

Psicoterapia Conductual en niños: estrategia terapéutica de primer orden

Conductual Psychotherapy in child: the first one therapeutic strategic

Iván Castillo Ledo(*), Hilda I. Ledo González (**), Antonio A. Ramos Barroso (***)

(*) Especialista en Medicina General Integral. Máster en Medicina Bioenergética.
Profesor Asistente. Sala de Rehabilitación Integral. Yaguaramas. Cienfuegos. Cuba.

(**) Doctora en Pedagogía, Profesora Asistente. Centro Universitario Municipal.

(***) Estudiante de Medicina. Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos.

Resumen: *Los enfoques conductuales se caracterizan por una evaluación detallada de las respuestas problemáticas y de las situaciones ambientales que pueden suscitar y mantener el desarrollo de estrategias que produzcan cambios en el entorno y, por tanto, en la conducta del paciente, y la evaluación continuada de la eficacia de la intervención.*

Los métodos conductuales pueden utilizarse para tratar síntomas somáticos. Estas intervenciones deben llevarse a cabo en colaboración con el médico general o con cualquier otro especialista médico que se requiera. Los niños y adolescentes son tan sensibles como los adultos a la idea de que sus síntomas no son «reales», por lo que hay que explicar con sumo cuidado la interacción de los procesos psicológicos con los síntomas físicos y desarrollar una alianza de trabajo.

Palabras claves: métodos conductuales, síntomas somáticos, niños y adolescentes.

Abstract: The conductual psychotherapy is characterized through detailed evaluation and observation the trouble and some live situation then it's possible to develop strategic and produce some change in the patient and the same time we can to evaluate the intervention.

The conductual method can use in the somatic symptom. This intervention should do for the general doctor and other specialist. The child and teenagers are sensible as an adult, in this case is very important to do a work alliance.

Key words: conductual methods, somatic symptom, child and teenagers.

A partir de la segunda guerra mundial comienza a reconocerse socialmente el trabajo psicoterapéutico de los psicólogos, y en la conferencia de Boulder (1949, Colorado, EEUU) se define el rol del psicólogo clínico que debe de recibir formación en tres áreas: diagnóstico,

investigación y terapia. Poco después la Asociación de Psiquiatría Americana defiende que la psicoterapia solo debe de ser practicada por médicos psiquiatras. En este contexto se genera el inicio de las polémicas entre ambas profesiones.

Los psicólogos comienzan a generar modelos terapéuticos ajenos al psicoanálisis (dominante entre los psiquiatras americanos) y los presentan como alternativas más científicas a este. Carl Roger sobre 1943 crea la terapia centrada en el cliente como una alternativa nueva de psicoterapia, e inicia un proceso de investigación sobre la relación terapéutica (grabación de las sesiones, análisis del proceso y contenido, etc.). Desde el ámbito académico se acentúa el conductismo y la terapia de conducta. Desde este último punto de vista se propone que los trastornos mentales sin base orgánica son trastornos aprendidos, derivados de las leyes del condicionamiento y por lo tanto susceptibles de ser modificados en base a procedimientos de re aprendizaje.

Los enfoques conductuales se caracterizan por una evaluación detallada de las respuestas problemáticas y de las situaciones ambientales que pueden suscitarse y mantener las, el desarrollo de estrategias que produzcan cambios en el entorno y, por tanto, en la conducta del paciente, y la evaluación continuada de la eficacia de la intervención.

Desde un planteamiento operante se identifican las contingencias ambientales positivas y negativas que aumentan y disminuyen la frecuencia de las conductas y, a continuación, se modifican con el fin de disminuir las conductas problema y de aumentar las conductas adaptativas.

Diversas conceptualizaciones se han realizado de la terapia conductual, por ejemplo, Eysenck (1979), definió la terapia conductual como: El intento para alterar la conducta y las emociones humanas de un modo beneficioso y de acuerdo con las leyes de la moderna teoría del aprendizaje.

Yates (1979), ofrece su definición al respecto: El intento por utilizar sistemáticamente el cuerpo de conocimientos empíricos y teóricos surgidos de aplicar el método experimental a la psicología y disciplinas afines (fisiología y neurofisiología), para con ello explicar la génesis y el mantenimiento de patrones de conductas anormales. Además aplicar esos conocimientos al tratamiento o la prevención de esas anomalías mediante estudios experimentales controlados de caso único, tanto de modo descriptivo como de remedio.

Kazdin (1983) considera que: Esta área, conocida como modificación de conducta o terapia de conducta, consiste en la utilización de los datos experimentales obtenidos a partir de la investigación psicológica con el propósito de modificar la conducta. El término modificación de conducta tal y como se emplea en su sentido técnico, se refiere a un enfoque metodológico orientado al desarrollo, aplicación y evaluación de técnicas de cambio de conductas derivadas de la investigación psicológica

Los conductistas Eysenck, Skinner y Wolpe van a desarrollar esta nueva concepción de la psicoterapia. Eysenck (1952) cuestiona la efectividad de la psicoterapia psicoanalítica que refiere equiparable al no tratamiento, incluso inferior. Skinner desarrolla su paradigma de condicionamiento operante y en su obra "Ciencia y conducta humana" (1953) llega a reexplicar la psicoterapia como efecto del condicionamiento operante substituyendo los mecanismos intrapsíquicos por principios de aprendizaje. Wolpe a partir de su obra "Psicoterapia por inhibición recíproca" (1958) demuestra como la terapia conductista es aplicable y efectiva en el tratamiento de las neurosis, sin necesidad de recurrir a los procedimientos largos y costosos de la terapia psicoanalítica. Todo ello sirve a los psicólogos para alimentar sus deseos de autonomía en esta época de reivindicaciones teóricas y laborales.

El enfoque conductista se hace dominante hasta los años sesenta en los ámbitos académicos de América y Europa, y en gran parte de los clínicos (mas entre los psicólogos). En esta época sin embargo, comienza a ser cuestionado por parte de los propios psicólogos que le atribuyen, reconociendo su efectividad potencial en muchos casos, una imagen del hombre demasiado mecanizada y olvidada de los aspectos mas subjetivos.

Como elementos esenciales del enfoque conductual se citan:

- La consideración de que las leyes que rigen el aprendizaje son aplicables tanto para la comprensión y explicación de las conductas normales como las anormales (o desviadas); es decir, las conductas desadaptativas se adquieren mediante las mismas leyes del aprendizaje que rigen para la conducta normal.



- Las técnicas terapéuticas se deben basar en los hallazgos empíricos y los fundamentos teóricos de la psicología experimental.
- La terapia se dirige hacia la modificación de las conductas desadaptativas que son específicas y manifiestas. También se tratan las cogniciones y las emociones que acompañan a la conducta manifiesta, pero en una forma más concreta y directa.
- El acento principal se pone en los problemas actuales del paciente.
- Se plantea como indispensable la evaluación de los resultados del tratamiento.
- No reduce la necesidad de que los terapeutas conductuales sean personas que se interesen por mantener una adecuada relación paciente-terapeuta.

Los terapeutas conductuales establecen una relación estrecha entre el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento; siendo los dos elementos primeros la base sobre la cual se lleva a cabo el tratamiento.

Estrategias Terapéuticas

En sus intervenciones los terapeutas conductuales se valen de toda una serie de principios de aprendizaje y de otras estrategias más estructuradas:

Principio del reforzamiento positivo: El reforzamiento aplicado contingentemente a un comportamiento determinado, aumenta la probabilidad de ocurrencia del mismo.

Principio del reforzamiento negativo: Se define como aquel estímulo que una vez que se elimina aumenta la probabilidad de ocurrencia de una conducta (que estaba siendo inhibida).

Moldeamiento: Consiste en la aplicación de manera selectiva y planificada del principio del reforzamiento positivo, esto es, se comienza estimulando aquellas conductas que guardan cierta relación con la conducta deseada, hasta que solamente se refuerza la presencia de la conducta en cuestión.

Modelamiento: Sigue el principio del aprendizaje vicario planteado por Bandura (imitación). El sujeto es confrontado con determinado modelo que exhibe el comportamiento que se desea que el adquiera. La participación del sujeto que

aprende se realiza como observador o como participante activo.

Economía de fichas: Se aplican los principios del reforzamiento positivo y del moldeamiento, el sujeto recibe reforzadores como fichas, puntos, estampillas, etc., que después pueden cambiar por otros estímulos.

Control de estímulos: Cuando siempre que se presenta determinado estímulo, al mismo sigue la presencia de determinado comportamiento, decimos entonces que ese comportamiento está bajo el control de ese estímulo.

Técnicas aversivas: Estímulos de carácter negativo que son aplicados ante determinados comportamientos. Se diferencia del castigo en que el sujeto puede evitar o escapar de la situación aversiva, si emite determinados comportamientos cosa que no sucede con el castigo.

Autocontrol: Estrategia mediante la cual el sujeto se aplica sus propios reforzamientos y castigos para controlar sus comportamientos. También pueden estar presentes algunas estrategias de tipo cognitivo.

Desensibilización sistemática: Procedimiento desarrollado por J. Wolpe para el tratamiento de las fobias, temores y ansiedades. Se basa en el contracondicionamiento o inhibición recíproca.

La determinación de las metas u objetivos terapéuticos ocupa un lugar de importancia central en la terapia conductual. El paciente en conjunto con el terapeuta, determina los objetivos terapéuticos específicos sobre los cuales se trabajarán en el transcurso del proceso psicoterapéutico.

La meta u objetivo general de la terapia conductual es el de crear nuevas condiciones para el aprendizaje. Una vez que se ha realizado el análisis funcional de los comportamientos problemáticos, se realiza la selección de las metas u objetivos terapéuticos y se detalla el plan o programa a partir del cual se van a tratar de alcanzar los mismos. El diseño del plan terapéutico es algo flexible que se puede ir ajustando en la medida que se obtiene información.

El establecimiento de metas u objetivos terapéuticos sirve a tres propósitos principales:

- Brindar una dirección al proceso terapéutico.

- Poseer una base para la selección y empleo de las estrategias terapéuticas, particulares que serán empleadas en la intervención.
- Brindar ciertos parámetros sobre los cuales comparar y evaluar los resultados.

En resumen, la estrategia terapéutica se desarrolla según los siguientes pasos:

1. Análisis funcional.
2. Determinación de objetivos y metas terapéuticas.
3. Ejecución del plan de tratamiento.
4. Evaluación de los resultados.
5. Culminación de la terapia y plan de seguimiento.

El terapeuta conductual debe asumir un rol activo y directivo en el tratamiento, funciona típicamente como un maestro, experto en el diagnóstico y tratamiento de conductas desajustadas.

Indicaciones y eficacia

La terapia de conducta es, con diferencia, el tratamiento psiquiátrico para niños que se ha evaluado con mayor detalle. Para que los programas sean lo más eficaces posible se requiere la cooperación de la familia y la escuela, centrarse en conductas específicas y asegurarse de que las contingencias sigan a las conductas de forma rápida y coherente.

La terapia de conducta es el tratamiento más eficaz para las fobias simples, la enuresis y la encopresis, así como para las conductas de desobediencia que se observan en el trastorno negativista desafiante y en el trastorno disocial. En los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, la modificación de conducta puede mejorar tanto el rendimiento académico como el comportamiento, si se tratan específicamente. Se requieren componentes de castigo (tiempo muerto y coste de respuesta) y de recompensa. La modificación de conducta es más eficaz que el tratamiento farmacológico para mejorar las interacciones de los pacientes con sus compañeros, pero primero tienen que enseñarse esas habilidades. Muchos menores requieren programas sólidos, intensivos y prolongados (desde meses a años). Una amplia gama de problemas infantiles, como tics motores o vocales, tricotilomanía y ciertas

alteraciones del sueño, pueden tratarse con modificación de conducta, tanto sola como en combinación con farmacoterapia.

El punto más débil de la terapia conductual es la imposibilidad de mantener la mayor parte de las mejoras durante un tiempo prolongado y la falta de generalización de los cambios a situaciones diferentes de las practicadas. La generalización y el mantenimiento pueden optimizarse llevando a cabo prácticas en los ámbitos en que se desea cambiar la conducta, en múltiples momentos y lugares, facilitando el paso a reforzadores del entorno natural y retirando gradualmente el reforzamiento con un programa intermitente (Stokes y Baer, 1977).

Tratamiento conductual de síntomas específicos

Cuando se ha evaluado la presencia de trastornos psiquiátricos y la posibilidad de abusos sexuales, y se ha completado el historial médico, la exploración física y cualquier otra prueba de laboratorio necesaria para descartar un trastorno médico, el tratamiento de elección para la enuresis o la encopresis es el conductual.

Enuresis: En niños pequeños, en especial los que se orinan sólo por la noche, en la mayoría de los casos la enuresis es consecuencia de un retraso en el proceso madurativo. Mientras se espera que el niño consiga esa maduración, la estrategia más útil consiste en reducir al máximo los síntomas secundarios, evitando que los padres castiguen o ridiculicen al niño. Se puede enseñar a los niños de más edad a que cambien ellos mismos las sábanas para reducir las reacciones negativas de los padres. En algunos niños más motivados puede resultar de utilidad un control simple y un procedimiento de recompensas que incluya una cartulina con estrellas que podrán canjearse por recompensas.

Otros dos programas eficaces en el tratamiento de la enuresis nocturna son el dispositivo de alarma y la educación «en cama seca». La alarma es un tratamiento por condicionamiento que consigue que más de dos terceras partes de los niños dejen de orinarse en la cama (Schmitt, 1982). La tasa de éxito puede incrementarse y disminuir las recaídas si se añaden contingencias a las noches «secas» y «mojadas», retirándolas gradualmente una vez se



ha conseguido el control de los esfínteres (Kaplan y cols., 1989).

La educación en «cama seca» (Azrin y cols., 1974) es un programa conductual igualmente eficaz, aunque más engorroso, que incluye la práctica positiva, la respuesta contingente y el dispositivo de alarma en combinación.

Existe un manual para los padres acerca de esta modalidad de tratamiento (Azrin y Foxx, 1974): *Lecturas para padres «Enuresis»*.

Los niños con enuresis secundaria (que al principio no mojaban la cama) y los que presentan otros problemas psiquiátricos son más difíciles de tratar. Pueden ser necesarias otras intervenciones antes de que estén motivados para participar o para que respondan a las técnicas conductuales.

Encopresis: El tratamiento de la encopresis es más complejo, porque suele ser resultado de un estreñimiento crónico con retención de heces, que provoca problemas fisiológicos que requieren tratamiento médico. Además, los niños con encopresis presentan más trastornos psiquiátricos asociados que los niños con enuresis.

El tratamiento conductual de la encopresis debe integrarse en un plan que incluya un tratamiento educativo y psicológico (Levine, 1982). Dado que la encopresis suele provocar retenciones graves y «escapes», en ocasiones es necesaria la limpieza inicial del intestino. Este régimen va seguido de un programa de reentrenamiento del intestino utilizando aceite mineral por vía oral, una dieta rica en fibras, ingestión de líquidos y un supositorio laxante suave.

El programa conductual se centra en el desarrollo de una rutina para ir al lavabo de forma regular con un horario pautado. Se recompensan las conductas que se aproximan progresivamente a la defecación adecuada en el lavabo.

Suelen incluirse comprobaciones rutinarias de la ropa interior seguidas de una respuesta positiva o negativa contingente. Está contraindicada la administración de enemas por parte de los padres, ya que no sólo no mejoran la función intestinal, sino que pueden perjudicar la relación paterno filial.

Trastornos de ansiedad: La desensibilización, *in vivo* o imaginado, es el tratamiento de elección para las fobias simples, a menudo apoyada por técnicas de modelado. Los principios y las técnicas son esencialmente los mismos que los aplicados a los adultos, con modificaciones según el nivel de desarrollo. La desensibilización *in vivo*, a menudo combinada con técnicas de administración de contingencias y orientaciones a los padres, puede ser eficaz en el tratamiento de la evitación de la escuela («fobia escolar») debida a un trastorno de ansiedad por separación.

Los métodos conductuales que utilizan la exposición y la prevención de respuesta parecen eficaces en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes. March y cols. (1994) han elaborado un protocolo de tratamiento de tiempo limitado de exposición y prevención de respuesta que ha demostrado tener efecto terapéutico en un ensayo abierto con niños y adolescentes con trastorno obsesivo-compulsivo. Se están llevando a cabo más estudios que valoran este método.

Terapia cognitiva conductual

El Dr. Albert Ellis, inició hacia 1956, una nueva corriente psicoterapéutica, conocida hoy como Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). Seis años más tarde (1962), el Dr. Aaron Beck desarrolló la Terapia Cognitiva (TC), como una nueva propuesta en psicoterapias, la cual fue realmente muy eficaz en el tratamiento de depresiones y trastornos de ansiedad.

Tanto la propuesta de Ellis, como la de Beck, junto a diversos desarrollos, orientaciones y corrientes, como por ejemplo, los modelos integrativos, conductuales, sociales, etc., conforman lo que actualmente se conoce en psicoterapia como Corriente Cognitivo Conductual.

¿Que es la terapia cognitiva conductual?

Ante una determinada situación o estímulo, cada persona realiza una respuesta o reacción, la cual está mediada por el proceso de significación o evaluación, en base a los objetivos, deseos y metas de cada uno. Dichos procesos de significación o evaluación realizados, son en base a la estructura cognitiva de cada uno, lo cual, generalmente, se denominan esquemas, y son el

resultado tanto de predisposiciones genéticas, junto a las experiencias vividas por cada persona, las cuales, aunque sea sin saberlo, generan algún tipo de aprendizaje.

En la Psicoterapia Cognitiva Conductual, las hipótesis de trabajo se basan en que los patrones de pensamiento distorsionados o conceptualmente erróneos (denominados distorsiones cognitivas) ejercen un efecto adverso sobre las diferentes emociones, conductas y modos de funcionamiento conductuales.

La labor de la Psicoterapia Cognitiva, implicará entonces la modificación de dichas estructuras, junto a la de los significados o evaluaciones, para de este modo, lograr modificaciones también en las respuestas generadas. En la Terapia Cognitivo Conductual, las hipótesis de trabajo se basan en que los patrones de pensamiento distorsionados o conceptualmente erróneos y denominados distorsiones cognitivas ejercen un efecto adverso sobre las diferentes emociones, conductas y modos de funcionamiento conductuales y que por lo tanto, la reestructuración cognitiva por medio de intervenciones psicoeducativas, modificaciones emocionales, conceptuales y la puesta en práctica de nuevas modalidades conductuales colaboran en mejorar el estado de los pacientes.

Técnicas conductuales

Los métodos conductuales pueden utilizarse para tratar síntomas somáticos. Estas intervenciones deben llevarse a cabo en colaboración con el médico general o con cualquier otro especialista médico que se requiera. Los niños y adolescentes son tan sensibles como los adultos a la idea de que sus síntomas no son «reales», por lo que hay que explicar con sumo cuidado la interacción de los procesos psicológicos con los síntomas físicos y desarrollar una alianza de trabajo.

Se han utilizado diversas técnicas, en muchos casos muy parecidas a las de los adultos, pero adaptadas al nivel de desarrollo cognitivo o emocional de los niños o adolescentes. Es especialmente importante comprender los errores en las concepciones del niño sobre su estado de enfermedad y su tratamiento. Estas creencias varían según su etapa de desarrollo cognitivo y la experiencia personal.

Hipnoterapia: Los niños son más hipnotizables que los adultos (Williams, 1979). Aunque la hipnosis se utiliza en ocasiones para facilitar la introspección en la psicoterapia dinámica o con el fin de eliminar un síntoma o hábito conductual, el uso más común en niños y adolescentes se da en el tratamiento de síntomas físicos con componentes psicológicos o para ayudar al niño a afrontar el dolor o las náuseas asociados a un trastorno físico o a su tratamiento.

Técnica de relajación: Pueden aplicarse cuatro procedimientos de relajación a niños y adolescentes: relajación muscular progresiva, respiración con meditación, técnica autógena (repetición silenciosa de órdenes o afirmaciones) y técnicas basadas en la imaginación (Masek y cols., 1984). La elección estará determinada por las características del niño o el adolescente y las del trastorno objeto del tratamiento. Las técnicas basadas en la imaginación pueden ser particularmente adecuadas debido al interés que en la mayoría de los niños despierta la fantasía. El aprendizaje en relajación se ha utilizado en el tratamiento de la migraña infantil, la artritis reumatoide juvenil y la hemofilia. Estas técnicas, también denominadas de autorregulación cognitivo-conductual de la percepción del dolor, pueden ofrecer buenos resultados no sólo en la disminución subjetiva de la experiencia del dolor y en la demanda de analgésicos, sino también en la mejoría del estado de ánimo, la autoestima y el funcionamiento físico y social (Varni y cols., 1986). Se han utilizado técnicas similares para el tratamiento del asma y de la fibrosis quística en niños y adolescentes.

Tratamiento conductual del dolor: El tratamiento conductual del dolor utiliza técnicas de condicionamiento operante en el tratamiento del dolor crónico. Por ejemplo, los antecedentes y las consecuencias de las cefaleas se determinan mediante la observación y el registro diario del dolor (si el niño es suficientemente mayor), y a continuación se trata de modificar aquellas situaciones y acontecimientos que parecen precipitar o reforzar positivamente el dolor, trabajando con el paciente, los padres, los profesores, el pediatra y otras personas significativas. Se insiste en el funcionamiento normal, pese al dolor, en lugar de hacerlo en las técnicas de afrontamiento del estrés (Masek y cols., 1984). Al reducirse el dolor



y las conductas relacionadas con el dolor, los pacientes experimentan mayor sentido de control y dominio, y aumento de las actividades positivas adecuadas a la edad (Varni y cols., 1986).

Aplicación de la psicoterapia cognitiva conductual

Diversas investigaciones han demostrado resultados eficaces sobre diversos trastornos y problemáticas, entre ellos: adicciones, ansiedad, ansiedad social, ataques de pánico, depresión, crisis de pánico, conflictos de relación, colon irritable, estrés, disfunciones sexuales, dolor, hipertensión, ira, inhibiciones, Trastorno Bipolar, Trastornos de Ansiedad: fobias, ataque de pánico, TOC, fobia

social..., Trastornos de Angustia, Trastornos del Estado de Ánimo, Trastornos Psicósomáticos.

En conclusión los métodos conductuales pueden utilizarse como útil herramienta para tratar síntomas somáticos. Estas intervenciones deben llevarse a cabo en colaboración con el médico general o con cualquier otro especialista médico que se requiera, teniendo en cuenta que los niños y adolescentes son tan sensibles como los adultos, por lo que hay que explicar con sumo cuidado el tipo de intervención que se propone para así lograr una mejor interacción de los procesos psicológicos.

Contacto

M.Sc. Iván Castillo Ledo

Sala de Rehabilitación Integral • Independencia No. 57 A. Rodas. Cienfuegos. Cuba.

Tel. 53 43 549326 • ivan.castillo@polrodas.cfg.sld.cu

Bibliografía

VV. AA. *Psicoterapia General*. En: *Modelo Conductual*. Pág. 82-87.

Kaplan Harold I., Sadock Benjamín J. *Compendio de Psiquiatría*. En: *Psicoterapias*. Cap.26.2. *Terapéutica de la Conducta*. Pág. 624-627.

Psicoterapia conductual. [Monografía en Internet]. [Consultado 2012 Febrero 6]. Disponible en: http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/ProfSanitarios/profesionales7c.htm#modelos_conductistas

Psicoterapia cognitivo-conductual. [Monografía en Internet]. [Consultado 2012 Febrero 6]. Disponible en: <http://www.cognitivoconductual.org/content.php?a=32>

Psicoterapia conductual. [Monografía en Internet]. [Consultado 2012 Febrero 6]. Disponible en: <http://www.forumclinic.org/actualidad/la-terapia-cognitivo-conductual-bfque-es-fundamentos-teoricos-y-principios-de-aplicacion>.

Psicoterapia cognitivo-conductual. [Monografía en Internet]. [Consultado 2012 Febrero 6]. Disponible en: <http://www.hipnosisnet.com.ar/cognitiva-terapia-cognitiva-conductual.htm>

Generalized anxiety disorder. [Monografía en Internet]. [Consultado 2012 Febrero 6]. Disponible en: <http://www.1on1health.com/web/info/anxiety/spanish/generalized-anxiety-disorder-treatment/Content>

Generalized anxiety disorder. [Monografía en Internet]. [Consultado 2012 Febrero 6]. Disponible en: <http://www.1on1health.com/web/info/anxiety/spanish/generalized-anxiety-disorder-treatment/Content>

González de Rivera, J. L., Rodríguez- Abuin, M. *Psicoterapia autógena y Psicoterapia cognitivo-conductual*. *Psiquis* 1998; 19(7): 259-264.

Psicoterapia cognitivo-conductual. [Monografía en Internet]. [Consultado 2012 Febrero 6]. Disponible en: <http://psicologia.laguia2000.com/psicologia-cognitiva/terapia-cognitivo-conductual>.

- Recibido: 9-4-12.
- Aceptado: 25-5-12.