

Terapia de grupo cognoscitivo-conductual

autor Jorge Leiva Hernández
jueves, 12 de febrero de 2009
Modificado el sábado, 19 de diciembre de 2009

La Terapia de grupo cognoscitivo-conductual en las Adicciones. Msc. Jorge Leiva Introducción. El término terapia conductual en la literatura psicológica fue creado por Arnold A. Lazarus, para describir la disciplina que intentaba aplicar los hallazgos y métodos de la psicología experimental (en especial de las teorías del aprendizaje), a los trastornos en la conducta humana. Posteriormente la proliferación de los estudios clínicos y experimentales en esta área resultó ser tan extensa que, en la actualidad, la terapia conductual contemporánea engloba una diversidad de puntos de vista y una amplia variedad de procedimientos (Franks y colaboradores, 1998; Lazarus y Fay, 1984 a) En 1970, fue importante en la psicología, la creciente aceptación de que los procesos cognoscitivos pueden representar un papel significativo en la generación y mantenimiento de los afectos disfóricos y de las conductas disfuncionales, como señalaron por ejemplo, Lazarus 1971, Mahoney 2002, Meichenbaum 2001. En esta teoría se destacan los efectos recíprocos de la conducta, cognición y afecto y se evalúan y modifican los patrones de respuesta desadaptativa en cada uno de estos terrenos. Cuando se utiliza el término "conducta" o "terapia conductual" se hace en el sentido más amplio que comprende una metodología y una combinación de técnicas que tienen un impacto directo en cada uno de estos campos. La aplicación más completa a la que se hace referencia como "teoría del aprendizaje social" se funda en el concepto de terapia Multimodal de Lazarus, donde la conducta, afecto, experiencia sensorial, imaginación, cognición, relaciones interpersonales y procesos biológicos, se evalúan y enfocan en términos terapéuticos de una manera directa y sistemática. El acrónimo BASIC ID engloba estas siete dimensiones de la personalidad. Psicoterapia de grupo Cognitivo Conductual en Adicciones. El desarrollo moderno de la terapia conductual, provocó que comenzaran a aparecer los informes acerca de su aplicación en los contextos de grupo, pareja y familiar al igual que en ambientes diversos como clínicas, hospitales para Internos y externos y otras Instituciones de salud mental, salones de clase, ambientes laborales, prisiones y hogares de los pacientes. La aplicación de la terapia conductual a los grupos de pacientes se ha vuelto, de hecho, casi un área separada de especialización y han aparecido muchos libros acerca de la materia en años recientes Rose, 2002; Upper y Ross, 2000. El programa de grupo ha tenido importancia y pertinencia particulares para la terapia conductual debido al papel central de la influencia social en la generación y mantenimiento de respuestas desadaptativas (por ejemplo las adicciones) y el uso del modelamiento y reforzamiento en su corrección. Existen cuestiones similares en los grupos de terapia conductual para las adicciones, como en los de otras orientaciones: tamaño de los grupos, equiparación con respecto a la naturaleza y gravedad del problema (heterogéneos u homogéneos), edad de los pacientes, abiertos o por tiempo limitado, un sólo líder o colíderes, tratamiento individual concurrente para los miembros del grupo, cuestiones de confidencialidad y reglas de conducta dentro y fuera del grupo. Debido a la naturaleza a corto plazo, de la terapia conductual enfocada en el problema la mayoría de los grupos se conducen a intervalos semanales durante 8 a 12 sesiones de una y media a dos horas de duración, para cada problemática, aunque pueden ser de mayor durabilidad en los casos de tratamientos de las adicciones. Se utiliza un gran número de grupos con sesión fija o grupos abiertos para pacientes con problemas múltiples o complejos que requieren trabajo más extenso. Con respecto a otras políticas, la práctica varía de manera amplia. En el grupo "tradicional", que dirige un líder profesional, existe una discusión inicial, acerca del propósito del grupo, que consiste en promover el alivio de la angustia, aumentar la satisfacción y compartir la experiencia, información y retroalimentación unos con otros, a fin de lograr estas metas para todos los miembros del grupo. Es claro que, como en otras orientaciones no se tolera la violencia física y los individuos obviamente psicóticos o los pacientes que manifiestan conducta destructiva en extremo o grave inestabilidad de afectos, no se consideran como candidatos adecuados para la terapia de grupo. Se destaca la cuestión de la confidencialidad, en el sentido de que se espera que los pacientes concuerden con que no habrá revelaciones acerca de otros miembros del grupo, sin su explícito consentimiento, a pesar de que con frecuencia se recomienda en gran medida la apertura, siempre y cuando ésta sirva para el propósito de promover la facilidad social y no sea compulsiva y abrumadora para el receptor. En la terapia conductual de grupo, una persona o personas intentan modificar las conductas desadaptativas de dos o más individuos no relacionados, mediante la aplicación sistemática de procesos y procedimientos validados en términos empíricos. Por lo común, se reúnen datos para evaluar el impacto de estos procedimientos sobre los miembros del grupo. De inicio, los principios y técnicas conductuales que se han desarrollado en ambientes individuales se aplicaron a los grupos Lazarus 1978, 2001; Pauly Shannon, 1966; mientras que después el grupo en sí se consideró como un contexto útil para modificar la conducta que podía no ocurrir, o que sería difícil de modificar en una relación uno a uno (Lazarus, 1974; Rose, 2002; Upper y Ross, 1981). En los grupos cognoscitivo-conductuales se da a los miembros un conjunto de aprendizaje apropiado a un modelo diádico de cambio conductual y se emplea el contexto grupal para aumentar al máximo el desarrollo de habilidades interpersonales adaptativas. Se muestrean las conductas de manera más verídica que en la situación uno a uno y los miembros del grupo aprenden y practican nuevas conductas en un contexto de apoyo que proporciona la retroalimentación y reforzamiento apropiados. El programa de grupo conductual proporciona un campo inmediato para el cambio y la práctica. Goldstein y colaboradores 2001, identificaron una serie de 37 habilidades específicas y mostraron que no son conductas aisladas sino que forman la base de un repertorio completo de respuestas necesarias para enfrentar muchas de las demandas cotidianas. Así diversos procedimientos de entrenamiento en habilidades son una parte integral de la terapia conductual de grupo. Como en cualquier otra forma de terapia, existe un proceso de evaluación, otro de intervención y uno más de valoración. A la mayoría de los pacientes se les entrevista antes de la primera sesión de grupo. En algunos casos después de una discusión con el terapeuta que hace la

referencia y un breve contacto telefónico con el paciente, se arregla la admisión al grupo. En la primera reunión grupal se pide a los pacientes que mencionen el problema que presentan y sus metas con respecto a éste. Se exploran otras áreas vitales al igual que los patrones desadaptativos o las deficiencias en habilidades que puedan interferir con la satisfacción de los pacientes. Se revisan las medidas utilizadas antes por el paciente para enfrentar el problema, ya sea dentro o fuera de terapia, sean exitosas o no. Se identifican las conductas blanco y se caracterizan con respecto a frecuencia, intensidad, duración y contexto. Una parte esencial del proceso de evaluación conductual es a determinación de estímulos provocadores de respuestas conductuales (afectivas, cognoscitivas) y las consecuencias de tales respuestas. Los estímulos provocadores pueden ser eventos ambientales externos o experiencias internas (cognoscitivas o sensoriales). El elemento más esencial en el aprendizaje de una habilidad es la práctica de las respuestas adaptativas, facilitadoras. Es de la mayor relevancia para los pacientes en el enfoque conductual, brindar una gran cantidad de apoyo lo mismo que reacciones espontáneas y retroalimentación correctiva. El grupo es un laboratorio para someter a prueba nuevas conductas en un contexto de apoyo. Otros miembros del grupo proporcionan el reforzamiento para alentar la práctica en sí y también apoyan las aproximaciones sucesivas para obtener el nivel de destreza deseado. Se desarrollan y se llevan a cabo estrategias para promover la generalización de resultados en contextos externos a la terapia y el mantenimiento de la mejoría terapéutica a través del tiempo, destacan Lazarus y Fay, 1984 b. Las estrategias de prevención de recaídas, plantea Marlatt 1985, se integran a esta terapia. Implicar a otras personas significativas en el ambiente del paciente, tener contacto telefónico intermitente con el terapeuta y las sesiones grupales de seguimiento quizás en el primer y sexto mes después de la "terminación" pueden contribuir a tal fin. Más que nada, se desea evitar una de las mayores trampas de la terapia de grupo, o sea aquella de desarrollar un grupo de individuos, que tan sólo son buenos en terapia de grupo. Postulados básicos del Modelo terapéutico cognitivo conductual. La terapia conductual depende de un conjunto de aseveraciones fundamentales acerca de la naturaleza de los seres humanos y sus problemas. Entre ellas se encuentran las siguientes (Lazarus y Fay, 1984 a): 1- Los trastornos psicológicos representan cierta combinación de determinantes biológicos y factores de aprendizaje. Ejemplos de los últimos serían el aprendizaje por ensayo y error y el aprendizaje vicario. 2- La conducta anormal es un producto de los factores de aprendizaje, se adquiere y mantiene de acuerdo con los mismos principios que la conducta normal. 3- Las disfunciones atribuibles al aprendizaje deficiente o inadecuado, e incluso las muchas perturbaciones con fuertes entradas de información biológica pueden aliviarse mediante la aplicación de técnicas derivadas de los principios del aprendizaje. El campo de trabajo incluido bajo el término "medicina conductual" atiende gran variedad de problemas médicos que pueden mejorarse en parte o de manera sustancial o que pueden prevenirse (reducción de riesgo) mediante métodos cognoscitivo-conductuales. La adherencia del paciente a los regímenes terapéuticos prescritos es uno de los principales focos de atención en medicina conductual. 4- Los problemas presentados se consideran como problemas reales y se investigan por mérito propio, más que considerarlos como síntomas de algún problema o proceso subyacente. 5- El foco de atención se centra en el presente más que en los antecedentes remotos o en los procesos inconscientes. Se enfatizan los antecedentes inmediatos los factores actuales que mantienen la conducta. Esto no contradice de ninguna manera la importancia de las primeras experiencias vitales o de la operación de los procesos mentales externos a la conciencia. El punto de vista conductual simplemente sostiene que para tener éxito en el tratamiento de la mayoría de los problemas psicológicos, es innecesaria la exploración extensa dentro de estas áreas y cuestiona la necesidad o deseabilidad de invocar modelos o intervenciones explicatorias de naturaleza psicodinámica. 6- La evaluación implica la investigación de todas las áreas de funcionamiento conductual, cognoscitivo e interpersonal para descubrir problemas o deficiencias que no se presentan de manera inmediata. 7- Se prefieren las descripciones conductuales sencillas a las etiquetas diagnósticas. Así, en lugar (o además) de referirse a los pacientes como "límites", se especificar la una descripción precisa de las respuestas conductuales, cognoscitivas y afectivas del individuo y de los contextos en los que tales respuestas se manifiestan. 8- A pesar de que se reconoce que en cierto grado la terapia implica la transmisión de valores, los terapeutas conductuales tienden a minimizar las afirmaciones de valor. En lugar, de que se etiquete a la conducta en sí como buena o mala o sana o enferma, lo que se especifica son sus consecuencias. 9- El terapeuta es activo e interactivo y con frecuencia asume el rol de un maestro y sirve como modelo. 10- Se considera que el locus de resistencia se encuentra de manera principal, en la terapia y en el terapeuta, más que en el paciente. Esto no tiene la intención de ser una afirmación dogmática sino, tan solo, una manera de colocar toda la posible responsabilidad de encontrar las intervenciones apropiadas en el terapeuta, en lugar de atribuir el fracaso al paciente y a su patología. 11- Se enfatiza el automanejo. Se enseñan a los pacientes técnicas específicas de automanejo de modo que se aumente al máximo la probabilidad, de funcionamiento autónomo en las áreas problema y se reduzca la dependencia en el terapeuta. La asignación de tareas es una parte esencial del enfoque conductual señalan Shelton y Ackerman 1984. 12- Es deseable, y con frecuencia necesaria, la participación de la red social del paciente. Esto permite que el terapeuta estructure un ambiente óptimo de reforzamiento y resuelva los conflictos interpersonales a través de enfoques como el entrenamiento en comunicación y la formulación de contratos por ejemplo, Gurney, 1977 y Stuart, 1990. Técnicas y procedimientos. Es muy extenso y ventajoso el repertorio de la terapia conductual, en general muchas de las técnicas específicas pueden agruparse de acuerdo con el modelo de aprendizaje del cual se derivan. Los clínicos conductuales trabajan dentro de un marco conceptual sometible a prueba, emplean tratamientos que están abiertos a la medición objetiva, aplican criterios de resultado que pueden validarse y enfatizan la necesidad de evaluar la efectividad de métodos específicos aplicados a problemas particulares. La terapia cognoscitiva tiene que ver de manera específica con la identificación y reto de las creencias, valores, percepciones, atribuciones y autoconversación desadaptativos. Esto lo informan los pacientes o se infieren a partir de sus declaraciones verbales o de otro tipo de conducta abierta. Con frecuencia es útil la reestructuración semántica. Esta incluye sugerir formas alternativas para referirse o expresar sentimientos o cogniciones. Los terapeutas conductuales están interesados en los mecanismos mediante los cuales se adquieren y mantienen los patrones disfuncionales, lo mismo que en las maneras más facilitadoras de desaprender

respuestas desadaptativas y adquirir respuestas más adaptativas. Para lograr esto se postulan diversos mecanismos para explicar la conducta aprendida. Uno de estos mecanismos es el "modelo de condicionamiento clásico" (Pavloviano) donde los estímulos intrínsecamente neutros, por ejemplo palabras se asocian temporalmente con estímulos intrínsecamente nocivos (castigo físico o gritos) y entonces adquieren la capacidad de producir por sí mismos respuestas desadaptativas como temor o respuestas depresivas. Entonces, con frecuencia estas respuestas se perpetúan por otros mecanismos. Este modelo de condicionamiento clásico ha generado varias tónicas, de las cuales la más conocida y estudiada es la "desensibilización sistemática". La proposición fundamental del "modelo de condicionamiento operante" (Skinneriano) es que la conducta es una función de sus consecuencias. La conducta a la que le siguen de manera cercana consecuencias placenteras tenderá a fortalecerse y aquella a la que le siguen consecuencias aversivas, o no tiene consecuencias, se atenuará o eliminará. El organismo actúa y el ambiente responde de una manera que influye la conducta futura. La aplicación sistemática de tales condiciones de consecuencia para modificar la conducta se conoce como Manejo de contingencias. El "aprendizaje vicario u observacional o aprendizaje de ensayo cero" utiliza la técnica del modelamiento, implica la adquisición o inhibición de una respuesta, mediante observar a otros realizar o fracasar al llevar a cabo ciertas conductas y observar las consecuencias que tiene para esa persona. Dependiendo de si la conducta es deseada y si las consecuencias para el modelo son positivas o negativas. Se tiende a facilitar el aprendizaje cuando el "modelo" es alguien a quien el paciente (sujeto) admira y con el que comparte ciertas características raza, sexo, edad, etcétera. Con frecuencia, la desensibilización, el reforzamiento positivo y el modelamiento se combinan para producir cambios terapéuticos poderosos. Una de las técnicas más importantes, que tiene una función de evaluación lo mismo que una terapéutica es "la autovigilancia". La observación de la propia conducta (desadaptativa y adaptativa) y el registro de estas observaciones constituyen una de las piedras angulares del enfoque conductual. Esta tónica proporciona información más precisa acerca de la frecuencia, intensidad y duración de un problema, que lo que lo hacen las impresiones subjetivas. En general, es más efectivo vigilar los esfuerzos terapéuticos que la conducta disfuncional. El "reforzamiento Diferencial" se refiere a la aplicación de consecuencias positivas para la conducta deseada y la falta de atención para la conducta desadaptativa o no deseada. Los procedimientos de castigo se utilizan con relativamente poca frecuencia, excepto como herramienta de automanejo. El autoreforzamiento como por ejemplo, la autoalabanza, comprar algo deseado o realizar de modo deliberado una actividad placentera no programada, se utiliza por lo común al ocurrir mejoras en el funcionamiento adaptativo o para los pasos terapéuticos que se llevan a cabo, como resistir los impulsos destructivos de consumir.

Una de las técnicas de manejo de contingencias es la "Formulación de Contratos". Aquí las técnicas operantes se incorporan en un contrato formal en el que se asocia la realización de una conducta especificada a un cierto nivel con una consecuencia específica positiva o negativa. En terapia de grupo con personas que pueden no tener una alta motivación, podría utilizarse el "depósito reembolsable". La "economía de fichas" se aplica en general en sistemas institucionales cerrados y en familias, donde se dan fichas a los pacientes, niños o internos, cuando realizan conductas adaptativas. La terapia grupal cognoscitivo conductual puede discutirse en términos de las habilidades que se enseñan, los problemas que se atienden, o las técnicas conductuales específicas que se utilizan. Existen diversas habilidades críticas que se enseñan a grupos de personas, quienes pueden tener o no disfunciones o impedimentos psiquiátricos psicológicos, pero que sufren de las consecuencias de deficiencias en habilidades y que pueden experimentar un incremento en bienestar y gratificación a partir de la adquisición de tales habilidades. Ejemplos de habilidades que pueden impartirse en un contexto cognitivo conductual de terapia grupal son: habilidades en la búsqueda de empleo, de negociación, de cuidado paterno y de comunicación, asertivas, de autocontrol, manejo de conductas, etc. Algunas de estas habilidades se incluyen en otras y existe un claro grado de traslape. Estas habilidades son de amplia aplicación y su adquisición puede ser útil en gran variedad de estados psiquiátricos, en particular en los trastornos depresivos y por ansiedad. El "entrenamiento en Asertividad" se utiliza como un ejemplo de un conjunto de habilidades que tiene pertinencia universal para el funcionamiento adaptativo de los seres humanos en los contextos sociales. Es posible que sea el conjunto de habilidades más importantes para promover la satisfacción de necesidades. La asertividad abarca una variedad de habilidades que conducen a la conducta a pedir lo que uno desea, resistir las peticiones inoportunas o la explotación de parte de otros, iniciar conversaciones y relaciones y realizar estas conductas sin vergüenza, culpa o ansiedad indebida y sin comprometer los sentimientos de otras personas o actuar de manera aprovechada. En un grupo de "habilidades para conservación de citas" se define el objetivo conductual y el criterio de éxito. Una variedad de Cogniciones disfuncionales pueden interferir con la conducta de búsqueda de citas. Las dos prescripciones básicas son la imaginación de enfrentamiento y la implosión por imaginación. Se utilizan varios procedimientos de imaginación además de poner en duda las cogniciones irracionales y disfuncionales según Lazarus 1994. Se utiliza también una técnica de auto vigilancia que se describió hace muchos años en un manual de autoayuda de Lazarus y Fay, 1992. Para la ansiedad, asociada con las citas anticipadas, se recomiendan ejercicios de relajación. Se prescribe un ejercicio paradójico, de Fay 1988. El tratamiento cognoscitivo-conductual de los "trastornos por ansiedad" ha estado sujeto a una enorme actividad de investigación durante más de 20 años (Barlow, 1998; Beck y Emery, 1995). El núcleo de este enfoque implica el entrenamiento en relajación, meditación y auto hipnosis, la exposición a los estímulos temidos, (en vivo, a través de imaginación, o ambas, ya sea en grados o masiva), la Reestructuración cognoscitiva (identificación y reto de las cogniciones irracionales, autoderrotantes, y la sustitución por conversación benigna, no catastrófica, de las afirmaciones internas generadoras de ansiedad), Prevención de respuestas (bloqueo de la conducta de evitación), Entrenamiento en asertividad, solución de problemas y Reforzamiento positivo y No reforzamiento para respuestas adaptativas y desadaptativas, respectivamente. La piedra angular del manejo conductual de los trastornos por ansiedad comprende una variedad de técnicas diseñadas para amortiguar la excitación del sistema nervioso central. El enfoque cognoscitivo-conductual de los trastornos del estado de ánimo ha

aplicado de manera amplia a los pacientes con depresión bipolar. El entrenamiento en asertividad es un componente esencial. Se expresa con frecuencia en la depresión un reforzamiento positivo insuficiente. Se pide a los pacientes que identifiquen cualidades valiosas en ellos mismos y se les asignan tareas que implican la recitación y ejercitación de cualidades positivas escritas en una lista que ha compuesto el grupo. Las formulaciones cognoscitivo-conductuales acerca de la etiología y tratamiento de la depresión, más conocidas se reflejan en el trabajo de Beck y Lewinsohn. Se alienta a los pacientes a compartir estas técnicas con los miembros de la familia y con amigos y a intentar que ellos les brinden ayuda para evitar el reforzamiento de la "conducta depresiva". En la mayoría de los grupos se expone a los pacientes al "concepto multimodal" de la BASIC ID, al que se hizo referencia en Lazarus, 2000. A pesar de que en términos generales, no se prescriben medicamentos en los grupos cognoscitivo-conductuales, a las personas con ansiedad, depresión u otra patología grave, la cual les impide adecuado contacto social, se les informa que puede ser de gran beneficio el uso de algún medicamento durante un tiempo hasta que se pueda practicar de manera suficiente la habilidad requerida. Desventajas principales de la terapia cognitiva conductual. - A la mayoría de los grupos que utilizan técnicas de terapia conductual los conducen legos más que terapeutas profesionales. Los más populares entre estos son los que atienden problemas de obesidad, tabaquismo, alcoholismo, adicción y abusos de sustancias, juego compulsivo. - Debido a la naturaleza didáctica de gran parte de la terapia conductual, con frecuencia existe un límite oscuro entre las clases educativa y la terapia grupal. CONCLUSIONES. Presentando el punto de vista de la terapia cognitiva conductual de grupo, se ha hecho el intento de subrayar la naturaleza sistemática, amplia y flexible de este modelo y su utilidad en el tratamiento de las diferentes adicciones. El empuje psicoeducativo de los grupos conductuales ayuda a los pacientes a adquirir muchas habilidades y hábitos que alivian la angustia psicológica, promueven el bienestar, posibiliten un nivel más alto de funcionamiento adaptativo, promueven los tratos interpersonales más efectivos, y sostiene la abstinencia. El enfoque cognoscitivo-conductual, ha surgido como una de las fuerzas más importantes en la corriente principal de la psicoterapia de los distintos trastornos psicológicos. Jorge Leiva Hernández. Master en psicología clínica Lic. Psicología clínica y Social Especialista en Adicciones Derechos de propiedad. JLH Psychology © 2008. Referencias Bibliográficas. Abrahms Eliot, Abell R & Woldenberg L. Técnicas modernas: Análisis transaccional, terapia cognoscitiva y terapia del sentimiento. American Psychiatric Association. 1988. Alberti R, Emmons M L. Your Perfect Right. Ed. San Luis Obispo, Ca, Impact Publishers, 1996. Bandura, Albert. Los principios de la modificación de conducta. Nueva York: Holt, 1999. Bandura Albert. Social Foundations of Thought and Action. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1996. Barlow D H. Anxiety and Its Disorders. New York, Guilford, 1998. Beck A, Emery G. Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective. New York, Basic Books, 1995. Beck A T, Rush A J, Shaw B F, et al. Cognitive Therapy of Depression. New York Guilford, 1999. Bellack A S, Hersen M. Dictionary of Behavior Techniques. Elmsford, NY. Pergamon, 1985. Daizman R J. Clinical Behavior Therapy and Behavior Modification. New York, Garland STPM Press, 2000. Ellis, Albert. Replica: TRE adecuada e inadecuada. Counseling Psychologist, 1997. Ellis Albert, Abrahms E. Terapia Racional Emotiva. Editorial Pax. Mexico. 2000. Fay Allen. La Modalidad de la Droga. Nueva York. Springer, 1998. Fay Allen. Making Things Better by Making Them Worse. New York, Hawthorn, 1988. Fay Allen. PQR. Prescription for a Quality Relationship. New York, Simón & Schuster, 1996. Frank C M, Wilson G T, Kendal P C et al. Review of Behavior Therapy: Theory and Practice Vol 12. New York, Guilford, 1998. Goldstein A P, Sprafkin R P, Gershaw N J. Skill Training for Community Living. New York, Pergamon, 2001. Gurney B G. Relationship Enhancement: Skill Training Programs for Therapy, Problem Prevention and Enrichment. San Francisco, CA, Jossey-Bass, 1977. Jakubowski P, Lange A J. The Assertive Option. Champaign, IL Research Press, 1998. Lazarus A A. New methods in psychotherapy a case study. South African Medical Journal 32:660-664, 1958. Lazarus A A. Group therapy of phobic disorders by systematic desensitization. Journal of Abnormal and Social Psychology "3:505-510, 1971. Lazarus A A. Behavior therapy in groups, in Basic Approaches to Group Psychotherapy and Group Counseling. Edited by Gazda G M. Springfield, IL Charles C Thomas, 1978, pp 149-175. Lazarus A A. Behaviour Therapy and Beyond. New York, Mc Graw-Hill, 2001. Lazarus A A. Understanding and modifying aggression in behavioral groups, The Group as Agent of Change. Edited by Jacobs A, Spradlin W. New York, Behavioral publications, 1974, pp 87-99. Lazarus A A. La Terapia de conducta multimodal. New York Springer, 2000. Lazarus A A. In the Mind's Eye. New York, Guilford, 1994. Lazarus A A, Fay A. Behavioral therapy in The Psychiatric Therapies. Edited by Karasu T B. Washington D C, American Psychiatric Association, 1984a, pp 485-538. Lazarus A A, Fay A. Some strategies for promoting generalization and maintenance. The Cognitive Behaviorist 6: 7 & 9, 1984 b. Lazarus A A, Fay A. I can if I want to. New York. Morrow, 1992. Mahoney M J. Modificación Cognitiva y conductual. Cambridge, M A, Ballinger, 2002. Marks I M. Review of behavioral psychotherapy 1: Obsessive compulsive disorders. Am J Psychiatry 138:584-592, 1981. Marlatt G A. Relapse preventions: theoretical rationale and overview of the model, in Relapse Prevention: Maintenance Strategies in The Treatment of Addictive Behaviors. Edited by Marlatt G A, Gordon J R. New York, Guilford, 1985, pp 3-70. Meichenbaum D. La modificación cognitiva conductual. New York, Plenum, 2001. Paúl G L, Shannon D T. Treatment of anxiety through systematic desensitization in therapy groups. J Abnorm Psychol 71:124-132, 1966. Rose S. Terapia de Grupo: El enfoque conductista. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 2002. Shelton J L, Ackerman J M. Homework in Counseling and Psychotherapy. Springfield, IL, Charles C Thomas, 1984. Stuart R B. Helping Couples Change: A Social Learning Approach to Marriage Therapy. New York, Guilford, 1990. Skinner, B F. Beyond Freedom and dignity. New York Knopf. 2001. Upper D, Ross S M (eds). La Terapia de grupo conductual. Champaign IL, Research Press, 1981. Upper D, Ross S M (eds). El libro de la terapia conductual de grupo. New York, Plenum, 2000. Wolfe Janet L. La terapia Racional Emotiva como eficaz terapia feminista. Ed. Rational living. 2001. Wolpe Joseph. Psicoterapia por inhibición recíproca. Stanford University Press, 1958. Wolpe Joseph. La práctica de la terapia del comportamiento. New York, Pergamon, 2001. Jorge Leiva Hernández. Master en psicología clínica Lic. Psicología clínica y Social Especialista en Adicciones Derechos de propiedad. JLH Psychology © 2009.

