una de ellas, surge ante la identificación de la variable del comportamiento como importante en el contexto social clínico de la salud; esto se ha convertido en un encargo que permite llevar el conocimiento científico a la resolución de situaciones valoradas por las personas como dificultades. Por lo que podemos definir a la psicología clínica como el área tecnológica de la psicología encargada de intervenir en el contexto definido socialmente como clínico; centrándose en lo que el usuario, persona o grupo de referencia señalan como dificultad (originada por una valoración en función de un criterio normativo), mediante el análisis, evaluación, regulación y probabilización de la conducta.

La IICC es un procedimiento tecnológico interconductual exclusivo para el contexto clínico (derivado de la II) de análisis, evaluación, regulación y probabilización de la conducta, atiende a lo que el usuario, persona o grupo de referencia (UPGr) señala como dificultad. El análisis de la conducta de interés se compone de la delimitación, denominación y especificación de la función crítica referida por el UPGr como dificultad; la evaluación consta de la comparación del análisis de la interacción de interés, en específico de la función crítica, con la valoración que emplea el UPGr; la regulación se realiza mediante la alteración o preservación (según factibilidad) de la valoración y/o de los

elementos de la interacción; y la probabilización consiste en la estimación del desarrollo posterior de la interacción de interés.

Por tratarse de un ejercicio tecnológico (Vargas, 2002) la IICC se vale de una serie de apoyos para cumplir sus objetivos, como lo son la Entrevista y guía clínica general IICC, el Reporte por sesión IICC y el Reporte final IICC (Vargas, 2006). La Entrevista y guía clínica general IICC es un procedimiento de apoyo técnico que indica cómo recabar información e implementar la intervención, el Reporte por sesión IICC es un registro consecutivo de información generada durante la intervención, el Reporte final IICC es un registro acumulativo final de información generada durante la intervención.

La Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC) supone ventajas en comparación con las intervenciones clínicas empleadas actualmente en cuanto a la concepción del evento psicológico, sus implicaciones individuales y sociales, la identificación precisa y pronta del objetivo y nivel de intervención, su breve duración en general, y la evidencia de su efectividad.

BIBLIOGRAFÍA

- Beck, A.; Rush, A.; Shaw, B. y Emery, G. (1983) ***Terapia cognitiva de la depresión***. Bilbao: Desclée de Brouwer. *Edición original: (1979)*.
- Burns, D. (1991) ***Sentirse bien: una nueva terapia contra las depresiones***. México: Paidós.
- Caro, I. (1997) ***Manual de psicoterapias cognoscitivas***. Barcelona: Paidós.
- Cattell, R. (1972) ***El análisis científico de la personalidad***. Barcelona: Fontanella,
- Compas, B. y Gotlib, I. (2003) ***Introducción a la psicología clínica***. México: McGraw-Hill.

- Corominas, J. y Pascual, J. (1987) **Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico**. Madrid: Gredos.
- De Vega, M. (1992) **Introducción a la psicología cognitiva**. México: Alianza Psicología.
- Díaz-González, E. (1996) **Procedimiento didáctico para la enseñanza del análisis contingencial**. México: Tesis de Maestría, ENEP Iztacala, p. 43.
- Díaz-González, E. y Carpio, C. (1996) Criterios para la aplicación del conocimiento psicológico. En: Sánchez, J.; Carpio, C. y Díaz-González, E. (1996) **Aplicaciones del conocimiento psicológico**. México: UNAM-FP-ENEPI-DGAPA-SMP.
- Díaz-González, E. y Rodríguez, M. (1999) Evaluación de un procedimiento instruccional para la identificación de problemas psicológicos. **Revista Mexicana de Análisis de la Conducta**, 25, (1) 105-121.
- Díaz-González, E.; Landa, P. y Rodríguez, M. (2002) El análisis contingencial: un sistema interconductual para el campo aplicado. En Mares, G y Guevara, Y. (2002) **Psicología interconductual Volumen II: avances en la investigación tecnológica**. México: UNAM-FESI.
- Díaz-González, E.; Landa, P.; Rodríguez, M.; Ribes, E. y Sánchez, S. (1989) Análisis funcional de las terapias conductuales: una clasificación tentativa. **Revista Española de Terapia del Comportamiento**, 7, (3) 241-255.
- Dupont, M. (2000) **Manual clínico de psicoterapia**. México: JGH.
- Ellis, A. (1962) **Reason and emotion in psychotherapy**. New York: Lyle Stuart.
- Ellis, A. y Abrahms, E. (1980) **Terapia racional-emotiva**. México: Pax-México.
- Fadiman, J. y Frager, R. (1979) **Teorías de la personalidad**. México: Harla.
- Fernández-Ballesteros, R. (1994) **Evaluación conductual hoy: un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud**. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. y Carroble, J. (1989) **Evaluación conductual: metodología y aplicaciones**. Madrid: Pirámide.
- Freud, S. (1998) **Introducción al psicoanálisis**. España: Altaya. Edición original en alemán: (1917) *Einführung in die psychoanalyse*.

- Gregory, R. (2000) ***Evaluación psicológica: historia, principios y aplicaciones***. México: Manual Moderno.
- Gross, R. (1998) ***Psicología: la ciencia de la mente y la conducta***. México: Manual Moderno.
- Gutiérrez, R. (1971) ***Historia de las doctrinas filosóficas***. México: Esfinge.
- Hothersall, D. (1997) ***Historia de la psicología***. México: McGraw-Hill, p. 456.
- Insua, J. (1985) ***Introducción a la psicología médica***. Argentina: Promed.
- Kanfer, F. y Phillips, J. (1977) ***Principios de aprendizaje en la terapia del comportamiento***. México: Trillas.
- Kantor, J. (1980) ***Psicología interconductual***. México: Trillas. *Edición original en inglés: (1959) Interbehavioral psychology. Chicago, Principia Press.*
- Kantor, J. (1990) ***La evolución científica de la psicología***. México: Trillas. *Edición original en inglés: (1963-1969) The scientific evolution of psychology. Chicago, Principia Press.*
- Kendal, P. y Norton-Ford, J. (1988) ***Psicología clínica: perspectivas científicas y profesionales***. México: Limusa.
- Landa, P. (1996) ***Una propuesta interconductual para la psicología aplicable: manual de análisis contingencial***. México: Tesis de maestría, UNAM, Campus Iztacala.
- Landa, P. (1998) Evaluación interconductual de un caso de violencia familiar. ***Revista Electrónica de Psicología***, UNAM-FESI, 1 (1).
- Lazarus, A. (1980) ***Terapia Conductista***. Buenos Aires: Paidós.
- León-Portilla, M. (1994) ***Los antiguos mexicanos a través de sus crónicas y cantares***. México: Fondo de Cultura Económica.
- Macia, D. y Méndez, F. (1988) ***Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta***. Madrid: Pirámide.
- Meichenbaum, D. y Jaremko, M. (1987) ***Prevención y reducción de estrés***. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Pavlov, I. (1928) ***Lectures on conditioned reflexes***. New York: International.

- Pavlov, I. (1960) **Conditioned reflexes**. New York: Dover. *Edición original: (1927)*.
- Pavlov, I. (1993) **Reflejos condicionados e inhibiciones**. México: Planeta-Agostini. *Edición original: (1923) Réflexes conditionnels et inhibitions*.
- Phares, E. y Trull, T. (1999) **Psicología clínica: conceptos, métodos y práctica**. México: Manual Moderno.
- Piaget, J. (1946) **La formation du symbole chez l'enfant**. Suiza: Delachaux y Niestlé.
- Piaget, J. (1964) **Six études de psychologie**. Ginebra: Gonthier.
- Repollés, J. (2001) **Las mejores leyendas mitológicas**. Barcelona: Óptima.
- Ribes, E. (1982) **El conductismo: reflexiones críticas**. Barcelona: Fontanella.
- Ribes, E. (1982b) Los eventos privados: ¿un problema para la teoría de la conducta?. **Revista Mexicana de Análisis de la Conducta**, 8, (1) 11-29.
- Ribes, E. (1982c) Reflexiones sobre una caracterización profesional de las aplicaciones clínicas del análisis conductual. **Revista Mexicana de Análisis de la Conducta**, 8, (2) 87-96.
- Ribes, E. (1983) ¿Es suficiente el condicionamiento operante para analizar la conducta humana?. **Revista Mexicana de Análisis de la Conducta**, 9, (2) 117-130.
- Ribes, E. (1987) La relación entre la investigación científica en psicología y sus aplicaciones: no es tan fácil como se piensa. **Revista Mexicana de Psicología**, 4, (2) 154-158.
- Ribes, E. (1990) **Psicología General**. México: Trillas.
- Ribes, E. (1990b) **Psicología y salud: un análisis conceptual**. España: Martínez Roca.
- Ribes, E. (1990c) **Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento humano**. México: Trillas.
- Ribes, E. (1991) "Conferencia: Los problemas conceptuales de la psicología moderna". **Semana de psicología**. México, ITESO.

- Ribes, E. (1998) "Conferencia: Consideraciones teóricas sobre la aplicabilidad de la psicología conductual: la psicología, ¿qué se aplica?". **2º Simposium de psicología conductual aplicada**. México, UNAM, FESI.
- Ribes, E. (2001) Los conceptos cognitivos y el problema de su observabilidad. **Acta Comportamentalia**, 9, (Monográfico) 9-19.
- Ribes, E. (2005) Reflexiones sobre la eficacia profesional del psicólogo. En Santoyo, C. (2005) **Alternativas docentes, Volumen III, Análisis y evaluación de habilidades metodológicas, conceptuales y profesionales en la formación del psicólogo**. México: UNAM-FP.
- Ribes, E. y López, F. (1985) **Teoría de la conducta**. México: Trillas.
- Ribes, E.; Díaz-González, E.; Rodríguez, M. y Landa, P. (1986) El análisis contingencial: una alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento. **Cuadernos de Psicología**, 8, 27-52. Reimpreso en: Ribes, E. (1990c) *Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento humano*. México: Trillas.
- Ribes, E.; Fernández, C.; Rueda, M.; Taleno, M. y López, F. (1980) **Enseñanza, ejercicio e investigación de la psicología: un modelo integral**. México: Trillas.
- Rimm, D. y Masters, J. (1987) **Terapia de la conducta: técnicas y hallazgos empíricos**. México: Trillas.
- Roca, J. (2001) Sobre el concepto de "proceso" cognitivo. **Acta Comportamentalia**, 9, 21-30.
- Rodríguez, M. (2002) **Análisis Contingencial**. México: UNAM-FESI, pp. 81, XV, 77, XIV.
- Rodríguez, M. y Díaz-González, E. (1999) El análisis contingencial y su aplicación en un problema psicológico. **Revista Electrónica de Psicología**, UNAM-FESI, 2 (2).
- Rodríguez, M. y Landa, P. (1996) El análisis contingencial: una nueva orientación para la psicología aplicable. En: Sánchez, J.; Carpio, C. y Díaz-González, E. (1996) **Aplicaciones del conocimiento psicológico**. México: UNAM-FP-ENEPI-DGAPA-SMP.
- Rubinstein, S. (1974) **El desarrollo de la psicología: principios y métodos**. Argentina: Grijalbo.
- Sahakian, W. (1970) **Historia de la psicología**. México: Trillas.

- Skinner, B. (1938) ***The behavior of organisms***. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B. (1948) ***Walden two***. New York: Macmillan.
- Skinner, B. (1953) ***Science and human behavior***. New York: Free Press.
- Smirnov, A.; Leontiev, A.; Rubinstein, S. y Tieplov, B. (1960) ***Psicología***. México: Grijalbo.
- Vargas, J. (2002) Tecnología psicológica: el momento de la transición. ***Revista Electrónica de Psicología***, UNAM-FESI, 5 (2).
- Vargas, J. (2006) ***Intervención interconductual en el contexto clínico***. México, Tesis de maestría, UNAM, FES Iztacala.
- Watson, J. (1913) Psychology as the behaviorist views it. ***Psychological Review***, 20, 158-177.
- Weiner, I. (1992) ***Métodos en psicología clínica***. México: Limusa.
- Whittaker, J. y Whittaker, S. (1985) ***Psicología***. México: Interamericana.