

Habilidades Sociales del Terapeuta

Un modelo específico para el clínico.

Juan Sevillá y Carmen Pastor

Centro de Terapia de Conducta

Avd. Jacinto Benavente, nº 12 - 7º A, 46005 VALENCIA

RESUMEN

El presente trabajo centra el concepto de habilidades sociales del terapeuta dentro de un grupo de habilidades clínicas más amplio, y recoge una breve evolución histórica del concepto. El grueso del trabajo describe, siguiendo las fases secuenciales de la terapia: evaluación, hipótesis y terapia, las principales habilidades sociales necesarias para conseguir los objetivos generales y específicos de cada una de ellas.

PALABRAS CLAVE

Habilidades del terapeuta, habilidades sociales del terapeuta, objetivos generales, objetivos específicos.

1. INTRODUCCION

Tradicionalmente, y desde el punto de vista de terapeutas dinámicos o humanistas, la Terapia de Conducta ha sido duramente criticada. Se la ha acusado de ser fría, simple, mecanicista y de reducir algo tan complicado como la naturaleza humana a simples conductas-problema.

Ciertamente, la terapia de conducta, desde sus orígenes hasta mitad de los años sesenta, estuvo focalizada especialmente en trasladar los modelos y datos experimentales a la clínica, en diseñar y crear técnicas terapéuticas basadas en esos datos, y en probar la eficacia clínica de tales estrategias de manera científica.

La explicación de tales objetivos tenía que ver con distintas razones: era fundamentalmente una reacción al enfoque que la psicología clínica tenía en aquella época, pretendiendo dar rigor científico, aumentar la eficacia, poder explicar y controlar las variables responsables del cambio terapéutico, y por qué no, escapar a la aureola de misticismo, abstracción y desor-

ganización improvisada que tenía la práctica clínica..

Como resultado de este enfoque, las variables de relación terapéutica (cliente-terapeuta), y otras que no fueron estrictamente técnicas, pasaron a ignorarse como objeto de investigación, a etiquetarse genérica y casi despectivamente como factores inespecíficos de la terapia.

Esto ocurría en un contexto experimental, pero ¿ocurría lo mismo en la praxis clínica?, los terapeutas conductuales ¿sólo estaban interesados en la técnica y olvidaban la relación terapéutica? Probablemente no. Distintos autores como Wilson (1980) y Goldfried y Davison (1976) aportan datos para afirmar que esto ocurría sólo en investigación. Existe toda una serie de estudios en la década de los setenta que demuestran contundentemente que los terapeutas conductuales eran calificados por sus clientes como igual o más empáticos que los terapeutas dinámicos o humanistas (Siloane y cols. 1975; Fischer y cols, 1977; Sidwoeder, 1979; y Greenwald y cols, 1981).

Estos estudios estaban contruidos todos de una manera similar: se dividía a los clientes en distintos grupos y eran tratados por terapeutas de diferentes orientaciones. Al margen de la eficacia, claramente a favor del enfoque conductual, se les pedía a los clientes que evaluaran a sus terapeutas en términos de empatía, calidez, comprensión etc. y/o se visionaban las grabaciones de las sesiones y se registraban expresiones que denotaran tales cualidades. En ningún solo estudio, los terapeutas conductuales fueron calificados por debajo de los otros. Es más, en la mayoría de ellos, fueron etiquetados como los más «humanos».

Desde principios de los años setenta el panorama cambia sensiblemente. Empiezan a surgir estudios destinados a operativizar experimentalmente lo que los clínicos ya habían intuido, la importancia de las mal llamadas hasta entonces variables inespecíficas de la terapia (Beck y cols., 1979; Goldfried y Davison, 1976; Foa y Emmelkamp, 1983; Wilson, 1982). Actualmente este es un foco de investigación importante.

2. HABILIDADES DEL TERAPEUTA

Durante estas dos últimas décadas, muchos son los autores que han tratado de listar las habilidades que un terapeuta de conducta necesita dominar para hacer una praxis clínica eficaz (Lloyd y Whitehead, 1976; Sulzer-Axaroff y Thomas, 1975; Linehan, 1980).

Totalmente en la línea de estos autores, a nuestro entender, esas habilidades que van a maximizar la eficacia de la terapia de conducta serían (ver figura 1):

- **Habilidades técnicas;** serían aquellos conocimientos teóricos y repertorio de técnicas de evaluación e intervención que el clínico necesitaría dominar. Serían habilidades y estrategias estrictamente científicas que se adquirirían durante la formación universitaria y postgrado; pura tecnología.

- **Habilidades de autocontrol emocional;** serían el dominio y la autoaplicación de algunas de las técnicas anteriores para manejar las reacciones emocionales negativas que la práctica clínica suele provocar en el terapeuta. Desde conseguir que el dolor que los clientes exteriorizan en terapia no afecte, hasta dominar las emociones como ansiedad, enfado o desánimo que pueden ser disparadas por la situación terapéutica (incumplimiento de tareas, reacciones agresivas del cliente, o retraso en conseguir mejoría y cambio terapéutico).

Desafortunadamente, parte de estas habilidades, suelen aprenderse con la práctica y la experiencia clínica, porque no suelen ser parte del currículum formativo del clínico novel.

- **Habilidades sociales;** serían las estrategias de comunicación y contacto social que el clínico usa para mantener la relación con el cliente. Idealmente, deberían usarse como un elemento

más de cambio. No sólo importaría la tecnología científica, usar las estrategias más adecuadas, sino presentarlas de la manera mejor o más eficaz.

- **Habilidades éticas;** la práctica clínica exige que el profesional cumpla una serie de preceptos morales mínimos para guiar su praxis. Algunos de ellos son comunes a otros profesionales (honestidad, confidencialidad) y otros genuinos de la psicología clínica (aceptación, respeto por el sistema moral del cliente).

- **Habilidades formales;** bajo éste epígrafe, enmarcamos un grupo muy amplio de habilidades que si bien no son estrictamente profesionales (algunas de ellas), complementan el ejercicio de la profesión, y a nivel práctico son irrenunciables. Nos referimos a habilidades como: mantener los horarios preestablecidos, redactar informes, escribir cartas profesionales o planificar la agenda de la forma más conveniente.

3. HABILIDADES SOCIALES

En realidad, aunque por cuestiones de claridad explicativa, estamos diferenciando estos cinco bloques de habilidades, en la práctica clínica es imposible separarlos. Por ejemplo, durante una primera entrevista de evaluación con un cliente nuevo, el terapeuta pretende alcanzar una serie de objetivos: empatizar; obtener información y darla (nivel técnico). Pero todo ello le llega al cliente a través de un determinado estilo de comunicación verbal y no verbal: uso de cierto tipo de preguntas, hacer resúmenes, parafrasear, controlar la expresividad facial, los gestos y muchos más (nivel de habilidades sociales). De la misma manera, el terapeuta autorregularía sus propias emociones a lo largo de la sesión (nivel de autocontrol emocional), tendría mucho cuidado de no ser intrusivo o tener

FIGURA 1

1. HABILIDADES TÉCNICAS

- Conocer el modelo Conductual
- Dominar las técnicas de evaluación
- Dominar las técnicas terapéuticas
- Otras

2. HABILIDADES DE AUTOCONTROL EMOCIONAL

- Conseguir no afectarse personalmente por los problemas del cliente
- Conseguir controlar emociones negativas propias, fruto de la relación terapéutica (ansiedad, enfado...)
- Otras

3. HABILIDADES SOCIALES

- Conseguir utilizar la propia relación terapéutica como instrumento que también facilite el cambio

4. HABILIDADES ETICAS

- Confidencialidad
- Honestidad
- Respeto
- Otras

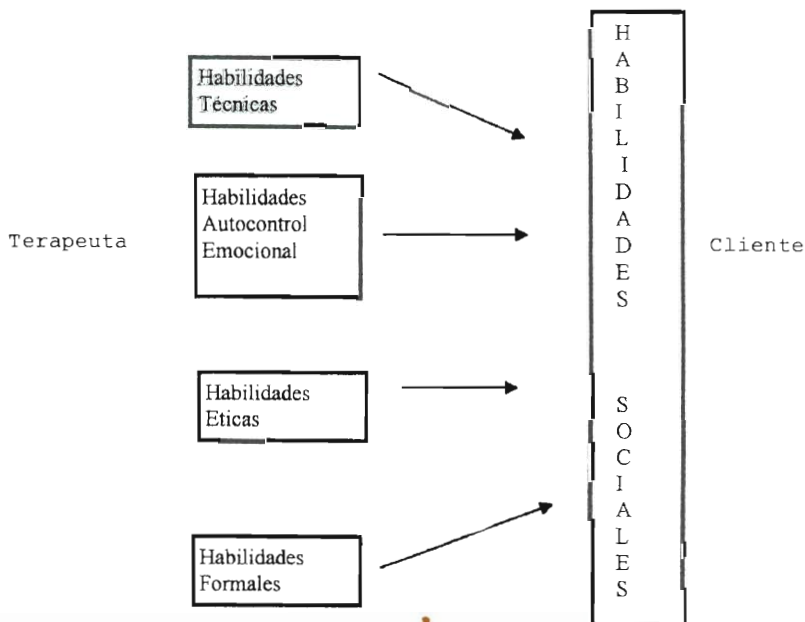
5. HABILIDADES FORMALES

- Planificación de la agenda
- Cumplir horarios
- Elaborar informes
- Otras

poco tacto (nivel ético) y procuraría empezar y acabar su cita bajo el horario preestablecido por su agenda (nivel formal).

Sería muy difícil decidir cuál de esos cinco grupos de habilidades y estrategias es prioritario. Sin embargo, lo que si es cierto es que desde el punto de vista del cliente, el más claro, el más visible, sería el de las habilidades sociales del terapeuta. Para que el resto de las estrategias lleguen al cliente, deben ser filtradas, o convertidas en conductas visibles vía habilidades sociales (ver figura 2). Para que una técnica concreta sea entendida y posteriormente practicada por el cliente, el terapeuta deberá explicársela y someterlo al entrenamiento adecuado, y para ello deberá controlar el contenido, las variables paralingüísticas, su comunicación no verbal, responder a dudas, poner ejemplos, y un sinnúmero de pequeñas variables moleculares que son, claramente, habilidades sociales.

FIGURA 2



¿Qué son las habilidades sociales? La literatura científica está llena de ejemplos y descripciones (Ver Caballo, 1993). Para este trabajo usaremos nuestra propia definición (Pastor y Sevilla, 1991): «dentro de un contexto determinado, una conducta es hábil socialmente cuando»:

- aumente la probabilidad de conseguir el objetivo prefijado en esa interacción social (concepto de eficacia)
- sin atravesar por niveles emocionales muy elevados, como ansiedad o enfado (concepto de comodidad)
- respetando los derechos del interlocutor (concepto de no agresividad)

Trasladando esta definición a la situación clínica, seríamos terapeutas habilitados si: nuestra conducta cara al cliente fuera de tal manera que aumentara la probabilidad de alcanzar los objetivos prefijados en esa interacción (que variarán sustancialmente dependiendo de en qué fase de la terapia estemos), sin que nuestras emociones en consulta nos pasen una elevada factura; lo que podría suceder especialmente en situaciones difíciles (y aquí, aparecerían las habilidades de autocontrol), y sin que, en ningún momento, violásemos los derechos personales del cliente, que toda persona posee (de nuevo, se nos cruzaría el tema de la ética).

Longitudinalmente el proceso terapéutico se divide en: evaluación, explicación de la hipótesis y propuesta de tratamiento, terapia y seguimiento. El resto de este trabajo consistirá en describir las habilidades sociales básicas necesarias en cada una de estas fases, no obstante como hilo conductor también se describirán algunas estrategias técnicas. La fase de seguimiento no se tomará en cuenta por entender que no posee características genuinas, sino más bien una combinación de la fase de evaluación y de terapia.

FIGURA 3

FASE DE EVALUACION: PRIMERA ENTREVISTA

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECIFICOS	HABILIDADES BASICAS
Empatizar	Presentación Imagen personal Uso del lenguaje Refuerzo-Extinción	Contacto ocular Sonrisa Expresión facial Señales de oidor Postura-distancia-gestos Cambio de registro verbal Ritmo, volumen y entonación
Obtener información	Motivo principal de consulta Comienzo y evolución del problema Tratamientos anteriores Otras áreas-problema Prescribir tareas	Preguntas abiertas Parfraseo Manejo silencios Resumir Refuerzo verbal Seguir una directriz Explicar y ejemplificar
Dar información y crear expectativas de éxito	Qué es un/una psicólogo Método de trabajo Detalles formales Cuidado con intervenir	Adecuar el lenguaje Usar ejemplos Pedir feedback Contestar directamente a preguntas

4. FASE DE EVALUACION

En nuestra práctica clínica diferenciamos la primera sesión de entrevista (la primera vez que tenemos contacto con un cliente nuevo) del resto de entrevistas de evaluación (que suelen ser una o dos más). Consideramos que los objetivos y la forma de conseguirlos son diferentes.

4.1. Primera entrevista

Los objetivos generales son empatizar, obtener información y crear expectativas de éxito (ver figura 3).

El objetivo general de empatizar consistiría en crear una buena relación personal entre el terapeuta y el cliente, para que éste se sienta no solamente comprendido de manera profesional sino también escuchado de persona a

persona. Para conseguir esta meta es importante cuidar aspectos más específicos como: la presentación, la imagen que el terapeuta ofrece, el uso del lenguaje o tener la habilidad para adaptarse al lenguaje del cliente, y el sabio uso del refuerzo social y la extinción, para dirigir la información e interesarse personalmente por el cliente.

Para cumplir estos objetivos específicos, el terapeuta necesitará dominar toda una serie de habilidades sociales básicas. De la conducta no verbal resaltaríamos el contacto ocular; la expresión facial incluyendo sonrisa en los momentos oportunos (por ejemplo, para reforzar), las señales de oidor o de escucha activa y el uso de la postura corporal y los gestos de las manos, para complementar la comunicación verbal. En la parte verbal, destacaría

FIGURA 4

FASE DE EVALUACION: SIGUIENTES ENTREVISTAS

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECIFICOS	HABILIDADES BÁSICAS
Concretar y sistematizar la información	Seguir un orden de cuestionamiento No inducir	Preguntas más específicas Posibilidad de preguntas cerradas Insistir en preguntas Cambiar el formato de la misma pregunta Pedir ejemplos
Empatizar	Imagen personal Uso del lenguaje Refuerzo-Extinción	
Educar al cliente	Introducirlo en nuestro modelo	Ejemplificar Explicar Rectificar conceptos Contestar directamente a preguntas Prescribir tareas

desde el punto de vista del contenido, la habilidad de cambiar de registro (puentear) y adaptarse al tipo de lenguaje del cliente, y el uso voluntario de las variables paralingüísticas (ritmo, volumen y entonación) para controlar el impacto del mensaje.

El segundo objetivo general, obtener información, consistiría en conseguir que, al final de esta primera sesión, el terapeuta tuviera una idea global de las conductas problema que han traído al cliente a consulta. Los principales bloques de información a obtener serían: averiguar el motivo principal de consulta, cómo empezó y cómo ha ido evolucionando, si recibió otro tipo de tratamientos y en qué medida le resultaron beneficiosos y si existen otras áreas-problema diferentes al motivo principal de consulta. La primera sesión acabaría prescribiendo tareas para seguir obteniendo información, típicamente, cuestionarios y autorregistros.

Las habilidades sociales que consideramos más útiles para alcanzar estos objetivos serían más verbales: hacer preguntas esencialmente abiertas, parafrasear y concatenar el parafraseo con preguntas, hacer resúmenes, reforzar verbalmente la buena emisión de información por parte del cliente, usar voluntariamente los silencios, y todo ello siguiendo una directriz trazada con los criterios técnicos.

El último objetivo de esta primera entrevista sería dar información creando, al mismo tiempo expectativas de éxito. Los objetivos específicos consistirían en explicarle al cliente qué es un psicólogo, cuál es nuestro método de trabajo, así como informar de toda una serie de detalles prácticos necesarios para que el proceso terapéutico funcione de la forma más eficaz (periodicidad de las sesiones, horarios etc.). Las habilidades sociales que se requieren son también esencialmente verbales y

consistirían en: adecuar el lenguaje al cliente (es fácil utilizar excesivos tecnicismos), usar ejemplos concretos para que la información no resulte demasiado abstracta, pedirle al cliente feedback directo de lo que está comprendiendo y facilitar, reforzar y contestar las preguntas o dudas que al cliente le vayan surgiendo.

4.2. Sigüientes entrevistas

Las siguientes entrevistas de evaluación comparten una serie de objetivos específicos con la primera entrevista como son todos los relacionados con el área de la empatía. Pero al mismo tiempo, aparecen otros objetivos genuinos de esta subfase (ver figura 4). El primero de ellos sería seguir obteniendo información, pero de manera mucho más concreta y sistemática. La información global recavada en la primera entrevista, serviría para decidir un orden específico de cuestionamiento, teniendo mucho cuidado de que el inte-

rrogatorio no sea tan dirigido, como para que el cliente acabe diciendo lo que el terapeuta desea escuchar. Para ello, las habilidades sociales más útiles serían: hacer preguntas específicas, mayor uso de preguntas cerradas, reformular las preguntas no contestadas, insistir, y pedir ejemplos concretos de las conductas-problema. Para guiar esta precisa secuencia será imprescindible que el terapeuta se base en una sólida formación técnica en psicopatología y técnicas de evaluación. En esta subfase separar el nivel de habilidades sociales y el nivel de habilidad técnica resulta prácticamente imposible.

El último objetivo general de este punto de la fase de evaluación, sería educar al cliente, introducirlo en el modelo psicológico, enseñarle los conceptos básicos. Para ello usaremos habilidades

como poner muchos ejemplos, rectificar asertivamente explicaciones inadecuadas, dar información y contestar dudas y preguntas directas del cliente.

5. FASE DE EXPLICACIÓN DE HIPOTESIS

La fase de hipótesis tiene fundamentalmente el objetivo de explicar al cliente pormenorizadamente en qué consiste su problema, si se puede, cómo se originó y, sobre todo, las variables que lo mantienen. Una vez entendidos estos conceptos, lo siguiente sería explicar el plan de tratamiento elegido (ver figura 5).

Siguiendo el esquema de este trabajo, los objetivos generales de la fase de

hipótesis serían: ofrecer información al cliente, evaluar cómo entiende e interpreta esta información y desdramatizar, motivando al cliente hacia la terapia. Estos objetivos generales se operativizarían en otros más específicos: explicar las variables de origen y de mantenimiento, explicar el plan general de intervención, evaluar, dirigir y guiar constantemente el impacto de esta información y eliminar explicaciones inadecuadas.

Las habilidades sociales necesarias implican un amplio rango de conductas verbales y no verbales, de nuevo inseparables del soporte técnico, especialmente a la hora de la explicación del problema. Las habilidades más destacadas serían: estructurar secuencial-

FIGURA 5

FASE DE HIPOTESIS

OBJETIVO GENERAL

OBJETIVOS ESPECIFICOS

HABILIDADES BASICAS

Dar información

Explicar el origen y el mantenimiento del problema

Explicar el plan general de intervención

Seguir la estructura del contenido de la hipótesis

Ajustar el nivel y el registro

Comunicación gestual
Variables paralingüísticas
Uso de ejemplos
Uso de dibujos y gráficos

Evaluar el impacto de la información

Evaluar y guiar qué está entendiendo

Atender señales no verbales
Preguntar
Pedir feedback
Uso de silencios

Desdramatizar

Eliminar explicaciones inadecuadas

Facilitar expresión de dudas; instigar y reforzar.
Controlar la expresión de impaciencia, disgusto o enfado
Reestructurar errores

Motivar

Crear expectativas de trabajo y éxito

Citar la eficacia experimental y la experiencia clínica: otros casos.

FIGURA 6

FASE DE TERAPIA

OBJETIVO GENERAL

Enseñar, instruir
entrenar

**OBJETIVOS
ESPECIFICOS**

Entrenamiento de
técnicas y estrate-
gias específicas

Adherencia al
tratamiento
Generalización

**HABILIDADES
BASICAS**

Mismas habilidades
que en fase de
hipótesis
Modelar, aleccionar
instigar, reforzar

Hacer peticiones
Reforzar
Hacer críticas
Mantener la opinión
evitando discutir
Recibir críticas
Afrontar directamente
posibles dificultades

mente el contenido de la información a ofrecer, sin saltar de un bloque a otro anárquicamente, explicar en profundidad los conceptos y no solamente citarlos, ajustar el nivel de explicación técnico y el uso del tipo de lenguaje a las características del cliente, controlar la comunicación gestual, la expresión facial y las variables paralingüísticas para aumentar la eficacia del mensaje, usar numerosos ejemplos así como dibujos y gráficos, atender a las señales no verbales del cliente que denotarían el impacto que la información ofrecida produce, pedir feedback y hacer preguntas directas sobre el tema, usar juiciosamente los silencios, facilitar, instigar y reforzar las preguntas y expresiones de duda, reestructurar los posibles errores del cliente (tanto los que vengan de su propia concepción como

los creados a partir de la explicación del terapeuta) y, finalmente, controlar las propias expresiones de impaciencia, disgusto o enfado ante la lentitud, dificultad o pegas que el cliente expresa en esta fase.

6. FASE DE TERAPIA

La fase de terapia consiste en entrenar al cliente en técnicas concretas para superar los problemas que le traen a consulta. Hablar de objetivos genéricos de esta fase es muy difícil, porque hay un enorme volumen de técnicas terapéuticas entre las que se elegirá a partir de los datos de la evaluación. Como ejemplo, para el lector, de esta dificultad bastará con comparar los objetivos que persiguen técnicas como la Reestructuración Cognitiva o el Entrenamiento en Habilidades Sociales.

Sin embargo, podemos hablar de unos objetivos generales aplicables a todas las técnicas: enseñar, instruir, entrenar (ver figura 6). Los objetivos específicos serían el entrenamiento concreto de las técnicas elegidas, conseguir que el cliente se adhiera al plan elegido y que, posteriormente, generalice las estrategias aprendidas.

Las habilidades sociales necesarias incluirían todas las usadas en la fase de explicación de hipótesis, que tendrían como objetivo presentar la fase educativa de la técnica, y otras definitorias de esta fase: instigar, aleccionar, modelar y reforzar el uso de las técnicas entrenadas. También sería de gran utilidad el uso de un gran número de habilidades eminentemente asertivas como hacer peticiones («ahora quiero que cierres los ojos y que te imagines...»),

reforzar («¡genial, lo estás consiguiendo...!»), hacer críticas («No, no es así, no se trata de que...»), mantener opiniones sin discutir («comprendo que te resulte difícil aceptar esto, pero estoy seguro de que es lo mejor para tí...») recibir críticas («¿qué quieres decir exactamente con que no estás contento con la terapia?») y afrontar directamente posibles dificultades («últimamente estás llegando tarde a terapia, me gustaría que hablásemos de ello»).

Para finalizar nos gustaría resaltar una serie de puntos que ya se han insinuado a lo largo del artículo. En primer lugar, advertir que si bien la forma de estructurar la terapia y las habilidades sociales que se ofrecen en este trabajo están en consonancia con los datos de la literatura científica, lo que aquí se ofrece es esencialmente nuestra interpretación personal, basada en nuestra experiencia clínica y nuestra particular forma de entender la Terapia de Conducta.

En segundo lugar, clarificar que las habilidades sociales descritas específicamente en cada una de las fases y adscritas a objetivos específicos, en muchos casos, no serían exclusivas de éstos, sino que podrían usarse también para la consecución de otros objetivos. Por ejemplo, parafrasear puede servir para obtener información, pero también para reforzar e incluso para educar al cliente.

Por último, recordar de nuevo que es imposible separar las habilidades sociales del resto de habilidades del terapeuta citadas en este trabajo, especialmente de las habilidades técnicas, conceptualizadas como la estructura directriz de todo el proceso terapéutico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BECK, A.T. y cols (1979): Cognitive therapy of depression. New York. GUILFORD, (Traducido en castellano por Desclés de Brouwer, 1983)

CABALLO, V.~1993): Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. SIGLO XXI.

FISCHER, J. y cols.: The relationship between theoretical orientation and therapist's warmth and genuineness. Journal of Counselling Psychology, 22, 399-403.

FOA, E.B. Y EMMELKAMP, G. (1983): Failures in behavior therapy. New York: John Wiley & Sons.

GOLDFRIED, M.R. Y DAVISON, G.C. (1976): Clinical Behavior Therapy. New York: Pergamon.

GREENWALD, D.P. Y COLS (1981): Differences between social skills therapists and psychotherapists in treating depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49, 757-759.

LINEHAN, M.M. (1980): Supervision of Behavior Therapy. En A.K. Hess (Ed.): Psychotherapy Supervision: Theory, Research and Practice. New York: John Wiley & Sons.

LLOYD, M.E. Y WHITEHEAD, J.S. (1976): Development and evaluation of behavioral thought practice. En S. Yen y R.W. McIntire (Eds): Teaching Behavior modification. Kalamazoo, Mich.: Behaviordelia.

PASTOR, C. Y SEVILLÁ, J.I. (1981): Evaluación de las habilidades sociales para ligar: un primer acercamiento experimental. En Información Psicológica, 47, 4-10.

RUIZ, M.A. Y VILEALOBOS, A. (1994): Habilidades Terapéuticas. Terapia de Conducta y Salud.

SEGURA, M.: La situación terapéutica y sus problemas. En CARROBLES, J.A. (1985): Análisis y Modificación de la Conducta II. Facultad de Psicología

SLOANE, R.B. Y COLS. (1975): Psychotherapy versus behavior Therapy.

CAMBRIDGE, M.A.: Harvard University Press

SULZER -AXAROFF, B. Y COLS. (1975): Behavioral Competencies for the evaluation of behavior modifiers. En W.S. Wood (Ed.): Issues in evaluating behavior modification. Campaign, Ill.: Research Press.

WILSON, G.T. (1980): Towards specifying the «non specific» factors in behavior therapy: A social learning analysis. En M. Mahoney (Ed.): Psychotherapy process: Current issues and future directions. New York: Plenum.

WILSON, G.T. (1982): Clinical issues and strategies in the practice of behavior therapy. En C.M. Franks, G.T. Wilson, P.C. Kendall y K.D. Brownell (Eds.): Annual review of behavior therapy: Theory and practice. Vol. 8. New York: Guilford.