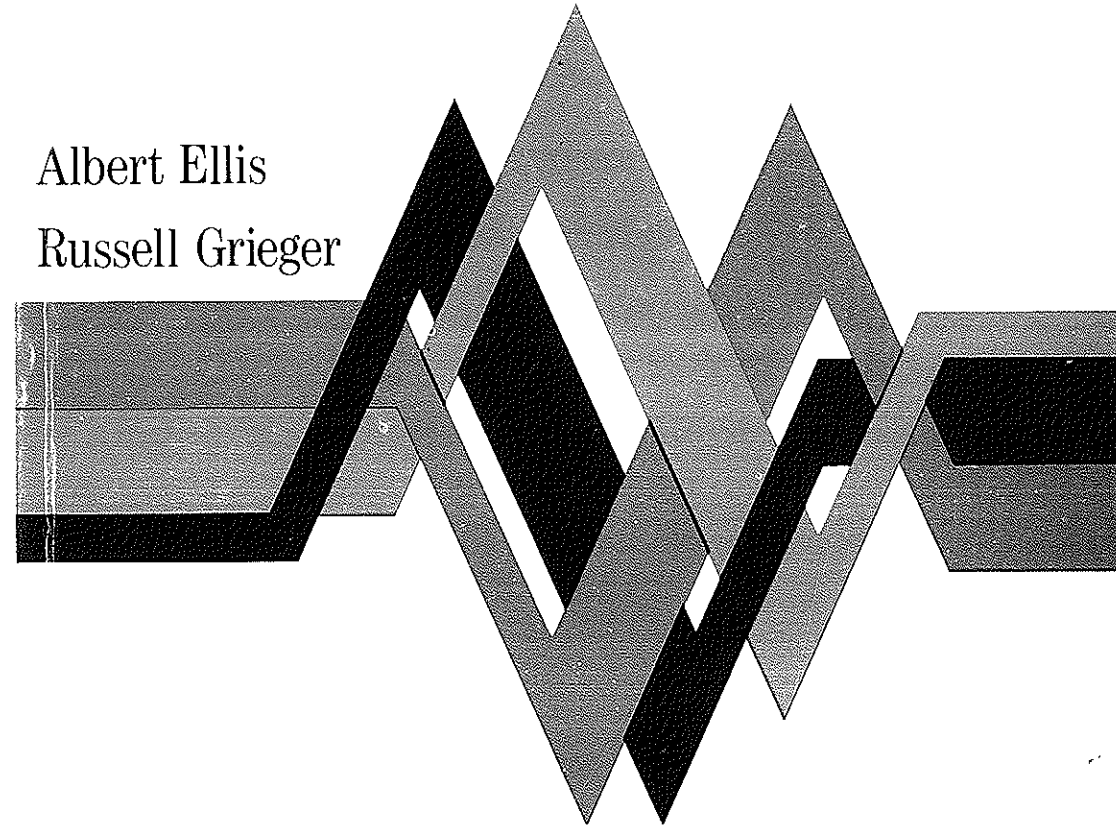


MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA

Volumen 2

Albert Ellis
Russell Grieger



BIBLIOTECA DE PSICOLOGIA

(Dirigida por José M. Gondra)

- N.º 1. — LA PSICOTERAPIA DE CARL R. ROGERS, por *José M. Gondra*.
N.º 2. — PSICOTERAPIA POR INHIBICION RECIPROCA, por *Joseph Wolpe*.
N.º 3. — MOTIVACION Y EMOCION, por *Charles N. Cofer*.
N.º 4. — PERSONALIDAD Y PSICOTERAPIA, por *John Dollard y Neal E. Miller*.
N.º 5. — AUTOCONSISTENCIA: UNA TEORIA DE LA PERSONALIDAD, por *Prescott Lecky*.
N.º 7. — PERSONALIDAD (TEORIA, DIAGNOSTICO E INVESTIGACION), por *Lawrence A. Pervin*.
N.º 9. — OBEDIENCIA Y AUTORIDAD, por *S. Milgram*.
N.º 12. — GENERALIZACION Y TRANSFER EN PSICOTERAPIA, por *Goldstein-Kanfer*.
N.º 13. — LA PSICOLOGIA MODERNA. Textos, por *José M. Gondra*.
N.º 16. — MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por *A. Ellis y R. Grieger*.
N.º 17. — EL BEHAVIORISMO Y LOS LIMITES DEL METODO CIENTIFICO, por *B. D. Mackenzie*.
N.º 18. — CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO, por *Upper-Cautela*.
N.º 19. — ENTRENAMIENTO EN RELAJACION PROGRESIVA, por *Berstein-Berkovec*.
N.º 20. — HISTORIA DE LA MODIFICACION DE LA CONDUCTA, por *A. E. Kazdin*.
N.º 21. — TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESION, por *A. T. Beck, A. J. Rush, B. F. Shazan, G. Emery*.
N.º 22. — LOS MODELOS FACTORIALES-BIOLÓGICOS EN EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD, por *F. J. Labrador*.
N.º 24. — EL CAMBIO A TRAVES DE LA INTERACCION, por *S. R. Strong y Ch. D. Claiborn*.
N.º 25. — RELACIONES EN PAREJA. Principales modelos teóricos, por *Marina Bueno Belloch*.
N.º 26. — PSICOLOGIA SOCIAL APLICADA, por *Morales-Blanco-Huici-Fernández*.
N.º 27. — EVALUACION NEUROPSICOLOGICA, por *M.ª Jesús Benedet*.
N.º 28. — TERAPEUTICA DEL HOMBRE. EL PROCESO RADICAL DE CAMBIO, por *J. Rof Carballo y J. del Amo*.
N.º 29. — LECCIONES SOBRE PSICOANALISIS Y PSICOLOGIA DINAMICA, por *Enrique Freijo*.
N.º 30. — COMO AYUDAR AL CAMBIO EN PSICOTERAPIA, por *F. Kanfer y A. Goldstein*.
N.º 31. — FORMAS BREVES DE CONSEJO, por *Iruing L. Janis*.
N.º 32. — PREVENCIÓN Y REDUCCION DEL ESTRÉS, por *Donald Meichenbaum y Matt E. Jurek*.
N.º 33. — ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES, por *Jeffrey A. Kelly*.
N.º 34. — MANUAL DE TERAPIA DE PAREJA, por *R. P. Liberman, E. G. Wheeler, L. A. J. M. de Visser, J. Kuehnelt y Kuehnelt*.
N.º 35. — PSICOLOGIA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES. Psicoterapia y personalidad, por *Alvin W. Landfield y Larry M. Leitner*.
N.º 36. — PSICODIAGNOSTICO CLINICO, por *Alejandro Avila y Carlos Rodríguez*.
N.º 37. — PSICOTERAPIAS CONTEMPORANEAS: Modelos y métodos, por *S. Lynn y J. P. Garske*.
N.º 38. — LIBERTAD Y DESTINO EN PSICOTERAPIA, por *Rollo May*.
N.º 39. — LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRACTICA CLINICA. Vol. I. Fundamentos teóricos, por *Murray Bowen*.
N.º 40. — LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRACTICA CLINICA. Vol. II. Aplicaciones, por *Murray Bowen*.
N.º 41. — METODOS DE INVESTIGACION EN PSICOLOGIA CLINICA, por *Bellack y Hersen*.
N.º 42. — CASOS DE TERAPIA DE CONSTRUCTOS PERSONALES, por *R. A. Neimeyer y G. J. Neimeyer*.
N.º 43. — PRACTICA DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA, por *Dryden y A. Ellis*.
N.º 44. — APLICACIONES CLINICAS DE LA RET, por *Ellis y Bernard*.
N.º 45. — AMBITOS DE APLICACION DE LA PSICOLOGIA MOTIVACIONAL, por *Luis Mayor y Francisco Tortosa*.
N.º 46. — BIOLOGIA Y PSICOANALISIS, por *J. Rof Carballo*.
N.º 47. — MAS ALLA DEL COCIENTE INTELECTUAL, por *Robert J. Sternberg*.
N.º 48. — EXPLORACION DEL DETERIORO ORGANICO CEREBRAL, por *R. Berg, M. Franzen y D. Wedding*.
N.º 48. — MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, Vol. II., por *A. Ellis y R. Grieger*.

MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA Volumen 2

ALBERT ELLIS
RUSSELL GRIEGER

BIBLIOTECA DE PSICOLOGIA
DESCLÉE DE BROUWER

Título de la edición original: HANDBOOK OF RATIONAL-EMOTIVE
THERAPY.
Volume 2.
© Springer Publishing Company, NEW
YORK.

Versión española de: María José Catalán Frías
y José Domingo González Díez.

Albert Ellis, Doctor en Filosofía, fundador de la terapia racional-emotiva (RET) y de la terapia cognitivo-conductual es Director Ejecutivo del Instituto de Terapia Racional-Emotiva de la ciudad de Nueva York. Es autor de más de 500 artículos y 49 libros, entre otros *Razón y emoción en psicoterapia* (Desclée, 1980), *A New Guide to Rational Living*, *A Guide to Personal Happiness*, y *Overcoming Resistance: Helping Difficult Clients with Rational-Emotive Therapy*.

Russell M. Grieger, Doctor en Filosofía, imparte clases en la Universidad de Virginia como Profesor ayudante adjunto en el Instituto de Psicología Clínica y como Profesor clínico adjunto de Psiquiatría y Medicina Conductual en el Departamento de Psiquiatría. Además, trabaja como psicólogo clínico en la práctica privada, es miembro del Instituto de Terapia Racional-Emotiva de Nueva York, Director Ejecutivo del Instituto Atlántico de Terapia Racional-Emotiva de Charlottesville, Virginia, miembro del Comité Internacional de Normas y Formación de la RET, y co-editor del *Journal of Rational-Emotive Therapy*. Trabajador fecundo como profesor, conferenciante y director de talleres, el Dr. Grieger ha publicado tres libros y numerosos artículos sobre la RET.

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S. A. 1990
Henao, 6 - 48009-BILBAO

Printed in Spain
ISBN: 84-330-0824-2
Depósito Legal: BI-2.094/90
Impreso por Industrias Gráficas Garvica, S. A. -48015- Bilbao

Indice

<i>Colaboradores</i>	11
<i>Prefacio</i>	13
<hr/>	
Primera Parte	
<hr/>	
Principios Teóricos y Conceptuales de la Terapia Racional-Emotiva	
<hr/>	
1 ¿Qué es la Terapia Racional-Emotiva (RET)? ALBERT ELLIS Y MICHAEL E. BERNARD	19
2 La Terapia Racional-Emotiva y la Terapia Cognitivo-Conductual: Similitudes y diferencias ALBERT ELLIS	47
3 Tipos de cogniciones en las psicoterapias de orientación cognitiva RICHARD L. WESSLER	63
4 De un modelo lineal a uno contextual de los ABC de la RET RUSSELL M. GRIEGER	75
5 Revisión de los estudios de resultado de la Terapia Racional-Emotiva desde 1977 a 1982 TERRANCE E. MCGOVERN Y MANUEL SILVERMAN	97

 Segunda Parte

La Dinámica del Trastorno Emocional

6

Ansiedad perturbadora: un nuevo constructo cognitivo-conductual
ALBERT ELLIS 123

7

Problemas de ira
RUSSELL M. GRIEGER 139

8

Un complemento para la comprensión y tratamiento de personas con
déficits motivacionales
BARRY A. BASS 159

9

Problemas de auto-aceptación
JOHN BOYD Y RUSSELL M. GRIEGER 165

10

Aplicación de la Terapia Racional-Emotiva a los problemas de amor
ALBERT ELLIS 181

11

Factores cognitivos en la conducta sexual
JANET WOLFE Y SUSAN WALEN 199

 Tercera Parte

**Técnicas Esenciales y
Procesos Básicos**

12

El proceso de la Terapia Racional-Emotiva
RUSSELL M. GRIEGER 219

13

Técnicas didácticas de persuasión en la reestructuración cognitiva
THOMAS H. HARRELL, IRVING BEIMAN Y KAREN LAPOINTE 229

14

Métodos activos en la Terapia Racional-Emotiva
WINDY DRYDEN 237

15

Métodos de la Terapia Racional-Emotiva para vencer la resistencia
ALBERT ELLIS 261

16

El uso del Psicodrama en la RET
THOMAS J. NARDI 291

17

La Hipnoterapia Racional-Emotiva: principios y técnicas
WILLIAM L. GOLDEN 297

 Cuarta Parte

**Aplicaciones de la Terapia
Racional-Emotiva**

18

Terapia Racional-Emotiva en Grupo
RICHARD L. WESSLER 311

19

Un enfoque racional-emotivo aplicado a la Terapia de Familia
ALBERT ELLIS 331

20

La inclusión de la familia en el tratamiento del niño: un modelo para
terapeutas racional-emotivos
NINA WOUFFF 345

21

Intervención RET en la población juvenil: líneas generales sistemáticas
y prácticas

MICHAEL E. BERNARD Y MARIE R. JOYCE 361

22

RET y temas de mujeres

JANET WOLFE 411

Apéndices**A**

Programas de entrenamiento profesional en la Terapia Racional-
Emotiva 435

B

Afiliados a la Terapia Racional-Emotiva 441

C

Miembros del Comité Internacional de Estándares de Formación
y Revisión de la RET 445

Colaboradores

BARRI A. BASS, Dr. en Filosofía
Profesor Adjunto de Psicología
Universidad del Estado de Towson
Towson, Maryland, USA

WILLIAM L. GOLDEN, Dr. en Filosofía
Psicólogo en la práctica privada
Nueva York, Nueva York, USA

IRVING BEIMAN, Dr. en Filosofía
Departamento de Psicología
Universidad de Georgia
Athens, Georgia, USA

RUSSELL M. GRIEGER, Dr. en Filosofía
Psicólogo clínico en la práctica privada y
Director ejecutivo del Instituto Atlántico
de Terapia Racional-Emotiva
Charlottesville, Virginia, USA

MICHAEL E. BERNARD, Dr. en Filosofía
Senior Lecturer
Departamento de Educación
Universidad de Melbourne
Parkville, Victoria, Australia

THOMAS H. HARRELL, Dr. en Filosofía
Escuela de Psicología
Instituto de Tecnología de Florida
Gainesville, Florida, USA

JOHN BOYD, Dr. en Filosofía
Psicólogo clínico en la práctica privada
Charlottesville, Virginia, USA

MARIE R. JOYCE, M. Ed
Psicólogo consultor
Penleigh and Essendon Grammar School
Parkville, Victoria, Australia

WINDY DRYDEN, Dr. en Filosofía
Departamento de Psicología
Colegio Goldsmiths
Universidad de Londres
Londres, Gran Bretaña

KAREN LAPOINTE, Dr. en Filosofía
Departamento de Psicología
Universidad de Georgia
Athens, Georgia, USA

ALBERT ELLIS, Dr. en Filosofía
Director ejecutivo del Instituto de
Terapia Racional-Emotiva
Nueva York, Nueva York, USA

TERRANCE E. McGOVERN,
Master of Arts
Psicólogo consejero
Chicago Institute for Rational Living
Chicago, Illinois, USA

THOMAS J. NARDI, Dr. en Filosofía
Psicólogo clínico
en la práctica privada
Nueva York, Nueva York, USA

JANET WOLFE, Dra. en Filosofía
Directora ejecutiva adjunta y
Directora de servicios clínicos del
Instituto de Terapia Racional-Emotiva
Nueva York, Nueva York, USA

MANUEL SILVERMAN, Dr. en Filosofía
Profesor adjunto de guía y consejo
Universidad Loyola
Chicago, Illinois, USA

NINA WOULFF, Dra. en Filosofía
Directora, Darmouth Branch
Athlantic Child Guidance Center
e Instructora, División de Medicina
Familiar y Departamento de Psiquiatría
Universidad Dalhousie
Halifax, Nova Scotia, USA

SUSAN WALLEN, Dra. en Filosofía
Profesora adjunta de Psicología
Universidad del Estado de Towson
Towson, Maryland, USA

RICHARD L. WESSLER, Dr. en Filosofía
Profesor de Psicología
Universidad Pace
Pleasantville, Nueva York
y psicólogo clínico del
Instituto de Terapia Multimodal
Nueva York, Nueva York, USA

Prefacio

Francamente esperábamos que el Volumen Uno de nuestro *Manual de Terapia Racional-Emotiva* fuese un éxito cuando se publicó en 1977, pero nos llevamos una grata sorpresa al comprobar que era más popular de lo que nosotros habíamos pensado. Actualmente, después de varias reimpressiones, continúa vendiéndose bien todos los años, siendo uno de los libros más citados en el campo de la psicoterapia.

Paralelamente, en parte ayudada por la popularidad del Volumen Uno, la RET ha llegado a ser incluso más ampliamente conocida entre los profesionales y el público. En su forma general o no especializada se le conoce en la actualidad por una gran cantidad de nombres, entre otros terapia cognitivo-conductual (CBT) (1), terapia cognitiva, terapia de aprendizaje social, terapia racional conductual, entrenamiento en auto-instrucción, reestructuración cognitiva, terapia semántica, y terapia multimodal. Bajo estos nombres y bajo el nombre de RET (2), la terapia racional-emotiva general o no especializada es probablemente una de las más populares de todas las psicoterapias modernas. La RET especializada o concreta, aunque se solapa con las anteriores, es también significativamente diferente de las otras terapias cognitivo-conductuales, y es bastante popular y practicada por miles de terapeutas de todo el mundo.

Realmente, la RET generalizada, ha llegado a ser tan popular en estos años que ha ido incorporándose de forma creciente en la práctica de una gran diversidad de terapeutas, incluyendo a muchos que oficialmente se llaman psicoanalistas, terapeutas gestálticos, terapeutas sistémicos, hipnoterapeutas, terapeutas eclécticos y formadores en el manejo del estrés. Si esta tendencia actual continúa, podemos predecir que al final de esta centuria, algunos de los aspectos principales de la RET, y en especial su énfasis pionero en la discusión de creencias irracionales y el entrenamiento en afirmaciones racionales opuestas, será empleado habitualmente por la gran mayoría de los terapeutas y consejeros profesionales.

La última década ha presenciado la publicidad de docenas de libros sobre la RET y la CBT. Algunos de los más sobresalientes de entre aquellos que tienen que ver específicamente con la RET son: James A. Bard, *Rational Emotive Therapy in Practice*; Michael E. Bernard y Marie R. Joyce, *Rational-Emotive Therapy with Children and Adolescents*; Albert Ellis y Michael E. Bernard, *Rational-Emotive Approaches to the Problems of Childhood*; Albert Ellis y Michael E. Bernard,

(1) CBT (Cognitive Behavior Therapy) es la TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL. Usaremos estas siglas en adelante al referirnos a este tipo de terapias.

(2) Al igual que en el volumen uno, RET (Rational Emotive Therapy) es la TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por lo que seguiremos utilizando en adelante estas siglas.

Clinical Applications of Rational-Emotive Therapy; Albert Ellis, *Overcoming Resistance*, Albert Ellis y John M. Whiteley, *Theoretical and Empirical Foundations of Rational-Emotive Therapy*; Russell Grieger y John Boyd, *Rational-Emotive Therapy: A Skills Based Approach*; Russell Grieger e Ingrid Z. Grieger, *Cognition and Emotional Disturbance*; Ruth Wessler y Richard Wessler, *The Principles and Practice of Rational-Emotive Therapy*, y Susan R. Walen, Ramond DiGiuseppe, y Richard L. Wessler, *A Practitioner's Guide to Rational-Emotive Therapy*.

La literatura clínica e investigadora sobre la terapia racional-emotiva (RET) y sobre la terapia cognitivo-conductual (CBT) es actualmente inmensa, apareciendo todos los años cientos de nuevos artículos y estudios. Varias revistas profesionales están totalmente dedicadas a artículos sobre RET y CBT, entre ellas cabe destacar: *Cognitive Therapy and Research*, *Cognitive Behaviorist*, *The British Journal of Cognitive Therapy*, y *The Journal of Rational-Emotive Therapy*. Muchas otras revistas publican también estudios y artículos relevantes de la RET y la CBT continuamente, entre ellas: *Behavior Therapy*, *Behavior Therapy and Research*, *The Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *The Journal of Clinical Psychology*, y *Psychological Reports*.

Como se señalaba en el Volumen Uno, la investigación sobre la RET y la CBT estaba ya extendida en 1977. Desde esa fecha ha llegado a extenderse incluso más, y han aparecido un gran número de nuevos estudios en la literatura, algunos de los cuales son revisados en el capítulo de McGovern y Silverman de este volumen. La gran mayoría de los estudios de la RET y la CBT publicados durante la última década han demostrado nuevamente que cuando estas terapias se usan con personas ansiosas, depresivas, agresivas u otra clase de personas trastornadas emocionalmente, y cuando los grupos control se tratan con otros tipos de terapia o se colocan en una lista de espera, los sujetos que usan la RET y la CBT tienen mejoras más significativas que aquellos del grupo control.

Como resultado de estos estudios de investigación, así como el éxito que muchos clínicos han tenido con la RET y con la CBT, psicólogos, consejeros, psiquiatras y otros profesionales de la salud mental, han reconocido más y más su efectividad. Por ejemplo, Darrell Smith (1982) estudió a 800 psicólogos clínicos y consejeros miembros de la Asociación Americana de Psicología y encontró un número mayor de respuestas (15%) favoreciendo a la RET y a otros modelos de terapia cognitivo-conductual en vez de al psicoanálisis o a otro tipo de método de tratamiento. También encontró que los tres psicoterapeutas más influyentes eran Carl Rogers, Albert Ellis y Sigmund Freud, y que «la terapia cognitivo-conductual y/o racional era la representación predominante entre los diez terapeutas más influyentes (Ellis, Lazarus, Beck, Meichenbaum). Estos hallazgos sugieren con bastante claridad que la terapia cognitivo-conductual es una de las tendencias principales en counseling y psicoterapia» (Smith, 1982, p. 807).

Heesacker, Heppner y Rogers (1982) realizaron un análisis de frecuencias de aproximadamente 14.000 referencias citadas en las tres principales revistas de psicología y counseling de los dos últimos años y encontraron que de aquellos trabajos publicados después de 1957, Ellis era el colaborador citado con más frecuencia, junto con otros cognitivo-conductuales (Meichenbaum, Bandura, Mahoney y Thoresen) que también estaban entre los diez colaboradores más citados. Sprenkle, Keeney y Sutton (1982) supervisaron a 600 terapeutas, miembros clínicos de la Asociación Americana de Terapeutas de Pareja y Familia y encontraron que

los teóricos que influían más en ellos eran, en orden descendente, Virginia Satir, Sigmund Freud, Carl Rogers y Albert Ellis. Estos tres supervisores mostraron la gran influencia de la RET y la CBT sobre los terapeutas americanos en los últimos años.

Finalmente, innumerables libros de auto-ayuda y artículos populares publicados durante la última década han incorporado las técnicas principales de la RET, especialmente el descubrimiento activo, el análisis y la discusión de las creencias irracionales importantes. Algunas de estas publicaciones de auto-ayuda han sido muy populares. Los libros más vendidos consistentes en gran parte con la teoría y práctica de orientación RET, son R.E. Alberti y M.L. Emmons, *Your Perfect Right*; David Burns, *Feeling Good*; Wayne Dyer, *Your Erroneous Zones*; Albert Ellis, *How to live with a Neurotic*; Albert Ellis y Robert A. Harpen, *A New Guide to Rational Living*; Albert Ellis y William Knaus, *Overcoming Procrastination*; Stephen Johnson, *First Person Singular*; Paul Hauck, *Overcoming Depression*; Patricia Jakubowski y Arthur Lange, *The Assertive Option*; Maxie C. Maultsby, Jr., *Help yourself to Happiness*; Arnold A. Lazarus y Allen Fay, *I Can If I Want To*; y John Powell, *Fully Human, Fully Alive*.

Debido a los nuevos desarrollos de la RET y de la CBT, y a su creciente popularidad entre profesionales y público en general, pensamos que es más conveniente actualizar la teoría y la práctica de la RET sumando este segundo volumen del «*Manual de Terapia Racional-Emotiva*». El presente volumen incluye un buen número de artículos y capítulos importantes sobre la RET que han aparecido desde 1977. Si bien hemos tenido que ser selectivos en lo que hemos incluido debido a limitaciones de espacio, sin embargo, pensamos que los lectores de este volumen verán fácilmente que la RET y la CBT están notablemente avanzadas en teoría, en estudios de investigación y en influencia. También esperamos que aquellos que lean detenidamente el Volumen Dos tendrán una amplia oportunidad de mantenerse al día en esta fascinante, científica y altamente importante área de la psicoterapia moderna.

ALBERT ELLIS, Dr. en Filosofía
Instituto de Terapia Racional-Emotiva
45 East 65th Street
Nueva York, Nueva York 10021

RUSSELL M. GRIEGER, Dr. en Filosofía
Universidad de Virginia y
Práctica Privada
2120 Ivy Road, Suite B
Charlottesville, Virginia 22903

Referencias

- Heesacker, M., Heppner, P. P., & Rogers, M. E. (1982). Classics and emerging classics in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 400-405.
- Smith, D. (1982). Trends in counseling and psychotherapy. *American Psychologist*, 37, 802-809.
- Sprenkle, D. H., Keeney, B. P., & Sutton, P. M. (1982). Theorists who influence clinical members of AAMFT: A research note. *Journal of Marital and Family Therapy*, 8, 367-369.

Primera parte

**Principios Teóricos y
Conceptuales de la Terapia
Racional-Emotiva**

1

¿Qué es la Terapia Racional-Emotiva (RET) ?*

Albert Ellis y Michael E. Bernard

Intentaremos esbozar en este capítulo introductorio, una versión actualizada de los orígenes y la historia de la RET, incluyendo sus objetivos y metas, su teoría y cambio de personalidad, y las diferencias principales con otras teorías y prácticas de la terapia cognitivo-conductual (CBT), como las terapias de Albert Bandura (1977), Aaron Beck (1976), William Glasser (1965), Marvin Goldfried y Gerald Davison (1976), Harold Greenwald (1973), George Kelly (1955), Arnold Lazarus (1971, 1981), Richard Lazarus (1966), Michael Mahoney (1977), Maxie C. Maultsby, Jr. (1975-1983), Donald Meichenbaum (1977), y Victor Raimy (1975). La RET cambia y se desarrolla constantemente (como mostrarán muchos capítulos de este libro). En este momento, en una visión global introductoria, esto es lo que es la RET casi 30 años después de que Albert Ellis (1957a, 1957b, 1958, 1962, 1975a) empezara a practicarla como pionero en 1955.

ORIGENES E HISTORIA

Los comienzos tempranos de la terapia racional-emotiva (RET) pueden trazarse por la vida personal de Albert Ellis como niño y adolescente en los años 20 y 30 cuando empezó a enfrentarse a diversos problemas físicos (nefritis aguda) y problemas de personalidad (timidez en general y miedo a hablar en público y encontrarse con mujeres en particular). Aunque no tenía intención de ser psicólogo o terapeuta en aquel momento, Ellis llega a estar interesado vivamente en la filosofía de la felicidad y leyó cientos de artículos y libros de filosofía, de psicología y de campos relacionados, particularmente los escritos de Epicuro, Marco Aurelio,

* Este capítulo apareció originalmente en: A. Ellis y M. E. Bernard (Eds.), *Clinical applications of rational-emotive therapy* (New York: Plenum, 1985)

Ralph Waldo Emerson, Emile Coué, John Dewey, Sigmund Freud, Bertrand Russell y John B. Watson. Ellis empezó a trabajar decididamente sobre sí mismo para superar lo que consideraba como sus inútiles problemas emocionales. Especialmente desde los 19 años en adelante (en 1932), adoptó un enfoque filosófico-cognitivo combinado con desensibilización *in vivo* y asignación de tareas activo-directivas. Con el tiempo superó completamente sus dificultades a hablar en público y su ansiedad social (Ellis, 1972c).

En 1939, Ellis comenzó a investigar sobre problemas sexuales, amorosos, de pareja y familia, principalmente debido a su interés en escribir sobre aquellos temas. Como efecto colateral, descubrió que podía asesorar eficazmente a sus amigos y parientes que se encontraban ansiosos y deprimidos en estos temas. Posteriormente recibió su Licenciatura en psicología clínica por la Universidad de Columbia en 1943 y su doctorado en filosofía en 1947, y empezó a ejercer la psicoterapia formal y la terapia sexual y de pareja en 1943. Aunque tenía algunas dudas sobre el modo acientífico en que ejercían generalmente los psicoanalistas, todavía creía que era una forma de terapia profunda y por lo tanto empezó su análisis personal y de formación en 1947, con un analista formado en el Instituto Karen Horney. Ejerció el análisis clásico y la terapia de orientación psicoanalítica hasta 1953, en que empezó a desilusionarse progresivamente con su teoría y su eficacia y empezó a llamarse a sí mismo «psicoterapeuta» más que «psicoanalista». Durante este tiempo, intentó en vano reformular el psicoanálisis en términos científicos (Ellis, 1949a, 1949b, 1950, 1956b), pero más tarde lo abandonó, concluyendo que con frecuencia perjudica más que beneficia (Ellis, 1962, 1968; Ellis y Harper, 1961a).

Al principio, la terapia racional-emotiva se llamó «terapia racional» (RT) porque Ellis enfatizó sus aspectos cognitivos y filosóficos y quería diferenciarlo claramente de las otras terapias de los 50 (Ellis, 1957b, 1958, 1975a). Mucha gente, sin embargo, identificó la RT con el racionalismo del siglo XVIII, lo cual era realmente opuesto. Siempre tuvo muy marcados los componentes conductuales y evocativo-emotivos y desde el comienzo se favoreció la asignación de tareas, la desensibilización *in vivo*, y el entrenamiento en habilidades (Ellis, 1956a, 1962). Era también sumamente confrontativo, bastante diferente al análisis clásico y a la terapia centrada en el cliente rogeriana. De este modo Ellis, en colaboración con su principal asociado en este nuevo modo de tratamiento, el Dr. Robert A. Harper, decidieron al principio de los 60 cambiar el nombre de la terapia racional-emotiva (RET).

Desde el principio, la RET fue sumamente filosófica y debatidora, debido a que Ellis desde los 16 años tuvo como principal interés y hobby el seguimiento de la filosofía y defendía que si la gente adquiría una sana filosofía de la vida raramente estaría «trastornada emocionalmente». La RET estaba influida por los escritos de muchos filósofos, especialmente Epicteto, Marco Aurelio, Baruch Spinoza, John Dewey, Bertrand Russell, A. J. Ayer, Hans Reichenbach, y Karl Popper. Psicológicamente, se incorporaron algunas de las visiones de los terapeutas cognitivos importantes, tales como Adler (1927, 1929), Cové (1923), Dubois (1907), Frankl (1959), Herzberg (1945), Horney (1939), Johnson (1946), Kelly (1955), Low (1952) y Rotter (1954), aunque Ellis, no leyó a algunos de estos cognitivistas (tales como Dubois, Frankl, Kelly y Low) hasta después de que ya había creado la teoría y práctica básica de la RET.

La RET fué la primera escuela importante de psicoterapia que casó el debate filosófico y la reestructuración cognitiva tanto para la terapia conductual como para la terapia experimental. Al principio se emplearon unos pocos métodos conductuales básicos, tales como asignar tareas, fomentar la desensibilización *in vivo*, usar métodos de refuerzo y el entrenamiento en habilidades (Ellis, 1956a, 1962; Ellis y Harper, 1961a, 1961b). Más tarde, cuando se desarrolló el movimiento de terapia conductual, la RET adoptó (al menos durante cierto tiempo) casi la línea completa de técnicas conductuales y llegó a ser la forma pionera de terapia cognitivo-conductual (CBT). Bandura (1969), Beck (1967) y R. Lazarus (1966) parecen haber desarrollado sus propias formas de terapia cognitiva conductual independientemente de la RET, pero no lo hicieron casi una década después de que Ellis creara la RET en 1955 y diese su primera conferencia sobre ella en la Asociación Psicológica Americana en Chicago en 1956 (Ellis, 1965b). Otros pioneros de la modificación cognitivo-conductual —tales como Glasser (1965), Golfried y Davison (1976), Greenwald (1973), A. Lazarus (1971, 1981), Mahoney (1977), y Raimy (1975)— parece que han sido ampliamente influidos por Ellis. Sus primeros experimentos tendieron a validar la hipótesis de la terapia cognitiva mediante el uso de la reestructuración cognitiva tipo RET. Hans Eysenck (1964) incluyó la RET como una terapia conductual en uno de sus primeros libros importantes; y otras grandes figuras de la terapia conductual tales como Cyril Franks, Alan Kazdin, Leonard Krasner, y G. Terence Wilson, han reconocido generalmente a la RET como la forma pionera de terapia cognitivo-conductual (CBT).

La RET también fué única en ser muy experiencial (y experimental) desde el comienzo y llegó a ser incluso más, cuando en los comienzos de los sesenta, se incorporaron algunos de los métodos de encuentro creados por Perls (1969), Schultz (1967), y otros. Desde ese momento, se han inventado ejercicios experienciales propios de la RET, tales como su famoso ejercicio de ataque de la vergüenza (Ellis, 1969, 1971b; Ellis y Abrahms, 1978). Desde el mismo momento en que la RET adoptó determinados métodos experienciales, igualmente fué influenciado el movimiento experiencial por la RET y adoptó alguna de sus orientaciones cognitivo-conductuales básicas (S. Emery, 1978; Erhard, 1976; Goulding y Goulding, 1979).

Durante un buen número de años, Ellis estuvo francamente solo al escribir los principales tratados sobre la RET, pero en los últimos años un buen número de autores han publicado textos clínicos, aplicando la RET a diferentes tipos de problemas emocionales. Estos textos sobre la RET han incluido libros de Bard (1976), Bernard y Joyce (1983), Church (1975), Diekstra y Dassen (1976), Ellis y Abrahms (1978), Ellis y Bernard (1983), Ellis y Griegar (1977), Grieger y Boid (1980), Grieger y Grieger (1982), Hawck (1972, 1980), Lange y Jakubowski (1976), Lembo (1976), Maultsby (1983), Morris y Kanitz (1975), D. Schwartz (1981), Tosi (1974); Walen, DiGiuseppe y Wessler (1980), Wessler y Wessler (1980), y Wolfe y Brand (1977).

La RET siempre se ha especializado en los procedimientos de auto-ayuda, y Ellis es pionero en este terreno con la publicación de buen número de libros populares sobre los procedimientos racional-emotivos que se han ideado con fines de auto-actualización. Algunos de estos libros son: *How to Live with a «Neurotic»* (Ellis, 1975a), *Sex without Guilt* (Ellis, 1965), *Arte y ciencia del amor* (Ellis, 1982, Grijalbo), *A Guide to Rational Living* (Ellis y Harper, 1961a), *A Guide to Successful marriage* (Ellis y Harper, 1961b), *Sex and the Liberated Man* (Ellis,

1976c), *Overcoming Procastination* (Ellis y Knaus, 1977), *The Intelligent Woman's Guide to Dating and Mating* (Ellis, 1979), y *A Guide to Personal Happiness* (Ellis y Becker, 1982).

Además de estos, se han escrito muchos otros libros divulgativos para ayudar al público a beneficiarse de la RET, entre ellos cabe destacar los escritos por Bedford (1980), Blazier (1975), Burns (1980), Butler (1981) G. Emery (1982), García y Blythe (1977), Goodman y Maultsby (1974), Grossack (1974, 1976), Hauck (1973, 1974, 1976, 1979, 1981, 1983), Jakubowski y Lange (1978), S. Johnson (1977), Knaus (1982), Kranzler (1974), Lazarus y Fay (1975), Lenbo (1974, 1976), Little (1977), Losoncy (1980), Maleske (1976), Maultsby (1975, 1978), Maultsby y Hendricks (1974), McMullen y Casey (1975), Miller (1973), Nash (1981), Powell (1976), Silverstein (1977), Thoresen (1975), y Young (1974).

Además, la RET ha tenido siempre mucho éxito debido a que muchos escritores han incorporado su filosofía y su práctica dentro de su trabajo, incluso aunque algunos no lo hayan reconocido. Algunos escritores—como L. S. Barksdale (1972), Wayne Dyer (1977), Haim Ginott (1965), William Glasser (1965), Ken Keyes (1979), y Manuel Smith (1977)— han usado los enfoques de la RET en sus propios libros de gran influencia y éxito.

Finalmente, diversos estudios aparecidos en la literatura profesional han mostrado la enorme influencia de Ellis y la RET sobre los psicoterapeutas y consejeros de hoy. Así, D. Smith (1982) encontró que Ellis se situaba detrás de Carl Rogers y antes que Sigmund Freud, en la clasificación que 800 psicólogos clínicos y consejeros hacían de los psicoterapeutas que consideraban más influyentes en la práctica diaria. Smith también observó que «la terapia cognitivo-conductual y/o racional era la tendencia predominante entre los diez terapeutas más influyentes. Estos hallazgos sugieren con bastante claridad que la terapia cognitivo-conductual es una de las principales tendencias en consejo y psicoterapia» (D. Smith, 1982, p. 807). Heesacker, Heppner y Rogers (1982) hicieron un análisis de frecuencias de aproximadamente 14.000 referencias citadas en las tres principales revistas de psicología y counseling de 1979 a 1981 y encontraron que Ellis era el autor citado con más frecuencia en los trabajos publicados después de 1957, en las tres principales revistas de psicología y counseling. Sprenkle, Keeney, y Sutton (1982) pasaron una encuesta a 310 miembros de la Asociación Americana de Terapia de Pareja y Familia, sobre quienes consideraban los diez técnicos más influyentes en el campo de la terapia de pareja y familia. Los cuatro primeros, por orden, fueron Virginia Satir, Sigmund Freud, Carl Rogers y Albert Ellis.

A la vista del profundo efecto que la RET ha tenido sobre la profesión de salud mental y sobre el público en las últimas dos décadas, parece razonable decir que ha sido, y todavía es, uno de los sistemas de psicoterapia (y de terapia de pareja y familia) más influyentes del siglo XX.

VALORES Y METAS DE LA RET

La RET no pretende ser completamente objetiva y gratuita. Por el contrario es un sistema de psicoterapia destinado a ayudar a la gente a vivir más tiempo minimizando sus problemas emocionales y sus conductas contraproducentes, y auto-actualizarse para que vivan una existencia más llena y feliz. Una vez elegidas

estas metas — y la RET las ve como temas a elegir más que como elecciones dadas— entonces las submetas de las formas «mejores» para que la gente piense, sienta y actúe, parecen seguirse de estos objetivos principales. Las submetas pueden estar científicamente (es decir lógicamente y empíricamente) determinadas tanto si realmente funcionan como si no, y de hecho dan lugar a unas vidas lo más largas y felices posibles para la mayoría de la gente durante el mayor tiempo posible. También, la RET espera que el método científico (lógico-empírico) que hasta ahora parece ser el método mejor y más eficaz para descubrir qué técnicas de psicoterapia son las más factibles para qué personas y bajo qué condiciones, de cara a que se consigan sus principales metas y submetas (Ellis, 1962, 1971a, 1973, 1984a; Ellis y Grieger, 1977; Ellis y Whiteley, 1979).

Las principales submetas de la RET consisten en ayudar a la gente a pensar más racionalmente (científica, clara y flexiblemente); sentir de forma más apropiada; y actuar más funcionalmente (de manera eficaz e inalterable), de cara a conseguir sus metas de vivir más tiempo y más felizmente. Consecuentemente, la RET define la racionalidad como el sentimiento apropiado y la conducta funcional en términos de aquellas metas básicas, e intenta ser tan precisa como puede en sus definiciones.

Los pensamientos racionales (o ideas o creencias racionales) se definen en la RET como aquellos pensamientos que ayudan a las personas a vivir más tiempo y más felices, particularmente por (1) presentar o elegir por sí mismas ciertos valores, propósitos, metas o ideales (presumiblemente) productores de felicidad; y (2) utilizar formas eficaces, flexibles, científicas y lógico-empíricas de alcanzar (presumiblemente) estos valores y metas y de evitar resultados contradictorios o contraproducentes. Se asume que para la mayoría de la gente la mayor parte del tiempo el empleo de pensamientos científicos les ayudará a elegir y conseguir los propósitos productores de felicidad, pero también se asume que esto es una hipótesis, no un hecho probado, y que podría no ser cierto para algunas personas en algunas ocasiones.

Los sentimientos convenientes se definen en la RET como aquellas emociones que ocurren cuando las preferencias y deseos humanos se bloquean y frustran, y esto ayuda a las personas a minimizar o eliminar tales bloqueos y frustraciones. Dentro de las emociones negativas convenientes se incluyen dolor, pesar, incomodidad, frustración y displacer. Dentro de las emociones positivas convenientes se incluyen amor, felicidad, placer, y curiosidad, las cuales tienden a incrementar sin limitaciones las satisfacciones y longevidad humanas. Los sentimientos inconvenientes se definen en la RET como aquellas emociones —tales como los sentimientos de depresión, ansiedad, desesperación, insuficiencia e inutilidad— que tienden a hacer a las circunstancias y a las frustraciones molestas peores, más que ayudar a vencerlas. Los sentimientos positivos inconvenientes —tales como grandilocuencia, hostilidad y paranoia— se ven como aquellos que temporalmente tienden a hacer que la gente se sienta bien (y con frecuencia superior a otros) pero que más pronto o más tarde conducen a resultados desafortunados y a mayores frustraciones (tales como riñas, homicidios, guerras y encarcelamientos). Uno de los supuestos principales de la RET es que virtualmente todas las preferencias, anhelos, deseos, y ansias humanas son convenientes, incluso cuando no son realizables con facilidad; pero prácticamente todas las órdenes, demandas, insistencias y deberes absolutistas, tanto como las imposiciones sobre uno mismo y sobre los

demás que generalmente las acompañan son inconvenientes y potencialmente auto-saboteadoras.

La RET define los actos y conductas inconvencientes o auto-destructivas como aquellas acciones humanas que interfieren seria e inútilmente con la vida y con la felicidad. De este modo, los actos que son rígidamente compulsivos, adictivos y estereotipados tienden a estar en contra de los intereses de la mayoría de la gente y de los grupos sociales en los que residen; y los actos de fuerte aislamiento, fobia e indecisión tienden también a ser contraproducentes para uno mismo y socialmente dañinos. Las conductas convenientes, por otra parte, tienden a intensificar la supervivencia y la felicidad.

La RET ve las creencias irracionales, los sentimientos inconvenientes y las conductas contraproducentes como interactivas y transaccionales. Por ejemplo, una mujer puede decirse a sí misma «¡Debo hacer bien mi trabajo en cualquier circunstancia! ¡Es terrible si no lo hago —y me hace una mala persona!». Esto casi siempre conducirá a sentimientos de ansiedad, depresión, e inadecuación, y lo más probable es que actúe de una forma pobre e ineficaz en las entrevistas de trabajo y en situaciones laborales. Es más, sus sentimientos inconvenientes como la depresión, le ayudarán posteriormente a pensar de forma más irracional y a actuar peor (por ejemplo, ser totalmente incapaz de funcionar en un trabajo). Sus conductas contraproducentes, especialmente su comportamiento ineficaz en los trabajos, tenderán a llevarle a creencias más irracionales (por ejemplo, «¡Siempre seré incapaz de funcionar en cualquier clase de trabajo!») y aumentarán sus sentimientos de ansiedad y depresión. La RET no ve los pensamientos, sentimientos y conductas humanas como «puros» o monolíticos, sino como confusamente mezclados casi siempre unos con otros; y esto puede ser particularmente cierto en el pensamiento, emoción y conducta perturbada.

La RET parte de la hipótesis de que si las metas principales de la gente son permanecer vivo, evitar las penas innecesarias y actualizarse a sí mismos, en general sería mejor que se esforzaran en conseguir un grupo de submetas importantes que les ayuden en los siguientes aspectos:

Interés en sí mismo. Las personas sensibles y emocionalmente sanas tienden a interesarse en primer lugar por ellos mismos y ponen sus propios intereses al menos un poco por encima de los intereses de los demás. Se sacrifican en cierta medida por aquellos a los que tienen que cuidar, pero no de una forma presuntuosa o absoluta.

Interés social. El interés social es generalmente racional y en beneficio propio porque la mayoría de la gente elige vivir y disfrutar en un grupo social o comunidad. Si no actúan moralmente, no protegen los derechos de los demás, y no alientan la supervivencia social, no es probable que creen la clase de mundo en el que puedan vivir de un modo confortable y feliz.

Dirección propia. La gente sana tiende a asumir básicamente la responsabilidad de sus propias vidas mientras simultáneamente ofrecen su cooperación a los demás. No necesitan o demandan apoyo o asistencia considerable de los demás.

Tolerancia. Los individuos racionales se conceden a sí mismos y a los demás el derecho a equivocarse. Incluso cuando están francamente a disgusto con su

propia conducta y la de los otros, se abstienen de reprobarse a sí mismos o a los demás como personas, por esa conducta molesta.

Flexibilidad. Los individuos sanos y maduros tienden a ser flexibles en sus pensamientos, abiertos al cambio, no fanáticos y pluralistas en su visión del resto de las personas. No tienen reglas rígidas e invariables para sí mismos y para los demás.

Aceptación de la incertidumbre. Los hombres y mujeres sanos tienden a reconocer y aceptar la idea de que parece que vivimos en un mundo de probabilidad y azar, donde las certezas absolutas no existen y probablemente nunca existirán. Sienten que a menudo es fascinante y excitante —y francamente no terrible— vivir en este tipo de mundo probabilístico e incierto. Disfrutan con un buen grado de orden pero no lo demandan quejosamente.

Compromiso. La mayoría de las personas, especialmente aquellas inteligentes y formadas, tienden a estar más sanas y felices cuando están vitalmente absortas en algún asunto fuera de ellos mismos y preferentemente tienen al menos un interés fuertemente creativo, así como algún tema humano superior, que consideran tan importante que estructuran buena parte de su existencia diaria en torno a él.

Pensamiento científico. Los individuos no perturbados tienden a ser más objetivos, racionales y científicos que los perturbados. Son capaces de sentir profundamente y actuar convenientemente, y tienden a regular sus emociones y acciones mediante la reflexión sobre sí mismos y sus consecuencias, y evaluar mediante la aplicación de las reglas de la lógica y del método científico estas consecuencias.

Auto-aceptación. La gente sana en general está contenta de estar viva, se aceptan a sí mismos precisamente por estar vivos, y tienen cierta capacidad para disfrutar de sí mismos. Rehusan medir su valía intrínseca por sus logros extrínsecos o por lo que otros piensen de ellos. Francamente eligen aceptarse a sí mismos de forma incondicional, e intentan evitar clasificarse sobre quiénes o cómo son. Procuran disfrutar más que probarse.

Arriesgarse. La gente emocionalmente sana tiende a aceptar una cierta cantidad de riesgo, tendiendo a hacer lo quieren hacer, incluso cuando existe la posibilidad de que puedan fallar. Tienden a ser aventureros pero no temerarios.

Hedonismo a largo plazo. La gente que no está perturbada emocionalmente tiende a perseguir tanto los placeres del momento como los del futuro, y a menudo no cambian un beneficio presente por un malestar futuro. Son hedonistas —es decir persiguen la felicidad y evitan el dolor— pero asumen que con toda probabilidad vivirán unos cuantos años y por lo tanto será mejor que piensen tanto en hoy como en mañana, y no obsesionarse con la gratificación inmediata.

No-utópico. La gente sana acepta el hecho de que las utopías son probablemente inalcanzables y por lo tanto no conseguirán todas las cosas que quieren y

evitaran todo el sufrimiento. Se niegan a luchar de una forma no realista por la felicidad o el disfrute total o por carecer totalmente de ansiedad, depresión, auto-derrotismo, y hostilidad.

Alta Tolerancia a la Frustración. Las personas con una mínima perturbación emocional tienden a estar de acuerdo con St. Francis y Reinhorl Niebuhr en el cambio de las condiciones molestas que se pueden cambiar, aceptando aquellas que no se pueden cambiar, y discerniendo la diferencia que hay entre ambas.

Auto-responsabilidad en la Perturbación. Los individuos sanos tienden a aceptar gran cantidad de responsabilidad en sus propios trastornos, más que culpar de forma defensiva a otros o a las condiciones sociales de sus pensamientos, sentimientos y conductas.

Si, como hipotetiza la RET (y con lo que concuerdan otras escuelas de terapia) la gente se esfuerza más por las metas básicas de supervivencia, por carecer de perturbaciones emocionales y del dolor innecesario que las acompañan, y por maximizar la auto-actualización y la felicidad, entonces los terapeutas harían mejor en intentar idear teorías y prácticas que ayuden a sus clientes a alcanzar las submetas señaladas. La RET ha formulado diversas teorías básicas en este sentido, que presentamos a continuación.

DESARROLLO DE LA TEORIA DE LOS ABC DEL PENSAMIENTO Y LA PERTURBACION EMOCIONAL

A la RET se le conoce mejor por su famosa teoría de los ABC del pensamiento irracional y del trastorno emocional, la cuál esbozaremos a continuación en su desarrollo más reciente (Ellis, 1984a). Esta teoría de la personalidad y de su cambio admite la importancia de las emociones y de las conductas pero enfatiza en particular el rol de las cogniciones en los problemas humanos. Tiene una larga historia filosófica, que fué recalçada parcialmente por algunos de los antiguos pensadores asiáticos, tales como Confucio y Gautama Buda; y en especial fué señalada de una forma sorprendentemente clara por los antiguos filósofos estoicos como Zenon de Citio, Chrysipo, Panaetio de Rodas, Cicerón, Séneca, Epicteto y Marco Aurelio (Epicteto, 1899; Hadas, 1962; Marco Aurelio, 1900). La sentencia más famosa de la teoría de los ABC fué expresada por Epicteto: «La gente está perturbada no por las cosas, sino por la visión que tiene de las mismas». Esto fue más tarde parafraseado maravillosamente por Shakespeare, en *Hamlet*: «No hay nada bueno o malo sino pensamientos que lo hacen así».

En la versión de los ABC de la RET para el trastorno emocional, A representa los acontecimientos activadores que sirven como preludeo a C, las consecuencias cognitivas, emocionales y conductuales de A (conocidas frecuentemente como síntomas neuróticos). De acuerdo con la RET, las personas empiezan por intentar alcanzar sus metas (M) en algún ambiente determinado, y se encuentran con una serie de acontecimientos activadores (A) que tienden a ayudarles a conseguir o bloquear estas metas. Los A que encuentran son generalmente sucesos corrientes o sus propios pensamientos, sentimientos, o conductas relativos a estos sucesos;

pero A también puede consistir en recuerdos o pensamientos conscientes o inconscientes sobre experiencias pasadas. Cuando molestan, la gente tiende a perseguir y responder de una forma ineficaz a estos A. Así bloquean el logro de sus metas debido a (1) sus predisposiciones biológicas o genéticas, (2) su historia evolutiva, (3) su aprendizaje social e interpersonal previo, y (4) sus modelos de hábitos predispuestos innatos y adquiridos.

Los acontecimientos activadores nunca existen implícitamente de una forma pura o monolítica, sino que casi siempre interactúan y en cierto modo incluyen creencias (B) y consecuencias (C). *Las personas se aplican a sí mismas* (sus metas, pensamientos, deseos, e inclinaciones fisiológicas) *sobre los sucesos activadores*. De alguna forma, por lo tanto, ellos *son* estos sucesos activadores y sus A (su medio ambiente) son parte de ellos mismos. Sólo parecen pensar, sentir y actuar en medio físico; como señala Heidegger (1962), sólo tienen una existencia en el mundo. También casi siempre existen y se relacionan en un contexto *social*—viven y se relacionan con otros seres humanos. Por lo tanto, nunca parecen ser individuos puros, sino que son criaturas *sociales y centradas en el mundo*.

De acuerdo con la teoría de la RET, la gente tiene innumerables creencias (B) —o cogniciones, pensamientos o ideas— acerca de sus acontecimientos activadores (A); y estas B tienden a ejercer influencias importantes, directas y fuertes sobre sus consecuencias (C) cognitivas, emocionales y conductuales y sobre lo que con frecuencia llamamos sus perturbaciones «emocionales». Aunque los eventos activadores (B) a menudo *parecen* «causar» o contribuir directamente a las C esto raramente es cierto, por lo que las B normalmente sirven como importantes mediadores entre las A y las C, y por consiguiente más directamente «causan» o «crean» las C. Esta teoría de la RET de la actividad humana y de la perturbación está firmemente apoyada por los siguientes seguidores de la RET (Bard, 1980; Bernard y Joyce, 1983; Ellis 1957b, 1958, 1962, 1977c; Grieger y Boyd, 1980; Grieger y Grieger, 1982; Lembo, 1974, 1976, 1977; Walen, DiGiuseppe, y Wessler, 1980; Wessler y Wessler, 1980). También lo apoyan claramente el resto de los principales teóricos y practicantes de la terapia cognitivo-conductual (CBT) (Beck, 1976; Goldfried y Davison, 1976; Guidano y Liotti, 1983; Mahoney, 1977; Meichenbaum, 1977; Raimy, 1975). La RET afirma que en general la gente *trae* sus creencias a A; así, ven o experimentan las A a la luz de aquellas creencias (expectativas, evaluaciones) predispuestas y también a la luz de sus consecuencias emocionales (C) (deseos, preferencias, anhelos, motivaciones, gustos, perturbaciones). Por lo tanto, los seres humanos implícitamente nunca experimentan las A sin las B y las C; y en general tampoco experimentan las B y las C sin las A.

La B de las personas adoptan formas muy diferentes debido a que poseen un gran número de cogniciones. En la RET, sin embargo, fundamentalmente estamos interesados en sus creencias racionales (Cr), que pensamos que conducen a sus conductas de auto-ayuda, y en sus creencias irracionales (Ci), que pensamos que conducen a sus conductas auto-destructivas (y destructivas de la sociedad). Algunas de las principales B son:

1. Observaciones, descripciones y percepciones no evaluativas (cogniciones neutrales). Ejemplo: «Observo que la gente se rie».
2. Evaluaciones, inferencias y atribuciones positivas de preferencia (cogniciones acaloradas). Ejemplos: «Ya que prefiero caer bien a la gente y se están

riendo, (a) creo que se ríen conmigo, (b) creo que piensan que soy gracioso, (c) creo que les gusta, (d) me gusta que se ríen conmigo, o (e) el caerles bien tiene ventajas reales, lo cual me gusta».

3. Evaluaciones, inferencias y atribuciones negativas de preferencia (cogniciones acaloradas). Ejemplos: «Debido a que prefiero caer bien y no mal a la gente, y ya que se están riendo, (a) veo que se ríen de mí, (b) creo que piensan que soy estúpido, (c) veo que no les caigo bien, (d) me desagrada que se ríen de mí, o (e) el caerles mal tiene desventajas reales, lo cual detesto».

4. Evaluaciones, inferencias y atribuciones absolutistas positivas (cogniciones ardientes; creencias irracionales). Ejemplos: «Debido a que la gente se ríe conmigo y presumiblemente les caigo bien, debo actuar competentemente y debo ganar su aprobación, (a) ¡Soy una persona grande, noble! (*sobregeneralización*), (b) ¡Mi vida será totalmente maravillosa! (*sobregeneralización*), (c) ¡El mundo es un lugar totalmente maravilloso! (*sobregeneralización*), (d) ¡Estoy convencido de que siempre se reirán conmigo y por lo tanto siempre seré una gran persona! (*certeza absoluta*), (e) Merezco que me sucedan sólo cosas agradables y estupendas! (*merecimiento y deificación*), o (f) ¡Merezco ir al cielo y ser beatificado para siempre! (*merecimiento y extrema deificación*)».

5. Evaluaciones, inferencias y atribuciones absolutistas negativas (cogniciones ardientes, creencias irracionales). Ejemplos: «Debido a que la gente se ríe de mí y presumiblemente les caigo mal, y ya que debo actuar competentemente y debo ganar su aprobación, (a) soy una persona incompetente que no vale nada (*sobregeneralización*), (b) ¡Mi vida será totalmente miserable! (*sobregeneralización*), (c) ¡El mundo es un lugar totalmente mezquino! (*sobregeneralización*), (d) ¡Tengo la certeza de que siempre se reirán de mí y por lo tanto siempre seré una persona sin valor! (*certeza absoluta*), (e) ¡Merezco que me sucedan sólo cosas malas y horribles! (*Merecimiento y condena*), y (f) ¡Merezco quemarme en el infierno eternamente! (*Merecimiento y extrema condena*)».

6. Derivados comunes de las evaluaciones absolutistas negativas (cogniciones ardientes y creencias irracionales adicionales). Ejemplos de ideas perturbadas: «Debido a que debo actuar competentemente y debo ganar la aprobación de la gente, y ya que se ríen de mí, esto demuestra que he actuado incompetentemente y/o he perdido su aprobación, (a) ¡Es espantoso, horrible y terrible! (*Atrocidad, catastrofismo*); (b) ¡No puedo soportarlo ni resistirlo! (*No poder soportarlo, ansiedad perturbadora, baja tolerancia a la frustración*); (c) soy una persona completamente incompetente, inferior y despreciable (*Auto-derrotismo, sentimientos de insuficiencia*); (d) ¡No puedo cambiar y llegar a ser competente y digno de ser amado! (*desesperación*); o (e) Merezco sufrimiento y castigo y continuaré suministrandomelo (*merecimiento y condenación*)».

7. Otros derivados cognitivos comunes de las evaluaciones absolutistas negativas (creencias irracionales adicionales). Ejemplos de los errores lógicos y de las inferencias irrealistas: «Ya que debo actuar competentemente y ganarme la aprobación de la gente y como se están riendo de mí, se demuestra que he actuado de forma incompetente y/o he perdido su aprobación, (a) ¡Siempre actuaré incompetentemente y la gente me desaprobará! (*sobregeneralización*); (b) Soy un fracaso absoluto y completamente detestable, (*sobregeneralización, pensamiento del todo o nada*); (c) Saben que no soy bueno y que siempre seré un incompetente, (*falta de consecuencia, deducción precipitada, lectura del pensamiento*); (d) Seguirán

riéndose de mí y siempre me despreciarán, (*falta de consecuencia, deducción precipitada, predicción del futuro*); (e) Sólo me desprecian y no ven nada bueno en mí, (*centrarse en lo negativo, sobregeneralización*); (f) Cuando se ríen conmigo y me ven de forma favorable se debe a que están de buen humor y no a que vean que estoy bromeando, (*descalificar lo positivo, falta de consecuencia*); (g) Que se ríen de mí y no caerles bien me hará perder el trabajo y a todos mis amigos, (*catastrofismo, exageración*); (h) Cuando actúo bien y consigo que se ríen conmigo eso sólo demuestra que puedo hacerlo bien ocasionalmente, pero es algo insignificante comparado con mis grandes defectos y estupideces, (*minimización, centrarse en lo negativo*); (i) Siento con fuerza que soy despreciable y odioso y ya que mi sentimiento es fuerte y consistente, ¡se demuestra que realmente soy despreciable y odioso! (*razonamiento emocional, razonamiento circular, falta de consecuencia*); (j) ¡Soy un perdedor y un fracasado! (*Etiquetación, sobregeneralización*); (k) Sólo se podían reír por alguna tontería que he hecho y no por otra cosa, (*personalización, falta de consecuencia, sobregeneralización*); o (l) Cuando de alguna forma consigo que dejen de reírse de mí o que se ríen conmigo y caerles bien, realmente soy un farsante que está actuando mejor de lo que soy capaz de hacer y ¡pronto caerá sobre mí mostrando que soy un farsante despreciable! (*farsante, pensamiento del todo o nada, sobregeneralización*)».

La gente, a veces, aprende evaluaciones, inferencias y conclusiones absolutistas (cogniciones ardientes y creencias irracionales) de sus padres, maestros, u otras personas; por ejemplo, «¡Debo tener buena suerte, pero como acabo de romper este espejo me traerá mala suerte y será horrible!». Las personas tienden a aprender estas creencias irracionales (Ci) fácilmente y a retenerlas de forma rígida ya que probablemente nacieron con una fuerte tendencia a pensar de manera irracional. Realmente, las personas aprenden a menudo *normas* racionales y prácticas (por ejemplo, «Es *preferible* tratar a los demás con consideración») y después las sobregeneralizan, las exageran y las transforman en creencias irracionales, dogmáticas (Ci) (Por ejemplo, «Debido a que es *preferible* para mí tratar a los demás con consideración, ¡tengo que hacerlo así siempre, o sino seré una *persona totalmente despreciable y detestable!*). Incluso si todos los humanos fuesen educados de forma racional, la RET presupone que con frecuencia tomarían sus normas aprendidas e irracionalmente irían creciendo las creencias absolutistas sobre sí mismos, sobre los demás y sobre el universo en que se mueven (Ellis, 1958, 1962, 1971a, 1973, 1976a, 1977c, 1984a; Ellis y Grieger, 1977; Ellis y Whiteley, 1979).

Las consecuencias (C) cognitivas, afectivas y conductuales se derivan de la interacción de las A y las B. Podemos decir, matemáticamente, que $A \times B = C$, pero esta fórmula probablemente es demasiado simple y necesitamos una más compleja para expresar esta relación de forma más adecuada. C casi siempre está significativamente afectada o influida, pero no exactamente causada por A, ya que como es natural las personas reaccionan en alguna medida a los estímulos de su ambiente. Además, la A más poderosa es la que más profundamente tiende a afectar a C (por ejemplo, una situación de inanición o un terremoto).

La RET presupone que cuando C consiste en un trastorno emocional (por ejemplo, diversos sentimientos de ansiedad, depresión, hostilidad, auto-deprecación o auto-compasión), B generalmente crea o causa A más directamente. Los trastornos emocionales, sin embargo, pueden derivarse a veces de A poderosas,

por ejemplo, de desastres ambientales, tales como las inundaciones o las guerras. También pueden seguirse de factores del organismo (tales como factores hormonales o enfermedades) que son un tanto independientes de, o pueden causar realmente las creencias (B). Cuando A fuertes o inusuales contribuyen significativamente a C o la «causan» y cuando factores fisiológicos «crean» C, generalmente también se acompañan por B colaboradoras. De este modo, si la gente se ve atrapada en un terremoto o si experimenta fuertes cambios hormonales y como consecuencia se deprimen, sus A y sus procesos fisiológicos probablemente les influirán con fuerza para crear creencias irracionales (Ci), tales como: «Este terremoto *no debería* haber ocurrido! ¡Es *horroroso!* ¡*No puedo soportarlo!*» Estas Ci, paulatinamente, acrecientan o ayudan a crear sentimientos de depresión en C.

Cuando las C (pensamientos, sentimientos y consecuencias conductuales) se derivan de A y B, nunca son puras o monolíticas sino que se incluyen en parte e interactúan inevitablemente con A y B. Así, si A es un suceso molesto (por ejemplo una denegación de trabajo) y B es, primero, una creencia racional (por ejemplo, «esperaba no ser rechazado en este trabajo, me sentiría mal si no fuese admitido») y, segundo, una creencia irracional (por ejemplo, «¡Debo conseguir este trabajo!, ¡No soy bueno si no lo consigo!»), la C tiende a ser, primero, un sentimiento sano de frustración y decepción y, tras la segunda creencia irracional, un sentimiento insano de ansiedad, inadecuación y depresión. Así, $A \times B = C$, aunque la gente también traslada sentimientos a A (tales como esperanzas, metas y propósitos). Difícilmente solicitarían un trabajo a menos que lo anhelasen o evaluarasen de forma favorable. Por lo tanto, su A incluye parcialmente a su C. Desde el principio las dos se relacionan más que ser completamente dispares.

Del mismo modo, las creencias (B) de las personas también se refieren e incluyen, parcial o intrínsecamente, a sus A y C. Así, cuando se dicen a sí mismos, en B «Quiero conseguir un buen trabajo», en parte crean el acontecimiento activador (dirigirse a una entrevista de trabajo) y también en parte crean su consecuencia emocional y conductual (sentirse decepcionado o deprimido cuando se encuentran con un rechazo de trabajo). Sin una evaluación positiva del trabajo, no lo intentarían y no tendrían ningún sentimiento particular si son rechazados.

A, B y C, se relacionan estrechamente entre sí, y casi siempre existe cada una con las otras dos. Otra forma de expresar esto es diciendo que los ambientes sólo existen para los humanos (y son bastante diferentes para otros animales), y los seres humanos sólo existen en ciertas clases de ambientes (donde las temperaturas no son ni demasiado frías ni calientes) y son parte de estos ambientes. De forma similar, los individuos generalmente existen en una sociedad (es raro que sean ermitaños) y las sociedades sólo se componen de seres humanos (y son bastantes diferentes si se componen de hormigas o de pájaros). Como apuntan los proponentes de la teoría de sistemas, los miembros de la familia individual existen en un sistema familiar y cambian cuando este sistema cambia, pero la RET también sostiene que el sistema familiar se compone de individuos y pueden cambiar considerablemente cuando uno o más de los miembros individuales de la familia cambian. En todos estos casos la *interacción* es un concepto clave, probablemente esencial para entender cómo ayudar mejor a la gente en su cambio.

Como con la cognición y la conducta, el pensamiento, como señaló Ellis en 1956 (Ellis, 1958, 1962), incluye el sentimiento y la acción. En general pensamos porque deseamos (sentimiento) sobrevivir (conducta) y ser felices (sentimiento).

La emoción incluye significativamente al pensamiento y la conducta. Deseamos porque evaluamos algo como «bueno» o «beneficioso» y, como lo deseamos, nos movemos hacia ello más que alejarnos (actuar sobre ello). La conducta incluye algún grado de pensamiento y emoción. Ejecutamos una acción porque pensamos que es prudente hacerlo así y porque sentimos en consecuencia que nos gusta hacerlo. Ocasionalmente, como cierto tipo de personas místicas exige, podemos tener pensamientos, emociones o conductas *puras* al 100%, que no tenga mezclas de los otros dos procesos. Estas parecen ser excepcionalmente raras, e incluso cuando a veces parece que ocurren, como cuando a una persona se le golpea por debajo de la rodilla sin ningún pensamiento o sentimiento concomitante aparente, la respuesta original (la sacudida de la rodilla) parece que es seguida inmediatamente por un pensamiento («¡Mira eso! ¡Mi rodilla se ha movido!») y por un sentimiento («¿No es estupendo que mis nervios funcionen bien?»). Así, las cogniciones, emociones y conductas puras pueden existir, pero raramente durante los estados de vigilia (o consciencia) normales; e incluso cuando aparecen, se siguen rápidamente por estados de relación cognitivo-afectivos (Schwartz, 1982).

El pensamiento humano es único, y sus cogniciones a menudo fomentan, cambian y se combinan con sus reacciones emotivas y conductuales. Cuando sienten y actúan, casi siempre tienen algún pensamiento acerca de sus sentimientos y acciones, y estos pensamientos les llevan a tener otros sentimientos y conductas. Así, cuando se sienten tristes por, dicen, la pérdida de un ser amado, generalmente ven u observan que están tristes, evalúan este sentimiento de alguna forma (por ejemplo «No es bueno que esté triste ¡esto demuestra cuánto amaba realmente a esta persona!» ó «No es malo que esté triste —demuestra que me permito estar hondamente afectado»).

Cuando la gente se siente perturbada emocionalmente en C —es decir, seriamente ansiosa, depresiva, decaída u hostil— con bastante frecuencia ven sus síntomas de forma absolutista y horrible y sacan conclusiones irracionales, «¡No debo, no tengo que estar deprimido! ¡Es horrible para mí ser de esta forma! ¡No puedo soportarlo! ¡Soy tonto por caer en este sentimiento!» En consecuencia desarrollan un síntoma secundario —depresión acerca de su depresión o ansiedad sobre su ansiedad— que puede ser más grave e incapacitante que su síntoma primario y realmente puede impedirles entender y trabajar en el trastorno primario (Ellis, 1979a, 1980a).

La RET asume que, a menudo, las personas usan sus procesos cognitivos de esta manera contraproducente, debido a que ésta es la manera en la que tienden a pensar de forma fácil y natural. Por lo tanto la RET generalmente busca los síntomas secundarios y los trata antes o junto con el tratamiento de los síntomas primarios de los clientes. La observación clínica de que las personas tienden a espiarse a sí mismas y a condenarse cuando tienen síntomas primarios y que de esta forma desarrollan frecuentemente síntomas secundarios viciados, tiende a apoyar la hipótesis de la RET de que la cognición es enormemente importante en el desarrollo de sentimientos y conductas neuróticas y que la psicoterapia eficaz haría mejor en incluir metodología racional-emotiva.

Cuando las personas desarrollan síntomas secundarios —por ejemplo, se sienten muy ansiosas por su ansiedad, como suelen hacer los agorafóbicos, sus síntomas secundarios influyen con fuerza sobre sus cogniciones y conductas. De esta forma, se sienten tan mal que tienden a concluir: «Realmente *es horrible* que tenga pánico

a los espacios abiertos» y tienden a comportarse más auto-destructivamente que nunca (Ejemplo: se retiran incluso más de los espacios abiertos). De nuevo esto tiende a demostrar que A (Acontecimientos activadores), B (Creencias) y C (Consecuencias cognitivas, emotivas y conductuales) interactúan entre sí; que los pensamientos afectan significativamente a los sentimientos y a las conductas; que las emociones afectan significativamente a los pensamientos y sentimientos; y que las conductas afectan significativamente a los pensamientos y sentimientos (Ellis, 1962, 1984b).

En la RET, estamos principalmente preocupados por las alteraciones «emocionales» de la gente, pero la teoría de los ABC también es una teoría de la personalidad que muestra cómo la gente crea en gran medida sus propios sentimientos «normales» o sanos (positivos y negativos) y cómo pueden cambiarlos si quieren trabajar en ello.

DISCUSION DE LAS CREENCIAS IRRACIONALES

Una teoría fundamental de la RET afirma que cuando las personas se perturban seriamente a sí mismas casi siempre implícita o explícitamente aceptan o inventan creencias irracionales (Ci) fuertes, absolutistas y de *necesidad* perturbadora; y que uno de los mejores métodos de ayudarles a mitigar o eliminar sus perturbaciones emocionales es mostrarles cómo *discutir* (D) estas Ci activamente y estimularles a hacerlo tanto durante las sesiones terapéuticas como por su cuenta, hasta que lleguen a E, una filosofía nueva y afectiva que les disponga a pensar y actuar de una forma más racional y de auto-ayuda. Como ha mostrado Phadke (1982), la D puede dividirse en tres importantes sub-D: (1) *detectar* las creencias irracionales y ver claramente que son ilógicas y no realistas, (2) *debatir* esas Ci y demostrarse a sí mismo cómo y por qué exactamente no están claras, y (3) *discriminar* las creencias irracionales (Ci) de las creencias racionales (Cr) y mostrarse cómo aquellas conducen a resultados pobres y estas a resultados más saludables.

La discusión de las creencias irracionales también puede ser eficaz de otras formas. Cognitivamente, pueden ser reemplazadas por creencias racionales o estrategias de enfrentamiento razonables; pueden minarse practicando las enseñanzas de la semántica general (Korzybski, 1933); se pueden contradecir reemplazándolas por fantasía positiva (Maultsby, 1975; Maultsby y Ellis, 1974); se pueden combatir centrándose en las distintas desventajas que crean y las ventajas que se pierden; se pueden suplantar por métodos alternativos de solución de problemas; y pueden sacarse de la mente mediante técnicas de distracción cognitiva y de parada de pensamiento. Pueden aliviarse mediante la utilización de otros muchos métodos de pensamiento (Ellis, 1984b; Ellis y Abrahms, 1978).

La teoría y práctica de la RET también mantiene que la mejor forma de discutir las creencias irracionales de las personas y de ayudarlas a cambiar sus sentimientos y conductas en la dirección que considere más deseable son, frecuentemente, las técnicas emotivas y conductuales. En el área emotiva emplea una serie de métodos experienciales determinados, entre ellos la imaginación racional-emotiva (Maultsby, 1975; Maultsby y Ellis, 1974), ejercicios de ataque de la vergüenza (Ellis, 1969, 1971b), role-playing, aceptación incondicional por parte del terapeuta de sus

clientes, la utilización de eficaces auto-afirmaciones y auto-diálogos (Ellis, 1979c), y otras técnicas evocativas y dramáticas (Ellis, 1984b; Ellis y Abrahms, 1978). También usa una serie de métodos conductuales diversos, entre ellos el refuerzo, el castigo, la asignación de tareas activas, las afirmaciones implisivas, y el entrenamiento en habilidades (Bernard y Joyce, 1983; Ellis, 1962, 1977e, 1984b; Ellis y Abrahms, 1978; Ellis y Becker, 1982; Ellis y Bernard, 1983).

La Figura 1-1 demuestra una forma típica en que la RET ayuda a los clientes a discutir activamente (D) sus creencias irracionales y llegar a una nueva filosofía efectiva (E). Se trata de una versión cumplimentada del recientemente revisado Modelo de Informe de Auto-ayuda de la RET, ideado por Sichel y Ellis (1983) y que normalmente se pasaba a los individuos y clientes de terapia de grupo vistos en el Instituto de Terapia Racional-Emotiva de Nueva York. Hemos cumplimentado este formulario utilizando parte del material mencionado anteriormente en este capítulo en relación con las creencias irracionales (Ci) que un individuo puede tener si (digamos) observa en el punto A (Acontecimientos Activadores) que la gente está riéndose y si se siente ansioso y deprimido después de esta observación. Guiado por un practicante de la RET y algunos de los folletos y libros de la RET —especialmente *A New Guide to Rational Living* (Ellis y Harper, 1975), *A guide to Personal Happiness* (Ellis y Becker, 1982), y *Overcoming Procrastination* (Ellis y Knaus, 1977)— esta persona bien podría haber rellenado el Modelo de Informe de Auto-Ayuda Racional tal como se ha cumplimentado en la Figura 1-1.

A diferencia de otros muchos sistemas de terapia cognitivo-conductual la RET enfatiza la utilización de la discusión activa (D) como la forma más elegante, y pensamos que casi la única, de ayudar a las personas a suprimir sus creencias irracionales (Ci). Los terapeutas racional-emotivos enseñan a los clientes (1) a buscar y detectar sus creencias irracionales, en especial sus «tendría que» y «debería de» absolutistas, sus «es horroroso», sus «no puedo soportar», sus «no puedo» y su auto-decaimiento; (2) a cuestionar y desafiar lógica y empíricamente sus Ci y disuadirse a sí mismos de creer en ellas; (3) a reemplazar las Ci por creencias racionales (Cr) y estrategias de enfrentamiento alternativas; (4) a pensar sobre esas creencias racionales y mostrarse por qué son racionales y en qué se diferencian de las creencias irracionales; y (5) e internalizar el método científico, y afianzarlo para el resto de su vida, ver que sus creencias irracionales son hipótesis, no hechos y desafiar y cuestionar con fuerza estas hipótesis hasta abandonarlas. Como se ha dicho antes, la RET usa muchos otros métodos cognitivos, emotivos, y conductuales para ayudar a las personas a combatir y abandonar sus creencias irracionales, pero acentúa la utilización de la discusión activa y directiva.

RASGOS SINGULARES DE LA RET Y SU DIFERENCIA CON OTRAS TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

Como ya se constató, la RET posee un número de rasgos singulares que la hacen significativamente diferente de la mayoría de las demás formas de terapia cognitivo-conductual (CBT). Para terminar este capítulo introductorio, vamos a señalar brevemente (y en algunos casos repetir) algunos de los principales rasgos característicos de la RET.

Figura 1-1: Formulario cumplimentado de Auto-Ayuda RET

FORMULARIO DE AUTO-AYUDA RET

(A) ACONTECIMIENTOS ACTIVADORES, pensamientos o sentimientos que ocurren justo antes de que me sienta perturbado emocionalmente o actúe contraproducentemente:

Notaba que la gente se estaba riendo

(C) CONSECUENCIA o ESTADO —sentimiento perturbador o conducta contraproducente que me produce y me gustaría cambiar:—

Me siento ansioso y deprimido. Comienzo a evadir a las personas

(B) CREENCIAS-CREENCIAS irracionales (CI) que me conducen a la CONSECUENCIA (perturbación emocional o conducta contraproducente). Rodee con un círculo todo aquello que infiera de aquel ACONTECIMIENTO ACTIVADOR (A).

(D) DISCUSIONES para cada CREENCIA IRRACIONAL rodeada

Ejemplos: «¿Por qué TENGO QUE hacerlo bien?» «¿Dónde está escrito que soy una MALA PERSONA?» «¿Dónde está la prueba de que TENGO QUE ser aprobado o aceptado?»

(E) CREENCIAS RACIONALES EFECTIVAS (CR) para reemplazar mis CREENCIAS IRRACIONALES (CI) Ejemplos: «PREFERIRIA hacerlo muy bien, pero no TENGO que hacerlo» «Soy una PERSONA QUE actúa mal, no una MALA PERSONA» «No hay pruebas de que TENGA QUE ser aprobado, aunque ME GUSTARIA serlo».

1. ¡TENGO QUE hacerlo bien o muy bien!

2. Soy una PERSONA MALA O DESPRECIABLE cuando actúo débil o estupidamente

3. ¡TENGO QUE ser aprobado o aceptado por la gente que considero importante!

4. Soy una PERSONA MALA E INDIGNA DE SER AMADA si me rechazan

5. ¡La gente TIENE QUE tratarme justamente y darme lo que NECESITE!

6. ¡La gente que actúa inmoralmemente es GENTE CORROMPIDA e indigna!

7. ¡La gente TIENE QUE cumplir mis expectativas o sino es terrible!

8. Mi vida TIENE QUE tener pocos problemas o dificultades importantes

9. ¡Realmente NO PUEDO SOPORTAR las cosas difíciles o la gente muy mala!

¿Por qué me va a hacer una mala persona el caer mal a la gente?

¿Por qué tengo que serlo?

¿De qué forma soy una mala persona?

¿Dónde está escrita esa ley?

!No me hace una mala persona. Solamente me hace una persona menos querida de lo que deseaba ser.

No tengo que serlo, aunque eso sería deseable.

!No lo soy! Soy una persona que soy rechazada.

!Solo en mi cabeza! La vida tendrá muchos más defectos! Mala suerte!

10. ¡Es HORROROSO U HORRIBLE cuando las cosas importantes no salen como yo quiero!

11. ¡NO PUEDO SOPORTARLO cuando la vista es realmente injusta!

12. ¡NECESITO ser querido por la gente que me importa un poco!

13. ¡NECESITO bastante la gratificación inmediata y TENGO QUE sentirme desgraciado cuando no la consigo!

Creencias irracionales adicionales

14. Esa gente se está riendo de mí. Si es así, eso me hace tonto!

15. ¡Si se están riendo de mí es horrible!

16. Solamente me desprecian y ven que soy una persona indeseable.

17. Ellos hablarán mal de mí y me harán perder a todos mis amigos.

18. Incluso si no están riendo de mí ahora, más tarde hablarán y verán lo ridículo que soy.

¿Dónde está la evidencia de que se están riendo de mí? Si lo he, ¿por qué eso me hace tonto?

¿Por qué sería horrible si se ríen?

¿Es probable que esto sea verdad?

¿Cómo sabes que esto sucederá?

¿Dónde está la evidencia de que esto ocurrirá?

No hay ninguna razón. ¡No den estar riéndose por otras razones! Incluso si están actuando tontamente eso no me hace ser tonto.

No sería horrible. ¡Solo sería incómodo!

No. Algunas pueden despreciar me pero incluso así puedo todavía aceptarlas y a mí mismo.

No lo sé. No pueden hablar mal de mí; y si lo hacen difícilmente perderé a todos mis amigos.

!En ninguna parte! Si más tarde me encuentran ridículo, todo eso puede verme como una persona con alguna conducta tonta pero no una mala persona.

(F) SENTIMIENTOS Y CONDUCTAS, que he experimentado después de llegar a mis CREENCIAS RACIONALES EFECTIVAS:

Desapreciación ante la risa de la gente. Felicidad al vencer mi ansiedad y de presiones.

TRABAJARE DURAMENTE PARA REPETIRME A MI MISMO EFICAZMENTE MIS CREENCIAS RACIONALES EFECTIVAS EN MUCHAS OCASIONES PARA QUE ASI PUEDA MOLESTARME A MI MISMO MENOS QUE AHORA Y ACTUE MENOS AUTO-DESTRUCTIVAMENTE EN EL FUTURO

Predisposiciones innatas del trastorno. Aunque la RET usa la teoría del aprendizaje social y sostiene que los sucesos externos y las influencias ambientales afectan significativamente a los seres humanos y contribuyen a sus trastornos emocionales, acentúa la influencia de las tendencias biológicas y las predisposiciones innatas en el trastorno más de lo que lo hacen el resto de las técnicas de psicoterapia, incluyendo a las terapias cognitivas. Ya que afirma que las personas absorben y crean creencias irracionales de forma fácil y natural, así como gracias al aprendizaje cultural; la RET acentúa la importancia de que el terapeuta discuta estas Ci fuerte y eficazmente y anime a los clientes a hacer lo mismo intensa y constantemente (Ellis, 1976a, 1979c, 1983a, b).

Trastornos secundarios. De una forma especial la RET recalca la disposición primaria humana a perturbarse a sí misma como consecuencia de algún fracaso o frustración y secundariamente a auto-trastornarse debido a las propias perturbaciones. Asume que los trastornos secundarios existen con frecuencia, en especial entre aquellos individuos que han desarrollado fuertes perturbaciones primarias en un periodo de tiempo; busca estos síntomas secundarios; y generalmente los trata en primer lugar, antes de continuar con el tratamiento de los trastornos primarios (Ellis, 1962, 1979a, 1980, 1984b).

Procedimientos de evaluación. A veces la RET emplea todos los procedimientos de evaluación de la terapia cognitivo-conductual, pero también apoya a la terapia racional-emotiva en sí misma como un importante recurso de evaluación. Sostiene que en muchos casos el terapeuta puede centrarse rápidamente en alguna de las creencias irracionales (Ci) del cliente y hace que este procedimiento terapéutico sea altamente diagnóstico, es decir, ver cómo y bajo que condiciones es probable que el cliente reaccione a la terapia (Ellis, 1984b).

Sentimientos apropiados e inapropiados. Como ya se señaló, la RET define claramente los sentimientos inapropiados, los separa de los apropiados, y se centra (en especial con los nuevos clientes) en descubrir cuáles son los sentimientos inapropiados de las personas, cómo pueden aprender a diferenciarlos de los apropiados, y cómo pueden trabajar en su cambio (Ellis, 1971a, 1973).

Creencias irracionales absolutistas y antiempíricas. La RET mantiene que, aunque existen muchas clases de pensamientos ilógicos e irracionales y éstos produzcan pobres resultados, lo que llamamos «trastorno emocional» es fundamentalmente un concomitante de los tengo que, debo de, he de, demandas, ordenes y expectativas absolutistas e incondicionales. Presupone que el es terrible, el no puedo soportarlo, la condena, la personalización, el pensamiento del todo o nada, la sobregeneralización, y otras clases de pensamientos viciados que los individuos perturbados tienen y que les conducen a sus problemas emocionales provienen en gran medida de dogmatismos y absolutismos explícitos o implícitos. Por lo tanto, si tan solo discutimos las inferencias y pensamientos ilógicos secundarios de los clientes, estos no tenderán a hacer un cambio de su filosofía tan profundo y sano como si les mostramos sus demandas y órdenes intolerantes y les inducimos a renunciar a estas también. La RET preferencial trata generalmente las creencias absolutistas e irrealistas, y no meramente solo una de ellas (Ellis, 1980b, 1984b).

Dogmas evaluativos y no-evaluativos. Aunque la RET descubre y ataca todo tipo de dogmas y postulados acientíficos, busca en particular y lucha contra los juicios evaluativos absolutistas de la gente sobre sí mismos, los otros, y el mundo, así como mantiene que estos están estrechamente relacionados con las disfunciones cognitivas, afectivas, y conductuales que acompañan a los síntomas perturbados (Ellis, 1984a).

Procesos de relación. La RET fomenta la creación de un buen rapport con los clientes, utiliza la escucha empática y el reflejo de sentimientos, y acentúa la aceptación incondicional del cliente por parte del terapeuta tanto como un fuerte aliento por parte del terapeuta para que los clientes se observen a sí mismos y cambien. También adopta una actitud de precaución hacia la necesidad imperiosa de aceptación por parte del otro, tanto por parte del terapeuta como del cliente, y explora continuamente las creencias irracionales (Ci) que pueden tener respecto de la necesidad de ésta aprobación. Tales necesidades de aprobación interfieren (1) con el trabajo real de los clientes para cambiar y (2) con la suficiente firmeza que tienen que tener los terapeutas con los clientes para ayudarles a cambiar. La RET también intenta de forma notable inducir a los clientes a rehusar evaluarse a sí mismo pobremente, tanto si lo hacen bien en la terapia y ganan la aprobación de su terapeuta como si no; y enseña a los terapeutas a aceptarse a sí mismos incondicionalmente, tanto si tienen éxito con sus clientes como si no. Mientras la RET intenta mostrar a los clientes que son colaboradores iguales y activos con los terapeutas en el cambio de sí mismos, también anima al terapeuta a ser un profesor altamente activo-directivo que a menudo es mejor que tome el mando para explicar, interpretar, y discutir las Ci de los clientes y dé con las mejores soluciones a sus problemas (Ellis, 1983a).

Uso comprensivo y multimodal de las técnicas. La RET tiene una teoría diferente de la perturbación humana de cómo puede mejorarse más eficazmente. Esta teoría es interactiva y multimodal y ve las emociones, los pensamientos y las conductas como transacciones de unos con otros e incluyéndose unos a otros. De aquí que siempre haya utilizado muchos métodos cognitivos, afectivos y conductuales. Ya que pone de relieve tanto las causas biológicas como las sociales del trastorno, a menudo fomenta la utilización de medicación y de técnicas físicas, incluyendo las dietas, el ejercicio y la relajación. Al mismo tiempo, la RET es selectiva en sus métodos y difícilmente utiliza uno (tal como el pensamiento positivo o la conversión religiosa) sólo porque funcione. En lugar de eso, la RET busca tanto los efectos a largo plazo como los a corto plazo de técnicas diversas, considera muchos métodos (tales como la distracción cognitiva) como métodos más paliativos que curativos, e intenta recalcar aquellos que tienden a producir un profundo cambio filosófico que ayude a los clientes no meramente a sentirse mejor, sino a estarlo (Ellis, 1972a, 1974, 1977c, 1983b). Como se ha dicho anteriormente, la RET es famosa por sus enfoques cognitivos y filosóficos en la terapia, pero también acentúa con fuerza la utilización de un buen número de métodos afectivos y conductuales selectivos.

El uso de la fuerza y la viveza. La teoría de la RET mantiene que las personas emocionalmente trastornadas tienden con fuerza, viveza, vigor y profunda convicción a mantenerse en sus principales creencias irracionales (Ci); por otra parte,

incluso cuando tienen «insight» sobre estas creencias, pueden creer todavía fuertemente en ellas y negarse a abandonarlas. Por lo tanto, la RET a menudo no sólo acentúa completamente la discusión activo-directiva de las irracionalidades sino que también hace hincapié en aquellas técnicas afectivas (tales como los ejercicios del ataque de la vergüenza y la imaginación racional-emotiva) y conductuales (como desensibilización implosiva *in vivo*) que contradicen poderosamente e influyen en contra de los pensamientos, sentimientos y conductas perturbadas de la gente (Dryden, 1983; Ellis, 1979c).

Ansiedad del yo y ansiedad perturbadora. La RET mantiene que la gente tiene dos clases básicas de perturbación «emocional» que a menudo se solapan significativamente y se refuerzan una o otra. La primera es la ansiedad del yo (o depresión del yo) que surge de las demandas absolutistas y perfeccionistas que la gente tiene, de que personalmente hacen las cosas bien y son aprobados por otros, lo que les lleva a sentimientos de severa inadecuación cuando hacen las cosas pobremente y son desaprobados por personas significativas. La segunda es la ansiedad perturbadora (o depresión perturbadora) que surge de las demandas absolutistas y perfeccionistas al hacerles otros una petición y de las condiciones de que se dispone para que fácil y rápidamente consigan lo que están pidiendo. La RET invariablemente busca *ambos* tipos de trastornos, se los descubre a los clientes, y muestra a las personas diversos métodos para superarlos eficazmente (Ellis, 1979a, 1980a).

Aspectos humanistas. La RET no pretende ser una técnica «puramente» objetiva, científica, o centrada en lo técnico sino que (a diferencia de las otras terapias cognitivo-conductuales) toma un enfoque humanístico-existencial para los problemas humanos y sus soluciones básicas. Primariamente trata con las evaluaciones, emociones, y conductas *humanas* perturbadas. Es altamente racional y científica pero usa la racionalidad y la ciencia al servicio de los seres humanos, en un intento de facilitarles la vida y la felicidad. Es hedonista, pero defiende el hedonismo a largo plazo en lugar de a corto plazo, para que la gente pueda lograr el placer del momento y del futuro, pueda llegar a la máxima libertad y disciplina. Presupone que no existe nada superhumano y que la creencia religiosa en seres suprahumanos tiende a fortalecer la dependencia e incrementar el trastorno emocional. Asume que ningún ser humano, cualquiera que sean sus conductas antisociales y detestables, es condenable ni subhumano. Pone el énfasis particularmente en la importancia de la libertad y la elección en los asuntos humanos, incluso aunque acepte la posibilidad de que alguna conducta humana esté determinada parcialmente por lo biológico, lo social, y otro tipo de fuerzas (Bandura, 1980; Ellis, 1973, 1983b).

Opiniones sobre la auto-estima y la auto-aceptación. Mientras otras muchas psicoterapias intentan ayudar a la gente a lograr auto-estima, la RET es escéptica en este tema, e intenta, por el contrario, ayudarles a lograr la llamada auto-aceptación. Esto significa que rehusa evaluarse a sí mismo o a su ser o esencia total, limitándose a evaluar solamente sus actos, acciones y ejecuciones (Ellis, 1972b, 1973, 1976b, 1977c). La RET enseña a la gente que no importa con qué tipo de criterios se evalúen a sí mismos, tanto si estos son externos (éxito, aprobación), internos (personalidad o estabilidad emocional), o sobrenaturales (aceptación por Cristo o por Dios), sino que ellos son los que realmente *eligen* estos

criterios. Por lo tanto, pueden aceptarse a sí mismos más elegantemente, sin ningún tipo de variable interviniente, simplemente porque han *elegido* hacerlo así.

Opiniones sobre la psicoterapia eficaz y concreta. La RET se esfuerza en especial por las formas de psicoterapia eficaces y concretas. Apunta no simplemente a la supresión del síntoma sino también a un cambio profundo de la filosofía básica de la gente. Intenta aliviar o eliminar la mayoría de los síntomas de la perturbación de una forma permanente y no temporal, aunque reconoce que las personas tiene una fuerte tendencia a retroceder y restituir sus síntomas, incluso después de que los han superado. Intenta desarrollar métodos de terapia concreta que requiera relativamente poco tiempo terapéutico y que produzca los máximos resultados rápida y eficazmente (Ellis, 1980b). Se especializa en métodos psicoeducativos (tales como biblioterapia, audioterapia, videoterapia, talleres, y otros tipos de *mass media*), en el curso de los cuales pueden usarse eficazmente algunas de las principales enseñanzas de la RET con grupos grandes de individuos con fines de autoayuda (Ellis 1978a; Ellis y Abrahms, 1978).

Opiniones sobre los métodos conductuales. La RET fomenta los tipos de desensibilización sistemática *in vivo* más que los puramente imaginativos, y a menudo alienta la asignación de tareas implosivas en lugar de las de actividad gradual. Utiliza los procedimientos de refuerzo pero tiene una actitud algo diferente hacia ellos de la que tienen otras escuelas cognitivo-conductuales. Primero, es prudente en el uso del afecto y la aprobación como reforzadores, debido a que puede ayudar a que la gente se haga más sugestionable, menos autónoma y con menos pensamiento autónomo. Segundo, se esfuerza, en un último análisis en ayudar a que la gente elija sus propias metas y piense por sí misma, y por tanto llegue a ser menos sugestionable y se vea menos reforzada por influencias externas. Anima a algunos clientes que no son fácilmente reforzables, a utilizar penas fuertes cuando se resisten a cambiar sus conductas desadaptativas, pero intenta dejar muy claro que las penas no han de ser usadas como castigos y que no deben incluir ningún tipo de idea de indignidad o condena (Ellis, 1983b).

Insight y cambio conductual. La RET acentúa en particular el insight cognitivo o conductual, pero también muestra la diferencia entre el insight intelectual y afectivo e indica cómo los clientes pueden conseguir el último y efectuar el cambio conductual a través de su realización (Ellis, 1962, 1963). De este modo muestra a los clientes que (1) cuando tienen un insight intelectual generalmente creen algo de forma ligera y ocasional y (2) cuando tienen un insight afectivo generalmente lo creen de una forma fuerte y persistente y por consiguiente, a causa de su fuerte creencia sentirán la necesidad de actuar sobre ello.

La RET mantiene que antes de que la gente pueda cambiar sus conductas y sentimientos inapropiados, generalmente requiere tres tipos fundamentales de insight. El primer tipo tiene que ver con el reconocimiento de que las perturbaciones provienen principalmente, o en gran medida no, de sucesos pasados sino de creencias irracionales (Ci) que la gente trae consigo sobre esos sucesos. En términos RET los acontecimientos activadores (A) pueden contribuir significativamente a consecuencias perturbadas (C), pero su contribución de «causa» más importante y relevante proviene de las creencias irracionales (Ci) sobre qué sucede en A. El segundo tipo de insight es la comprensión de que, independientemente de cómo

llegue originalmente a perturbarnos (o nosotros mismos lo hagamos), nos sentimos perturbados hoy porque estamos *todavía* adoctrinándonos a nosotros mismos con los mismos tipos de creencias irracionales que nosotros creamos (o tomamos de otros) en el pasado. El tercer tipo de insight es la plena aceptación de la idea de que, incluso si logramos los dos primeros insights comprendiendo que nosotros hemos creado y mantenido nuestros propios sentimientos y conductas perturbadas, estos insights no nos harán cambiar automáticamente. Solamente si *trabajamos* y *practicamos* constantemente, en el presente y en el futuro en pensar, sentir, y actuar *contra* lo que son nuestras creencias irracionales, probablemente las abandonaremos y nos haremos y mantendremos menos perturbados (Ellis, 1977c; Ellis y Knaus, 1977).

Utilización del humor. La RET presupone que la gente haría mejor dando un sentido significativo a sus vidas, como Frankl (1959) ha mostrado con mucha habilidad, ya que la perturbación emocional surge fácilmente cuando dá un sentido exagerado o demasiado serio a alguno de sus pensamientos, sentimientos y acciones (Ellis, 1962, 1971b, 1973). La RET por consiguiente se especializa en trocear las creencias irracionales (Ci) de la gente —y no, por supuesto, a la gente misma— con diversas clases de humor (Ellis, 1977a, 1977b). Por ejemplo, Ellis ha compuesto una serie de canciones humorísticas que emplea a menudo con sus clientes y en sus charlas y talleres sobre la RET. Muchos otros terapeutas RET (y no RET) también han adoptado sus técnicas musicales (Ellis, 1981). A continuación se presentan tres ejemplos:

¡Lloriquear, Lloriquear, Lloriquear!

(Tomado del «Himno de Whiffenpoof» de Yale, compuesto originalmente por Guy Scull, un graduado de Harvard)

No puedo todos mis deseos conseguir.

¡Lloriquear, lloriquear, lloriquear!

No puedo toda mi frustración sufrir.

¡Lloriquear, lloriquear, lloriquear!

La vida me debe de las cosas su bondad,

El destino me debe dar la eterna felicidad;

Y si debo vivir sin esta necesidad...

(Letra de Albert Ellis, 1977 Instituto de Terapia Racional-Emotiva)

Quizá Mueva mi Trasero

(De la canción «After the Ball» compuesta por Charles K. Harria)

Después de que me hagas las cosas fáciles

y suministres el carbón para el brasero

Después de que te deshagas por mi y me agrades,

¡quizá mueva mi trasero!

Hazme la vida dulce y fácil,

¡llenala de rosas en florero!

Y posiblemente, si las cosas son fáciles,

¡quizá mueva mi trasero!

(Letra de Albert Ellis, 1977 Instituto de Terapia Racional-Emotiva)

Desearía No ser un Loco

(Con la música de «Dixie», compuesta por Dan Emmett)

Oh, desearía estar realmente hecho—

Liso y fino como ¡auténtico cuero!

Oh, que grande sería ser evaluado

¡innatamente como sosegado!

Pero tengo miedo de estar predestinado

A ser un individuo más bien aberrante—

Oh, ¡que triste sería estar hecho

como mi Madre y mi Padre!

Oh, ¡desearía no ser un loco! ¡Bravo, Bravo!

Desearía que mi cerebro estuviese menos inclinado

¡A ser la clase que es de brumoso!

Podría estar de acuerdo en intentar ser menos loco,

Pero, ay de mí, ¡he sido condenado

por los dioses a ser perezoso!

(Letra de Albert Ellis, 1977 Instituto de Terapia Racional-Emotiva)

RESUMEN Y CONCLUSIONES

La RET se desarrollo originalmente como una forma pionera de terapia cognitivo-conductual (CBT) para ayudar a los clientes a superar sus perturbaciones «emocionales», incluyendo sus problemas primarios y secundarios. También se ha convertido en una teoría de la personalidad que enseña a la gente a ver cómo probablemente crean sus propios sentimientos positivos y negativos y cómo pueden cambiarlos si desean trabajar en hacerlo (Ellis, 1978b). Es psicoeducativa tanto como terapéutica y ahora está siendo aplicada, como mostrarán los distintos capítulos de este libro a un gran número de campos del esfuerzo humano. Se basa en la suposición de que la supervivencia y la felicidad son de gran valor para mucha gente y de que estos valores pueden alcanzarse e intensificarse apreciablemente utilizando un pensamiento científico, flexible, dogmático y riguroso. Ya ha realizado muchas contribuciones significativas a la psicoterapia y a la auto-actualización y, como está en continuo cambio y desarrollo (como las teorías y prácticas basadas científicamente tienden a hacer casi invariablemente), se espera que realizará importantes y útiles aplicaciones para ayudar en más campos de la lucha humana.

REFERENCIAS

- Adler, A. *Understanding human nature*. New York: Greenberg, 1927.
 Adler, A. *The science of living*. New York: Greenberg, 1929.
 Bandura, A. *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1969.
 Bandura, A. The self system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 1978, 33, 344-358.
 Bard, J. A. *Rational-emotive therapy in practice*. Champaign, Ill.: Research Press, 1980.
 Barksdale, L. S. *Building self-esteem*. Los Angeles: Barksdale Foundation, 1972.
 Beck, A. T. *Depression*. New York: Hoeber-Harper, 1967.

- Beck, A. T. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press, 1976.
- Bedford, S. *Stress and tiger juice*. Chico, Calif.: Scott Publications, 1980.
- Bernard, M. E., & Joyce, M. R. *Rational-emotive therapy with children and adolescents*. New York: John Wiley, 1983.
- Blazier, D. *Poor me, poor marriage*. New York: Vantage, 1975.
- Burns, D. *Feeling good*. New York: Morrow, 1980.
- Butler, P. E. *Talking to yourself*. New York: Stein and Day, 1981.
- Church, V. A. *Behavior, law and remedies*. Dubuque, Ia.: Kendall/Hunt, 1975.
- Coué, E. *My method*. New York: Doubleday, 1923.
- Diekstra, R., & Dassen, W. F. *Rationele therapie*. Amsterdam: Swets and Zeitlinger, 1976.
- Dryden, W. *Rational-emotive therapy: Fundamentals and innovations*. London: Coors, 1983.
- Dubois, P. *The psychic treatment of nervous disorders*. New York: Funk and Wagnalls, 1907.
- Dyer, W. *Your erroneous zones*. New York: Funk and Wagnalls, 1977.
- Ellis, A. Re-analysis of an alleged telepathic dream. *Psychiatric Quarterly*, 1949, 23, 116-126. (a)
- Ellis, A. Towards the improvement of psychoanalytic research. *Psychoanalytic Review*, 1949, 36, 123-143.
- Ellis, A. *An introduction to the principles of scientific psychoanalysis*. Genetic Psychology Monographs. Provincetown, Mass.: Journal Press, 1950.
- Ellis, A. The effectiveness of psychotherapy with individuals who have severe homosexual problems. *Journal of Consulting Psychology*, 1956, 20, 191-195. (a)
- Ellis, A. An operational reformulation of some of the basic principles of psychoanalysis. In H. Feigl & M. Scriven (Eds.), *Minnesota studies in the philosophy of science*. Vol. 1. *The foundations of science and concepts of psychology and psychoanalysis*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1956. (b)
- Ellis, A. Outcome of employing three techniques of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 1957, 13, 344-350. (a)
- Ellis, A. Rational psychotherapy and Individual Psychology. *Journal of Individual Psychology*, 1957, 13, 38-44. (b)
- Ellis, A. Rational psychotherapy. *Journal of General Psychology*, 1958, 59, 35-49.
- Ellis, A. Razón y emoción en psicoterapia. Bilbao. Desclée De Brouwer, 1975.
- Ellis, A. Toward a more precise definition of «emotional» and «intellectual» insight. *Psychological Reports*, 1963, 13, 125-126.
- Ellis, A. *The art and science of love* (Rev. ed.). Secaucus, N. J.: Lyle Stuart; New York: Bantam, 1965. (a) Originally published, 1960.
- Ellis, A. *Sex without guilt*. (Rev. ed.) Secaucus, N. J.: Lyle Stuart; North Hollywood: Wilshire Books, 1965. (b) Originally published, 1958.
- Ellis, A. A weekend of rational encounter. In A. Burton (Ed.), *Encounter*. San Francisco: Jossey-Bass, 1969.
- Ellis, A. *Growth through reason*. North Hollywood, Calif.: Wilshire Books, 1971. (a)
- Ellis, A. *How to stubbornly refuse to be ashamed of anything*. Cassette recording. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy, 1971. (b)
- Ellis, A. Helping people get better rather than merely feel better. *Rational Living*, 1972, 7 (2), 2-9. (a)
- Ellis, A. Psychotherapy and the value of a human being. In J. W. Davis (Ed), *Value and valuation*. Knoxville: University of Tennessee Press, 1972. Reprinted, New York: Institute for Rational-Emotive Therapy, 1972. (b)
- Ellis, A. Psychotherapy without tears. In A. Burton (Ed), *Twelve therapists*. San Francisco: Jossey-Bass, 1972. (c)

- Ellis, A. *Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach*. New York: Crown and McGraw-Hill, 1973.
- Ellis, A. Cognitive aspects of abreactive therapy. *Voices*, 1974, 10 (1), 48-56.
- Ellis, A. *How to live with a «neurotic»* (Rev. ed.). New York: Crown: North Hollywood: Wilshire Books, 1975. (a) Originally published, New York: Crown, 1957.
- Ellis, A. The biological basis of human irrationality. *Journal of Individual Psychology*, 1976, 32, 145-168. (a)
- Ellis, A. RET abolishes most of the human ego. *Psychotherapy*, 1976, 13, 343-348. Reprinted, New York: Institute for Rational-Emotive Therapy, 1976. (b)
- Ellis, A. *Sex and the liberated man*. Secaucus, N. J.: Lyle Stuart, 1976. (c)
- Ellis, A. Fund as psychotherapy. *Rational Living*, 1977, 12 (1), 2-6. (a)
- Ellis, A. *A garland of rational songs*. Cassette recording and songbook. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy, 1977. (b)
- Ellis, A. *How to live with —and Without— anger*. New York: Reader's Digest Press, 1977. (c)
- Ellis, A. Skill training in counseling and psychotherapy. *Canadian Counselor*, 1977, 12 (1), 30-35. (e)
- Ellis, A. Rational-emotive therapy and self-help therapy. *Rational Living*, 1978, 13 (1), 2-9. (a)
- Ellis, A. Toward a theory of personality. In R. J. Corsini (Ed.), *Readings in current personalities theories*. Itasca, Ill.:Peacock, 1978. (b)
- Ellis, A. Discomfort anxiety: A new cognitive-behavioral construct. Part 1. *Rational Living*, 1979, 14 (2), 3-8. (a)
- Ellis, A. *The intelligent woman's guide to dating and mating*. Secaucus, N. J.: Lyle Stuart, 1979. (b)
- Ellis, A. The issue of force and energy in behavioral change. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 1979, 10, 83-97. (c)
- Ellis, A. The theory of rational-emotive therapy. In A. Ellis & J. M. Whiteley (Eds.), *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy*. Monterey, Calif.: Brooks/Cole, 1979. (d)
- Ellis, A. Discomfort anxiety: A new cognitive-behavioral construct. Part 2. *Rational Living*, 1980, 15 (1), 25-30. (a)
- Ellis, A. Rational-emotive therapy and cognitive behavior therapy: Similarities and differences. *Cognitive Therapy and Research*, 1980, 4, 325-340. (b)
- Ellis, A. The use of rational humorous songs in psychotherapy. *Voices*, 1981, 16 (4), 29-36.
- Ellis, A. Introduction to Windy Dryden's *Rational-emotive therapy: Fundamentals and innovations*. London: Coors, 1983. (a)
- Ellis, A. The philosophic implications and dangers of some popular behavior therapy techniques. In M. Rosenbaum, C. M. Franks, & Y. Jaffe (Eds.), *Perspectives on behavior therapy in the eighties*. New York: Springer, 1983. (b)
- Ellis, A. Expanding the ABCs of RET. In A. Freeman & M. Mahoney (Eds.), *Cognition and psychotherapy*. New York: Plenum, 1984. (a)
- Ellis, A. Rational-emotive therapy and cognitive-behavior therapy. New York: Springer, 1984. (b)
- Ellis, A., & Abrahms, E. *Brief psychotherapy in medical and health practice*. New York: Springer, 1978.
- Ellis, A., & Becker, I. *A guide to personal happiness*. North Hollywood: Wilshire Books, 1982.
- Ellis, A., & Bernard, M. (Eds.). *Rational-emotive approaches to the problems of childhood*. New York: Plenum, 1983.
- Ellis, A., & Grieger, R. (Eds.). *Manual de terapia racional emotiva*. Bilbao. Desclée De Brouwer, 1984.

- Ellis, A., & Harper, R. A. *A guide to rational living*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1961. (a)
- Ellis, A., & Harper, R. A. *A guide to successful marriage*. North Hollywood, Calif.: Wilshire Books, 1961. (b)
- Ellis, A., & Harper, R. A. *A new guide to rational living*. North Hollywood, Calif.: Wilshire Books, 1975.
- Ellis, A., & Knaus, W. *Overcoming procrastination*. New York: New American Library, 1977.
- Ellis, A., & Witeley, J. M. (Eds.). *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy*. Monterey, Calif.: Brooks/Cole, 1979.
- Emery, G. *Own your own life*. New York: New American Library, 1982.
- Emery, S. *Actualizations*. New York: Doubleday, 1978.
- Epictetus. *The works of Epictetus*. Boston: Little, Brown, 1899.
- Erhard, W. *What is the purpose of the EST training?* San Francisco: Erhard Seminars Training, 1976.
- Eysenck, H. J. (Ed.). *Experiments in behavior therapy*. New York: Macmillan, 1964.
- Frankl, V. *Man's search for meaning*. New York: Pocket Books, 1959.
- Garcia, E., & Blythe, B. T. *Developing emotional muscle*. Atlanta: Georgia Center for Continuing Education, 1977.
- Ginott, H. *Between parent and child*. New York: Macmillan, 1965.
- Glasser, W. *Reality Therapy*. New York: Harper & Row, 1965.
- Golfried, M. R. & Davison, G. *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1976.
- Goodman, D., & Maultsby, M. C., Jr. *Emotional well being through rational behavior training*. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas, 1974.
- Goulding, M. M., & Goulding, R. L. *Changing lives through redecision therapy*. New York: Brunner/Mazel, 1979.
- Greenwald, H. *Decision therapy*. New York: Wyden, 1973.
- Grieger, R., & Boyd, J. *Rational emotive therapy: A skills based approach*. New York: Van Nostrand Reinhold, 1980.
- Grieger, R., Grieger, I. *Cognition and emotional disturbance*. New York: Human Sciences Press, 1982.
- Grossack, M. *You are not alone*. Boston: Marlborough, 1974.
- Grossack, M. *Love and reason*. New York: New American Library, 1976.
- Guidano, V. F., & Liotti, G. *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford Press, 1983.
- Hadas, M. *Essential works of stoicism*. New York: Bantam, 1962.
- Heesacker, M., Heppner, P. P., & Rogers, M. E. Classics and emerging classics in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 1982, 29, 400-405.
- Hauck, P. A. *Reason in pastoral counseling*. Philadelphia: Westminster, 1972.
- Hauck, P. A. *Overcoming depression*. Philadelphia: Westminster, 1973.
- Hauck, P. A. *Overcoming frustration and anger*. Philadelphia: Westminster, 1974.
- Hauck, P. A. *Overcoming worry and fear*. Philadelphia: Westminster, 1975.
- Hauck, P. A. *How to do what you want to do*. Philadelphia: Westminster, 1976.
- Hauck, P. A. *How to stand up for yourself*. Philadelphia: Westminster, 1979.
- Hauck, P. A. *Brief counseling with RET*. Philadelphia: Westminster, 1981.
- Hauck, P. A. *Overcoming jealousy and possessiveness*. Philadelphia: Westminster, 1981.
- Hauck, P. A. *Your inner therapist*. Philadelphia: Westminster, 1983.
- Heidigger, M. *Being and time*. New York: Harper & Row, 1962.
- Herzberg, A. *Active psychotherapy*. New York: Grune and Stratton, 1945.
- Horney, K. *The neurotic personality of our time*. New York: Norton, 1939.
- Jakubowski, P., & Lange, A. *The assertive option*. Champaign, Ill.: Research Press, 1978.
- Johnson, S. M. *First person singular*. New York: Signet, 1977.

- Johnson, W. *People in quandaries*. New York: Harper, 1946.
- Kelly, G. *The psychology of personal constructs*. New York: W. W. Norton, 1955.
- Keyes, K. *Handbook to higher consciousness*. St. Mary, Ky.: Cornucopia Institute, 1979.
- Knaus, W. J. *How to get out of a rut*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1982.
- Korzybski, A. *Science and sanity*. Lancaster, Pa.: Lancaster Press, 1933.
- Lacey, L. A. *Effective communication with difficult people*. San Diego: Common Visions, 1982.
- Lange, A., & Jakubowski, A. *Responsible assertive training*. Champaign, Ill.: Research Press, 1976.
- Lazarus, A. A. *Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw-Hill, 1971.
- Lazarus, A. A. *The practice of multimodal therapy*. New York: McGraw-Hill, 1981.
- Lazarus, A. A., & Fay, A. *I eat if I want to*. New York: Morrow, 1975.
- Lazarus, R. S. *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill, 1966.
- Lembo, J. *Help yourself*. Niles, Ill.: Argus, 1974.
- Lembo, J. *The counseling process*. New York: Libra, 1976.
- Lembo, J. *How to cope with your fears and frustrations*. New York: Libra, 1977.
- Little, B. L. *This will drive you sane*. Minneapolis, Minn.: Comp Care, 1977.
- Losoncy, L. E. *You can do it*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1980.
- Low, A. *Mental health through will training*. Boston: Christopher, 1952.
- Mahoney, M. Personal science: A cognitive learning therapy. In A. Ellis and R. Grieger (Eds.), *Handbook of rational-emotive therapy*. New York: Springer, 1977.
- Maleske, H. *Natural therapy*. Reseda, Calif.: Mojave Books, 1976.
- Marcus Aurelius. *The thoughts of the Emperor Marcus Aurelius*. Boston: Little, Brown, 1900.
- Maultsby, M. C., Jr. *Help yourself to happiness*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy, 1975.
- Maultsby, M. C., Jr. *A million dollars for your hangover*. Lexington, Ky.: Rational Self-Help Books, 1978.
- Maultsby, M. C., Jr. *Rational behavior therapy*. New York: John Wiley, 1983.
- Maultsby, M. C., Jr., & Ellis, A. *Technique of using rational-emotive imagery*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy, 1974.
- Maultsby, M. C., Jr., & Hendricks, A. *Cartoon booklets illustrating basic rational behavior therapy concepts*. Lexington, Ky.: Rational Behavior Training Unit, 1974.
- McMullen, R. E., & Casey, B. *Talk sense to yourself*. Champaign, Ill.: Research Press, 1975.
- Meichenbaum, D. *Cognitive-behavior modification*. New York: Plenum, 1977.
- Miller, J. *Headaches: The answer book*. Old Tappan, N. J.: Revell, 1983.
- Morris, K. T., & Kanitz, J. M. *Rational-emotive therapy*. Boston: Houghton-Mifflin, 1975.
- Nash, J. D. *Taking charge of your smoking*. Palo Alto, Calif.: Bull, 1981.
- Perls, F. S. *Gestalt therapy verbatim*. Lafayette, Calif.: Real People Press, 1969.
- Phadke, K. M. Some innovations in RET theory and practice. *Rational Living*, 1982, 17 (2), 25-30.
- Powell, J. *Fully human, fully alive*. Niles Ill.: Argus, 1976.
- Raimy, V. *Misconceptions of the self*. San Francisco: Jossey-Bass, 1975.
- Rotter, J. B. *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1954.
- Schutz, W. *Joy*. New York: Grove, 1967.
- Schwartz, D. *RE-Therapie: So wird man sein eigener Psychologe*. Landsberg am Lech, Germany: Wolfgang Dummer, 1981.
- Schwartz, R. M. Cognitive-behavior modification: A conceptual review. *Clinical Psychology Review*, 1982, 2, 267-293.
- Sichel, J., & Ellis, A. *RET self-help form*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy, 1983.

- Silverstein, L. *Consider the alternative*. Minneapolis, Minn.: Comp Care, 1977.
- Smith, D. Trends in counseling and psychotherapy. *American Psychologist*, 1982, 37, 802-809.
- Smith, M. *Why do I feel guilty when I say no?* New York: Dell, 1977.
- Sprenkle, D. H., Keeney, B. P., & Sutton, P. M. Theorists who influence clinical members of AAMFT: A research note. *Journal of Marital and Family Therapy*, 1982, 8, 367-369.
- Thoresen, E. H. *Learning to think: A rational approach*. Clearwater, Fla.: Institute for Rational Living, 1975.
- Tosi, D. J. *Youth: Toward personal growth*. Columbus, Ohio: Merrill, 1974.
- Walen, S., DiGiuseppe, R., & Wessler, R. *A practitioner's guide to rational-emotive therapy*. New York: Oxford, 1980.
- Wessler, R. A., & Wessler, R. L. *The principles and practice of rational-emotive therapy*. San Francisco: Jossey-Bass, 1980.
- Wolfe, J. L., & Brand, E. (Eds.). *Twenty years of rational therapy*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy, 1977.
- Young, H. *Rational counseling primer*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy, 1974.

2

La Terapia Racional-Emotiva y la Terapia Cognitivo- Conductual: similitudes y diferencias*

Albert Ellis

La Terapia Racional-Emotiva (RET) y la Terapia Cognitivo-Conductual (CBT) tienen similitudes y diferencias; y para disipar parte de la confusión existente a este respecto (Lazarus, 1979; Mahoney, 1979; Meichenbaum, 1979), intentaré presentar en este artículo un pequeño bosquejo sistemático de las principales. Dejenme primero decir lo que he intentado aclarar antes (Ellis y Whiteley, 1979): lo que yo he llamado RET general o no preferencial es sinónimo de CBT, mientras que lo que he llamado RET concreta difiere significativamente de la CBT en varios aspectos importantes.

Definiría la RET concreta como el tipo de Terapia Racional-Emotiva que los practicantes de la RET generalmente prefieren usar, especialmente con clientes relativamente inteligentes, neuróticos, y razonablemente bien motivados, debido a que piensan que es más efectiva, más completa, más duradera, y productora de un cambio de personalidad más «profundo» y «persuasivo» que la RET general. Es su terapia de *recambio*, y es un tipo de RET que a menudo prefieren *no* usar cuando las condiciones restringidas de terapia y/o los recursos limitados de los clientes la hacen imposible o nada práctica. La RET concreta es siempre una forma de RET general o CBT, pero estas últimas pueden, y a menudo lo hacen, incluir aspectos de aquella. Cuando en este capítulo me refiero a la RET sin artículo, solamente significa RET *concreta*; cuando me refiero a la CBT o RET *general* (que, de nuevo, veo como sinónimas), las veo en términos más genéricos de lo que potencialmente, pero no necesariamente, incluye la RET concreta. Permitanme ahora delimitar algunas diferencias significativas entre la CBT y la RET (concreta)

* Este capítulo apareció originalmente en *Cognitive Therapy and Research*, 1980, 4, 325-340.

bajo estos tres encabezamientos principales: diferencias cognitivas, afectivas y conductuales.

DIFERENCIAS COGNITIVAS ENTRE LA RET Y LA CBT

Algunas de las principales diferencias cognitivas entre la RET y la CBT incluyen las siguientes:

Enfasis Filosófico

La CBT por supuesto enfatiza los procesos cognitivos, pero no aporta un énfasis filosófico, como lo hace la RET. Meichenbaum (1977), uno de los primeros precursores de la CBT, incluye muchas técnicas, pero omite significativamente acentuar una perspectiva claramente filosófica. La RET, por el contrario, enfatiza que los hombres nacen (al igual que se educan) como filósofos (Ellis, 1962, 1973b) y por eso son científicos naturales (Kelly, 1955), creadores de un significado (Frankl, 1966), y usuarios de medios racionales para predecir el futuro (Friedman, 1975). Uno de sus objetivos principales, por consiguiente, es ayudar a los clientes a realizar un *profundo cambio filosófico* que afectará tanto a sus sentimientos y conductas futuras como a las presentes.

Por ello, la RET intenta ayudar a la gente a comprender y aceptar diversas ideas todavía revolucionarias en nuestra cultura: (1) generalmente (aunque no con exclusividad) *crean* sus propias perturbaciones emocionales pensando firmemente en creencias irracionales y absolutistas; (2) tienen una medida precisa de la auto-determinación o «libre albedrío», pueden *elegir* activamente perturbarse o no perturbarse a sí mismas; (3) para cambiar, tienen que *trabajar* lo más activamente posible modificando sus pensamientos, sentimientos y conductas; (4) si deciden cambiar profundamente su filosofía fundamental, pueden ayudar a modificar muchas de sus principales reacciones emocionales y conductuales; (5) generalmente encontrarán más sana una filosofía hedonista y productora de felicidad a largo plazo que una filosofía hedonista a corto plazo; y (6) es más fácil que una perspectiva científica les brinde una mayor salud y satisfacción emocional, que una no científica, devotamente religiosa y mística.

Como he mostrado (Ellis, 1962, 1971a, 1971b, 1973a, 1973c, 1974) y como ha enfatizado Raimy (1975), todas las técnicas de terapia, cuando son eficaces, probablemente funcionan debido a que los clientes, a sabiendas o no, cambian sus cogniciones, ideas, presupuestos o filosofías de base. La RET intenta específicamente ayudarles a ver cuales son sus perspectivas contraproducentes, para cuestionarlas y enfrentarse a ellas, y para abandonarlas por otras perspectivas de mayor autoayuda y productoras de felicidad. La CBT puede también incluir este enfoque filosófico de la RET, pero puede no hacerlo. En la RET, el cambio de personalidad es central más que opcional o periférico.

Perspectiva Humanista

La RET no solamente es filosófica, sino que incluye la específica perspectiva existencial-humanista de otras escuelas terapéuticas (Ellis, 1962, 1973b). En cierto

grado, incorpora el punto de vista de Alfred Adler, Kurt Goldstein, Karen Horney, Viktor Frankl, Carl Rogers, y otros teóricos humanistas. Esta perspectiva ve a las personas como holistas, a los individuos orientados hacia metas que tienen importancia en el mundo sólo porque son humanos y viven; las acepta incondicionalmente con sus limitaciones; y se centra particularmente en sus experiencias y valores, incluyendo sus potencialidades de auto-actualización. Al mismo tiempo la RET apoya el humanismo ético, la filosofía de la Asociación Humanista Americana, que anima a la gente a vivir de acuerdo con reglas que acentúan los intereses humanos por encima de los intereses de la naturaleza inanimada, de los animales inferiores, o de cualquier orden natural o deidad asumida. Esta perspectiva reconoce a la gente sólo como humana, y de ninguna forma como suprahumana o subhumana. Parte de la hipótesis de que la fé devota en entidades o poderes suprahumanos casi siempre conduce a una pobre salud emocional y a disminuir la felicidad a corto plazo. Aunque la CBT (como la terapia conductual o BT) está en general orientada de forma humanista, no tiene estrictamente por qué estarlo, mientras que la perspectiva humanista es intrínseca a la RET.

Metas y Objetivos

Mientras la RET, así como la CBT, está a menudo interesada, o al menos tratará de estarlo, en la desaparición de los síntomas, en primer lugar se esforzará en afianzar el cambio emocional y conductual. Trabaja —pero, por supuesto, no siempre lo logrará— por conseguir una *estructura* psicológica notablemente nueva por parte de los clientes que les capacitará no sólo para sentirse mejor y mitigar los síntomas que presentan, sino también para presentarles una perspectiva radicalmente revisada hacia todo lo *nuevo*, presente y futuro, situaciones que semiautomáticamente les ayudarán a dejar de frustrarse a sí mismos, en primer lugar, o a no frustrarse rápidamente, en segundo término.

Este nuevo punto de vista o *estructura cognitiva* por la que se esfuerza la RET incluye la adquisición por parte de los clientes de filosofías de interés en sí mismas, dirección propia, tolerancia consigo mismos y con los demás, aceptación de la incertidumbre, flexibilidad, pensamiento científico, riesgo y compromiso con los intereses vitales. (Ellis, 1973b, 1979a). La RET parte de la hipótesis de que si los clientes consiguen este tipo de perspectiva de cambio, se minimizará la creación de problemas «emocionales» en el presente y en el futuro.

Necesidad de Estimación Propia o de Ego

La RET difiere significativamente de la terapia de conducta, de la modificación de conducta cognitiva y de casi todas las otras terapias existencial-humanistas en que *no* defiende la propia estimación positiva, o que los clientes adquieran lo que a menudo se llama «confianza en sí mismos» o «autoestima». Como estas otras terapias, pone el énfasis en lo negativo de la autocondena o baja autoestima, pero toma la posición en cierto modo especial de que todas las valoraciones o evaluaciones del Ego tienden a ser erróneas e ilegítimas. Mantiene, sin embargo, que aunque la gente, biológica y socialmente tiende con fuerza a valorarse a sí misma

tanto como a sus actos y realizaciones, pueden aprender a omitir esa primera valoración o quedarse solamente con la segunda. Es decir, pueden establecer metas y valores y después valorar lo que hacen solamente en términos de si les ayuda o no a conseguir estas metas, sin llegar a dar ninguna valoración global de «sí mismos» por la consecución o no de tales metas. (Ellis, 1976a; Ellis y Abrahms, 1978; Ellis y Grieger, 1977; Ellis y Harper, 1975).

Varios tipos de CBT —entre las que se encuentran las técnicas de Goldfried y Davison (1976), Maultsby (1975), Meichenbaum (1977), y Rimm y Masters (1979)— enseñan estrategias de enfrentamiento racional, tales como, «Soy bueno porque existo» o «Incluso aunque falle, sigo siendo una buena persona». Pero el fundamento filosófico para mantener la creencia de que «No soy ni bueno ni malo, ni puedo legítimamente valorarme a mí mismo como persona como una única globalidad, incluso aunque alguno de mis rasgos sean buenos (eficaces) o malos (ineficaces) para alguno de mis principales propósitos», probablemente no puede mostrarse a los clientes sin un análisis muy sofisticado y un diálogo de tipo socrático que es innato a la RET.

Uso del Humor

La CBT, así como otros tipos de terapia —tal como la terapia de provocación de Farrelly y Brandsma (1974)— pueden incluir el humor, o reducir las ideas irracionales al absurdo, como método terapéutico. En principio, sin embargo, la RET parte de la hipótesis de que casi todos los trastornos neuróticos provienen de decir cosas demasiado seriamente —de exigir, imponer o *deber hacer* sobre las propias metas— y formula que uno de los principales antídotos contra este tipo de pensamiento irracional es el asiduo uso terapéutico del sentido del humor. Consecuentemente, la RET recalca (aunque no obliga) la utilización del humor, incluyendo la intención paradójica, el lenguaje evocativo, la ironía, el ingenio, las caricaturas y las canciones humorísticas racionales (Ellis, 1977a, 1977b).

Técnicas Anti-Necesidad Perturbadora

Los practicantes de la CBT —p.e., Beck (1976), Maultsby (1975), y Goldfried y Davison (1976)— a menudo emplean argumentos empíricos para mostrar a los clientes cómo abandonar sus percepciones erróneas de la realidad, e incluso Wolpe (1982) aboga por ayudar a los clientes a cambiar sus percepciones no realistas y antiempíricas. Yendo más allá de esto, no obstante, la RET parte de la hipótesis de que la mayoría de las afirmaciones antiempíricas por las que la gente se perturba se derivan de los *deberías* manifiestos o implícitos, de las premisas absolutistas en que los humanos *convierten* muchas situaciones y que después casi les obliga a percibir mal estos acontecimientos.

Así, si comienzas con la premisa irracional «No *tengo que* morir dramáticamente en un accidente de avión», tenderás a sacar diversas conclusiones antiempíricas fácilmente, tales como: (1) «Existen muchas posibilidades de que el avión en el que yo vuela tenga un accidente», (2) «Si tengo un accidente aéreo, ¡será horroroso! (es decir, más del cien por cien malo)» (3) «No puedo soportar ni tan

siquiera el pensamiento de volar» y (4) «Cualquier cosa que tenga que ver con aviones —incluso una foto— es tremendamente peligroso y horrible». Si, por el contrario, comienzas con la premisa racional «Naturalmente no quiero morir en un accidente de avión, pero si me pasa, pasó» será mucho más probable que no saques tales conclusiones antiempíricas y verás más fácilmente que existen pocas probabilidades de que mueras en un vuelo comercial (Ellis y Harper, 1975; Ellis y Whiteley, 1979).

Técnicas de Discusión

La RET, como la CBT, emplea muchos métodos cognitivos, entre los que se encuentran la enseñanza de autoestrategias racionales o de enfrentamiento, la distracción cognitiva, el paro de pensamiento, la biblioterapia, el análisis semántico, el modelado, la imaginación y la solución de problemas (Ellis, 1969, 1976, 1978; Ellis y Abrahms, 1978; Ellis y Grieger, 1977; Ellis y Knaus, 1977). Se especializa, sin embargo, considerablemente más que la CBT, en dos formas activas de discusión: (1) la discusión o debate vigoroso por parte del terapeuta del pensamiento irracional de los clientes y (2) que éste enseñe a los clientes a realizar sus propias autodiscusiones y autodebates, para que internalicen el cuestionamiento, el desafío y el método escéptico de la ciencia, y lo utilicen para abandonar sus cogniciones absolutistas presentes y futuras (Phadke, 1976).

Esto no quiere decir que la RET primaria o exclusivamente consiste en discutir con los clientes y en mostrarles cómo argumentar racionalmente con ellos mismos, lo que ha implicado erróneamente críticas como las de Lazarus (1979), Mahoney (1974, 1979), y Meichenbaum (1977, 1979). Frecuentemente, los practicantes de la RET apenas utilizan la discusión —como cuando ven a niños, individuos con retraso mental o psicóticos severos que difícilmente son aptos para los diálogos de tipo Socrático y a los que se llega más eficazmente enseñándoles estrategias de enfrentamiento racional. Mientras sea factible, sin embargo, la RET defiende la discusión activa por varias razones: (1) es un procedimiento muy democrático que permite adoctrinar a los clientes en las creencias «racionales» del terapeuta; (2) ayuda a los clientes a hacer sus propias generalizaciones que pueden inducirles a muchos y más profundos cambios emocionales y conductuales; (3) parece ayudar a los clientes no solamente a realizar sino también a mantener sus progresos (aunque esta hipótesis todavía necesita probarse más claramente); y (4) muestra a los clientes cómo discutir las irracionalidades de sus familiares, amigos, y conocidos, y frecuentemente ayuda a estas personas y a su relación con los clientes (Ellis, 1973, 1975).

Reconocimiento de los Métodos Cognitivos Paliativos

Como la CBT, la RET emplea muchos métodos de distracción cognitiva, tales como enseñar a los clientes a utilizar la técnica de relajación progresiva de Jacobson (1958) o la respuesta de relajación de Benson (1975). Todos estos métodos funcionan en el mismo sentido, ayudan a los clientes a frenar la ansiedad temporalmente y de esta forma facilitan el cambio conductual. La RET debido a que se centra en

las filosofías que a menudo fundamentan los métodos conductuales cognitivos, reconoce, sin embargo, que los métodos de distracción cognitiva son casi siempre paliativos porque desvían a la gente momentáneamente de sus perspectivas contraproducentes en lugar de ayudarles verdaderamente a abandonarlas. Además, existe el peligro de que, sintiéndose «bien» o «relajados» como consecuencia de emplear la distracción cognitiva, muchos clientes pueden dejar de trabajar en sus creencias irracionales subyacentes y pueden, por lo tanto, evitar realizar los verdaderos cambios para los que están capacitados. Los practicantes de la RET, por lo tanto, utilizan los métodos de distracción con precaución, a veces omitiéndolos deliberadamente, y animando a los clientes a emplearlos *añadidos* a métodos de terapia cognitivo-conductual más penetrantes y profundos.

Métodos de Solución de Problemas

Mientras que la CBT hace hincapie en el uso de métodos de resolución de problemas en el tratamiento (D'Zurilla y Goldfried, 1971; Haley, 1977; Spivack, Platt, y Shure, 1976), la RET desaprueba tales métodos en lo que llama A (Experiencias activadoras en la vida de los clientes) hasta *después de* o al menos *junto con* el trabajo de los clientes por minar y cambiar B (sus creencias irracionales sobre lo que está ocurriendo en A). Así, si en el punto A (experiencia activadora) tu pareja está dándote un mal rato, y estás indeciso en el punto C (consecuencia afectiva o conductual) sobre si abandonarlo o no, una solución típica de la CBT a este problema será discutir entre la figura del terapeuta y tú cómo puedes cambiar a tu pareja, reorganizar las condiciones bajo las que tu funcionaría con él o ella, formar una nueva pareja con algún otro, etcetera. Por el contrario la RET explorará primero lo que te estás diciendo a tí mismo —en B, tu sistema de creencias— para hacerte dudar a tí mismo, y para que cambies tales creencias irracionales como «¡Debo tomar una decisión perfecta, sino soy despreciable!» «¡No puedo tomar una decisión desventajosa!» y «¡Es horroroso si pierdo definitivamente a mi pareja!».

Una vez se te ha ayudado a ver claramente y después de abandonar estas irracionalidades básicas, la RET intentará ayudarte a encontrar la mejor solución que exista para las dificultades con tu pareja en el punto A. La gente con problemas casi siempre tiene, primero, problemas prácticos (por ejemplo: «¿Cómo puedo marchar mejor con mi pareja?») y los problemas emocionales, o los problemas *acerca* de los problemas (por ejemplo: «¿Cómo puedo negarme a deprimirme seriamente o a enfadarme conmigo mismo, si el problema con mi pareja nunca se resolverá?»). Mientras que la CBT a menudo se concentra en la solución del problema práctico, la RET se centra más a menudo en resolver el problema emocional *acerca* del problema práctico, y después (si se requiere) ayudar al cliente con la dificultad original.

El Concepto de Ansiedad Perturbadora

Muchas psicoterapias, incluidas la CBT y la RET, tratan a menudo con la ansiedad del yo de los clientes: su auto-descalificación con seres humanos totales

cuando actúan incompetentemente y/o son desaprobados por otros significativos. La RET, además, hace un esfuerzo especial para trabajar con la ansiedad perturbadora y la baja tolerancia a la frustración de los clientes. La ansiedad perturbadora es hipertensión emocional que surge cuando la gente siente (1) que está amenazada su vida o bienestar, (2) que *no deben* sentirse incómodos y *tienen que* sentirse a gusto, y (3) que es horroroso o catastrófico (más que meramente inconveniente o desventajoso) cuando no consiguen lo que supuestamente deben (Ellis, 1978).

Mientras trata con la ansiedad del yo activa y directamente, la RET busca deliberadamente manifestaciones de ansiedad perturbadora y saca a la luz y discute las irracionalidades que se esconden detrás de ella. A causa de su filosofía básica de hedonismo a largo plazo más que a corto plazo, tiende a ser más específica y enérgica enemiga de la baja tolerancia a la frustración de lo que lo son otras formas más generales de CBT.

Síntomas Secundarios de la Perturbación

La teoría de la RET afirma que no solamente la gente se dice a sí misma creencias irracionales básicas (B) sobre las experiencias activadoras (A) de sus vidas y por lo tanto producen consecuencias perturbadoras emocionales y conductuales (C), sino que, además, debido a que los seres humanos tienen una pronunciada tendencia bio-social a observar y evaluar prácticamente cualquier cosa de sus vidas, incluyendo sus reacciones emocionales, también ven, estiman y piensan sobre sus conductas y sentimientos perturbados. En el proceso de *necesidad*-perturbadora sobre sus síntomas primarios, a menudo crean síntomas secundarios, o ¡perturbación sobre su perturbación! Por ejemplo, diciéndote a tí mismo: «¡Debo tener éxito en esta tarea!» puedes crearte ansiedad; y convenciéndote de que «No debería ponerme ansioso» puedes producir el síntoma secundario de la ansiedad sobre la ansiedad. Puedes también, a veces, proseguir a un tercer nivel: ¡ponerte ansioso por estar ansioso de tener ansiedad!

La RET, más que la CBT, busca específicamente los síntomas secundarios y terciarios de la perturbación, enseña a los clientes a ver cómo crean estos síntomas, y señala lo que pueden hacer para eliminar los síntomas primarios, secundarios y terciarios. Especialmente en el caso de fobias serias, como la agorafobia, la RET trabaja con el miedo original, en concreto, el miedo del miedo: el horror *sobre* el miedo original (Ellis, 1979a).

Selectividad de las Técnicas

Como la CBT, la RET es excepcionalmente escogida en sus métodos de tratamiento y aunque fomenta lo cognitivo, también intenta animar el cambio de personalidad a través de métodos afectivos y conductuales, reconociendo que, si la gente se fuerza a sí misma a actuar y/o sentir de forma diferente, a menudo, llegarán a una modificación cognitiva (Ellis, 1968, 1970, 1979b; Wolfe y Fodor, 1977). La RET, sin embargo, presupone que el *rendimiento* es un aspecto importante de la terapia, y que para alcanzar la máxima eficacia y el mínimo perjuicio para sus clientes, es mejor que los terapeutas sean muy selectivos más que indiscriminadamente eclécticos en el uso de diversas metodologías.

Siguiendo su filosofía de eficacia terapéutica la RET fomenta la desensibilización *in vivo* y la asignación de tareas implosivas, y presupone que generalmente darán lugar a cambios filosóficos más profundos y duraderos de lo que produciría la desensibilización gradual y/o imaginativa. También minimiza el uso de la catarsis y abreacción de la ira, porque asume que estas técnicas ayudan a la gente a sentirse mejor de forma inmediata pero a largo plazo se sienten peor porque les anima a reafirmar cognitivamente una filosofía de violencia mientras están «descargando» su ira.

La RET también evita la utilización de técnicas transpersonales, místicas y religiosas debido, de nuevo, a que estos métodos pueden ayudar a veces a algunos clientes a vivir «mejor» con sus pensamientos perturbados, pero al mismo tiempo interfiere con el pleno desarrollo de las actitudes flexibles, abiertas y científicas con las que, de acuerdo con la RET, son características esenciales de la salud mental óptima y que la RET defiende (Ellis, 1970, 1972). La RET, entonces, debido a sus supuestos básicos sobre lo que constituye realmente la salud y la perturbación emocional, es más selectiva en la elección de métodos terapéuticos que la CBT general. (Permitásemse señalar, de pasada, que una de las principales diferencias entre la RET y la terapia multimodal de Lazarus (1976) es que ésta última a veces de una forma compulsiva utiliza todas las técnicas importantes del modelo conductual con prácticamente todos los clientes todas las veces, mientras la RET utiliza más selectivamente alguna de estas técnicas de la CBT con algunos de los clientes algunas veces).

DIFERENCIAS AFECTIVAS ENTRE LA RET Y LA CBT

En principio, la RET casi invariablemente emplea métodos de psicoterapia afectivos y conductuales y siempre lo ha hecho así. Debido a que es insólito en su énfasis en los métodos cognitivo-rationales y es de alguna forma diferente en este aspecto a la mayoría de otras formas de terapia, la llamé originalmente RT o Terapia Racional (Ellis, 1957, 1958, 1975), pero lo cambié pronto a RET o Terapia Racional-*Emotiva* cuando comprendí que el nombre original estaba siendo criticado por verlo exclusivamente (más que en gran medida) en términos racionales (Ellis y Harper, 1961).

Como ya se ha señalado, la RET no es un enfoque de terapia meramente pragmático que emplea todas y cada una de las técnicas que «funcionan» o que dan buenos y probados resultados; es también una teoría o sistema filosófico de la naturaleza humana y del cambio de personalidad. Mientras esta teoría parece válida, los practicantes de la RET la siguen ampliamente (aunque espero que no de forma rígida) en su trabajo con los clientes. Alguno de los dogmas principales de esta teoría son los siguientes: (1) Los seres humanos se perturban a sí mismos por razones tanto biológicas como sociales y ambientales, debido a que están predispuestos de manera fácil y natural a pensar deformadamente, sentir inapropiadamente y actuar disfuncionalmente con respecto a sus propias metas y valores. (2) Una vez que adquieren o inventan los pensamientos irracionales, se aferran fuerte y poderosamente a ellos y tienen gran dificultad para dejarlos. (3) Debido a que sus cogniciones, afectos y acciones interactúan y transaccionan significativamente unos con otros, sólo un enfoque de terapia multifacético cognitivo-emotivo-conductual

les ayudará a vencer sus síntomas neuróticos, a mantener su salud emocional, y será importante para prevenir que se perturben de nuevo en el futuro. (4) La madurez emocional y la eficacia conductual consiste en gran medida en metas individualistas de deseos, anhelos y preferencias de auto-elección más que necesidades, cosas imprescindibles o *necesidades*-perturbadoras acerca de aquellas metas. (5) Los métodos de cambio de personalidad eficaces —con lo cual queremos decir los más rápidos, más simples, más a largo plazo, y más completos— son generalmente preferibles a los recursos menos eficaces. Debido a que se basa en teorías como estas —la mayor parte de las cuales o todas pueden, desde luego, ser revisadas o abandonadas posteriormente— la RET fomenta ciertas técnicas afectivas y no favorece otros métodos afectivos de terapia, mientras que la CBT es menos selectiva en este aspecto. A continuación señalamos algunos ejemplos.

Discriminación de las Emociones Apropriadas de las Inapropiadas

En especial la RET distingue entre emociones negativas como el dolor, el remordimiento, la frustración, la molestia, que son consecuencia de que la gente no consiga lo que *desea* y que les impulsa a intentar cambiar una situación no deseada o molesta por una mejor; y las emociones negativas como la depresión, el pánico, la rabia y los sentimientos de inadecuación, que siguen (presuponemos) de que la gente no consiga lo que irracionalmente piensa que *necesitan* o *deberían tener*, que interfiere con su acción y motivación constructiva y generalmente sabotea sus deseos. A diferencia de muchos practicantes experienciales y de la CBT, los terapeutas racional-emotivos no aceptan una emoción como «buena» simplemente porque existe, es genuina y tiene un cierto grado de intensidad. Por el contrario la RET define específicamente las emociones «saludables» en términos de las metas y valores de los clientes, y no de una forma abstracta por derecho propio. Así, muchos seguidores de la CBT —por ejemplo, Beck (1976)— piensan en la depresión como tristeza extrema, y ven tanto a la tristeza extrema como a la depresión como síntomas perjudiciales. Pero la RET ve a las personas deprimidas como dominadas por la idea de que su extrema tristeza (que puede estar basada en una pérdida real y por tanto ser totalmente legítima) no *debe* existir y que en consecuencia están deprimidos ilegítimamente. Por consiguiente intenta ayudar a tales individuos a permanecer apropiadamente tristes, pero abandonando sus sentimientos de depresión inapropiados y contraproducentes.

Trabajar Directamente con y sobre las Emociones

Al igual que la CBT, la RET utiliza muchos ejercicios evocativo-emotivos que dan a los clientes una oportunidad de reconocer, ponerse en contacto, trabajar sobre, y cambiar sus sentimientos inapropiados por apropiados. En particular emplea mi versión de las imaginaciones racional-emotivas de Maultsby (Maultsby, 1971, 1975; Maultsby y Ellis, 1974), en las que se invita a los clientes a imaginar intensamente una de las cosas posiblemente peores que podrían suceder, para permitirles sentirse fuertemente ansiosos, deprimidos, o enojados, y para trabajar directamente en el cambio de estos sentimientos hacia aquellos de dolor, frustración

o incomodidad. También, mucho más de lo que lo hace la CBT, crea y utiliza algunas técnicas de encuentro y maratón (Ellis, 1977c, d; Ellis y Whiteley, 1979; Wolfe y Fodor, 1977).

Al mismo tiempo, la RET elude muchos procedimientos emotivos, tales como las técnicas reichianas, gestálticas, bioenergéticas y primarias, que algunos practicantes de la CBT (por ejemplo Palmer, 1973) utilizan, porque estos procedimientos con frecuencia ayudan a exacerbar más que a mejorar los sentimientos que la RET ve como inapropiados, tales como la ira y la «auto-estima».

Procedimientos de Relación

La RET, la CBT, y la mayoría de las demás formas de psicoterapia incluyen algún tipo de relación entre el terapeuta y los clientes, pero la RET tiende a ser más selectiva en este aspecto y enfatiza la *aceptación* del terapeuta más que *dar calidez y aprobación* a los clientes y hace hincapié en enseñarles la filosofía de la auto-aceptación. Aunque los practicantes de la RET pueden, si lo desean, dar a sus clientes empatía, simpatía, calidez e incluso afecto, tienden a hacerlo con extrema precaución, reconociendo que la expresión de estos sentimientos por parte del terapeuta puede fácilmente conseguir el efecto opuesto y ayudar a que los clientes piensen que son «buena gente» *porque* el terapeuta les aprueba y les quiere. Los clientes así tienden a adquirir una auto-aceptación condicional más que *incondicional*, y es ésta última la que la RET fomenta.

Intervenciones Fuertemente Emotivas

Debido a que teoriza que los seres humanos están en gran parte predisuestos biológicamente a perturbarse a sí mismos y perpetuar su propio pensamiento, emoción y conducta disfuncionales y que tienen gran dificultad para cambiar y mantener ese cambio de sus reacciones emocionales auto-destructivas, la RET mantiene que a menudo es importante para el terapeuta usar mucha fuerza o vigor para interrumpir las filosofías y conductas de sus clientes (Ellis, 1979b). Consecuentemente, la RET emplea estrategias de enfrentamiento racional extraordinariamente fuertes con una poderosa calidad afectiva, utilizando ejercicios de role-playing, como el famoso ejercicio de ataque de la vergüenza, para inducir a muchos clientes a inundarse de sentimientos positivos o negativos que puedan ser útiles terapéuticamente (Ellis, 1974; Ellis y Abrahams, 1978). La CBT puede, por supuesto, emplear el mismo tipo de intervenciones fuertemente emotivas utilizadas en la RET, pero tiende a hacerlo con menos frecuencia y por motivos pragmáticos más que teóricos.

DIFERENCIAS CONDUCTUALES ENTRE LA RET Y LA CBT

Tanto la CBT como la RET incluyen un amplio rango de procedimientos conductuales; de hecho utilizan casi todos los procedimientos comunes que se utilizan en la terapia conductual general. Sin embargo, debido al mismo tipo de

presupuestos teóricos y filosóficos mencionados anteriormente, la RET es de nuevo más selectiva en este aspecto. Así toma en consideración pocos métodos conductuales, mientras ignora o no hace hincapié en otros.

Reservas sobre el Condicionamiento Operante

Aunque la RET a menudo utiliza el condicionamiento operante (Ellis, 1969, 1973a; Ellis y Abrahams, 1978), tiene una visión algo excéptica sobre la efectividad del refuerzo social, especialmente de las palabras de afecto y aliento del terapeuta cuando los clientes hacen las cosas «bien». Si yo, como tu terapeuta, te digo «¡Fenomenal!» o «¡Me gusta esto!» cuando traes hechas las tareas asignadas de la RET, puedes comenzar a hacerlas principalmente por mí y por la frase que te he dicho más que por sus premios intrínsecos. También puedes concluir falsamente, «Como estoy haciéndolo tan bien en esta terapia, y como le gusto al Dr. Ellis por traerlas satisfactoriamente, ¡soy una buena persona!». Puedes en consecuencia darte consideración o aceptación positiva condicional más que incondicional y sentirte mejor pero permanecer básicamente tan perturbado como siempre.

De acuerdo con la teoría de la RET, la mayoría de la gente —y especialmente la mayoría de la gente perturbada— es siempre, debido a su naturaleza biológica y a su educación (refuerzo) social, *demasiado* reforzable, *demasiado* condicionable, y *demasiado* sugestionable. Hacen con demasiada facilidad las cosas «bien» por razones equivocadas. Por consiguiente, la RET es una de las pocas terapias conductuales que intenta conscientemente ayudar a los clientes a adquirir una perspectiva filosófica básica no dependiente, individualista y no conformista al máximo. Aunque a menudo (con fines prácticos) adopta los métodos skinnerianos, también mantiene una perspectiva individualista-humanista fundamental que anima a los clientes a ser menos condicionables por influencias exteriores (sociales) y más condicionables y controlados por sí mismos. Desde este punto de vista, es de nuevo más selectiva en su uso de técnicas de lo que tienden a ser algunos de los otros tipos de la CBT.

Uso del Castigo

Aunque numerables estudios tienden a mostrar que reforzar a las personas por sus conductas «buenas» funciona mejor que castigarlas por sus conductas «malas» (Skinner, 1971), yo no he encontrado que esto sea una verdad consistente en la práctica clínica, especialmente con adultos C. D. (¡Clientes difíciles!) cuyos grados de trastorno emocional y sobre todo su tremendamente baja tolerancia a la frustración, casi les fuerza a buscar placeres inmediatos más que ganancias a largo plazo. La práctica de la RET ha descubierto que estos individuos a menudo no cambian su conducta disfuncional a menos que se den a sí mismos un castigo inmediato y algo drástico inmediatamente después de repetir esta conducta. Así los fumadores empedernidos con frecuencia no dejarán de fumar si, dicen, se refuerzan con un alimento agradable cada vez que desisten de fumar. Más bien, encuentran, por razones físicas y psicológicas, que los cigarrillos son tan «recompensantes» que la comida no encuentran que sea reforzante. Pero si se castigan

severamente cada una de las veces que fuman, digamos, quemando un billete de 5.000 Ptas (¡encendiendo el cigarrillo con él!), generalmente dejarán de fumar del todo ¡rapidamente!

Sobre la base de éstas y otras observaciones similares respecto a la baja tolerancia a la frustración de la gente, la teoría de la RET expone que frecuentemente los seres humanos mantienen y consienten con fuerza ideas irracionales, como la idea de que difícilmente pueden dejar de fumar, de tal modo que se requiere una intervención muy fuerte emotivo-conductual, tal como darse fuertes castigos inmediatos siempre que se entregan a actividades disfuncionales, para ayudarles a que no hagan propaganda de estas irracionalidades. Mientras que la CBT y la BT por lo tanto tienden a poner énfasis en métodos de refuerzo conductuales, la RET más a menudo utiliza el auto-castigo.

La Desensibilización *In Vivo*

Hoy la BT y la CBT a menudo usan la desensibilización *in vivo* más que la desensibilización sistemática de Wolpe, que generalmente se hace de forma imaginativa (Emmelkamp, Kuipers y Eggeraat, 1978; Wolpe, 1958, 1982). La RET, sin embargo, siempre ha fomentado la asignación de tareas de desensibilización *in vivo* y lo hace más que la CBT general (Ellis, 1962, 1979b). He aquí las dos principales asignaciones de tareas utilizadas en la RET: (1) A las personas que innecesariamente temen hacer ciertas cosas, como subir en un ascensor o encontrarse a miembros del otro sexo, se les urge a hacerlo muchas veces, y preferiblemente en un corto periodo de tiempo. (2) Se anima a los clientes con baja tolerancia a la frustración y que eluden las situaciones difíciles a sentirse mejor (por ejemplo, dejar un trabajo desagradable o negarse a visitar a familiares difíciles) a permanecer en estas situaciones hasta que superen su baja tolerancia a la frustración o ansiedad perturbadora. Entonces quizá se les pueda animar a dejar estas situaciones.

Terapia Implosiva o de Inundación

Debido a la suposición de que la interrupción dramática de las creencias irracionales es a menudo más efectiva que la interrupción gradual y menos dramática de estas creencias, la RET tiende mucho más que la CBT a fomentar la terapia implosiva o de inundación. Anima a los individuos con problemas a comprometerse —repentina, implosiva y repetitivamente— en la conducta «peligrosa» o «fóbica», no meramente a desensibilizarse del «dolor» de experimentar este tipo de acción sino también a chocar con sus ideas irracionales de que ellos *no pueden* realizar esta conducta, que les *destruirá* si lo hacen, que es *demasiado* doloroso sufrirlo, etcétera.

Procedimientos de Entrenamiento en Habilidades

Tanto la RET como la CBT emplean una gran cantidad de procedimientos de entrenamiento en habilidades, como el entrenamiento en asertividad, relaciones

personales, y habilidad sexual, pero la RET también subraya las limitaciones del entrenamiento en habilidades cuando es usada principalmente con el derecho propio y no incluye un cambio básico en las creencias irracionales de los clientes (Ellis, 1977d). Los practicantes de la RET, cuando utilizan el entrenamiento en habilidades, hacen hincapié con fuerza en que la gente abandone primero sus irracionalidades básicas, especialmente el horror al fracaso y la suma necesidad de la aprobación de los otros que bloquea que adquieran asertividad, habilidad sexual y otras estrategias. Aprenden entonces las habilidades por sí mismos. (Lange y Jakubowski, 1976; Wolfe y Fodor, 1975, 1977). El enfoque de la RET a este aspecto tiene un énfasis diferente del usado por otros muchos practicantes de la CBT. (Lieberman, King, DeRisi y McCann, 1977; Masters y Johnson, 1970).

CONCLUSION

He intentado delinear en este artículo algunas de las principales diferencias entre la terapia conductual cognitiva (CBT) o RET general, que veo cómo sinónimas, y la RET especializada o concreta, y delinear la algo distinta teoría y práctica de esta última forma de psicoterapia. No he cubierto de ningún modo todas las posibles diferencias entre estos dos métodos de terapia que se solapan, pero me he concentrado en las importantes que en este momento me han venido a la mente. Una de mis principales hipótesis es que el uso sistemático de la CBT o RET general será más efectiva para más clientes las más de las veces que cualquier forma de tratamiento que se centre exclusivamente en métodos cognitivos, afectivos o conductuales. Pero también presupongo que la RET, cuando es definida como en este capítulo y cuando es usada en su forma concreta, también demostrará más efectividad que la CBT (o que la RET general) para más clientes las más de las veces. Todavía no se han hecho estudios para probar esta hipótesis, y será interesante ver lo que dirán los resultados de tales estudios.

REFERENCIAS

- Beck, A. T. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press, 1976.
- Benson, H. *The relaxation response*. New York: Morrow, 1975.
- D'Zurilla, T., & Goldfried, M. Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 1971, 78, 109-126.
- Ellis, A. Outcome of employing three techniques of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 1957, 13, 334-350.
- Ellis, A. Rational psychotherapy. *Journal of General Psychology*, 1958, 59, 35-49.
- Ellis, A. Razón y emoción en psicoterapia. Bilbao. Desclée De Brouwer, 1975.
- Ellis, A. What really causes therapeutic change? *Voices*, 1968, 4 (2), 90-97.
- Ellis, A. A cognitive approach to behavior therapy. *International Journal of Psychiatry*, 1969, 8, 896-900.
- Ellis, A. The cognitive element in experiential and relationship psychotherapy. *Existential Psychiatry*, 1970, 28, 35-52.
- Ellis, A. What does transpersonal psychology have to offer to the art and science of psychotherapy? *Voices*, 1972, 8 (3), 10-20. (Revised version: *Rational Living*, 1973, 8 (1), 20-28).

- Ellis, A. Are cognitive behavior therapy and rational therapy synonymous? *Rational Living*, 1973, 8 (2), 8-11. (a)
- Ellis, A. *Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach*. New York: Crown: McGraw-Hill Paperbacks, 1973. (b)
- Ellis, A. *How to stubbornly refuse to be ashamed of anything*. Cassette recording. New York: Institute for Rational Living, 1974.
- Ellis, A. How to live with a «neurotic» (Rev. ed.). New York: Crown, 1975. (Originally published, 1957).
- Ellis, A. *RET abolishes most of the human ego*. New York: Institute for Rational Living, 1976.
- Ellis, A. *Discomfort anxiety: A new cognitive-behavioral construct*. Cassette recording. New York: BMA audiotapes, 1978.
- Ellis, A. A note on the treatment of agoraphobics with cognitive modification versus prolonged exposure *in vivo*. *Behaviour Research and Therapy*, 1979, 17, 162-164. (a)
- Ellis, A. The use of force in psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 1979, 10, 83-97. (b)
- Ellis, A., & Abrahms, E. *Brief psychotherapy in medical and health practice*. New York: Springer, 1978.
- Ellis, A., & Grieger, R. *Manual de terapia racional emotiva*. Bilbao. Desclée De Brouwer, 1985.
- Ellis, A., & Harper, R. A. *A guide to rational living*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1961.
- Ellis, A., & Harper, R. A. *A new guide to rational living*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall; Hollywood: Wilshire Brooks/Cole, 1975.
- Ellis, A., & Knaus, W. *Overcoming procrastination*. New York: Institute for Rational Living, 1977.
- Ellis, A., & Whiteley, J. M. (Eds.). *Theoretical and empirical foundations of rational emotive therapy*. Monterey, Calif.: Brooks/Cole, 1979.
- Emmelkamp, P. M. G., Kuipers, A. C. M., & Eggeraat, J. B. Cognitive modification versus prolonged exposure *in vivo*: A comparison with agoraphobics as subjects. *Behaviour Research and Therapy*, 1978, 16, 33-41.
- Farrelly, F., & Brandsma, J. *Provocative therapy*. Millbrae, Calif.: Celestial Arts, 1974.
- Frankl, V. E. *Rational behavior*. Columbia, S. C.: University of South Carolina Press, 1975.
- Goldfried, M. R., & Davison, G. S. *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1976.
- Haley, J. *Problem-solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass, 1977.
- Horney, K. *Collected writings*. New York: Norton, 1965.
- Jacobsen, E. *You must relax*. New York: Pocket Books, 1958.
- Kelly, G. *The psychology of personal constructs*. New York: Norton, 1955.
- Lange, A., & Jakubowski, P. *Responsible assertive behavior*. Champaign, Ill.: Research Press, 1976.
- Lazarus, A. A. *Multimodal therapy*. New York: Springer, 1976.
- Lazarus, A. A. A critique of rational-emotive therapy. In A. Ellis & J. M. Whiteley (Eds.), *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy*. Monterey, Calif.: Brooks/Cole, 1979.
- Lieberman, R. P., King, L. W., DeRisi, W. J., & McCann, M. *Personal effectiveness*. Champaign, Ill.: Research Press, 1977.
- Mahoney, M. *Cognition and behavior modification*. Cambridge, Mass.: Ballinger, 1974.
- Mahoney, M. A critical analysis of rational-emotive therapy and practice. In A. Ellis & J. M. Whiteley (Eds.), *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy*. Monterey, Calif.: Brooks/Cole, 1979.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown, 1970.

- Maultsby, M. C., Jr. Rational emotive imagery. *Rational Living*, 1971, 6 (1), 24-27.
- Maultsby, M. C., Jr. *Help yourself to happiness*. New York: Institute for Rational Living, 1975.
- Maultsby, M. C., Jr., & Ellis, A. *Technique for using rational emotive imagery*. New York: Institute for Rational Living, 1974.
- Meichenbaum, D. *Cognitive behavior modification*. New York: Plenum, 1977.
- Meichenbaum, D. Dr. Ellis, please stand up. In A. Ellis & J. M. Whiteley (Eds.), *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy*. Monterey, Calif.: Brooks/Cole, 1979.
- Palmer, R. D. Desensitization of the fear of expressing one's own inhibited aggression: Bioenergetic assertive techniques for behavior therapists. *Advances in Behavior Therapy*, 1973, 4, 241-253.
- Phadke, K. M. *Bull fighting: A royal road to mental health and happiness*. Unpublished manuscript, Bombay, India, 1976.
- Raimy, V. *Misunderstandings of the self*. San Francisco: Jossey-Boss, 1975.
- Rimm, D. C., & Masters, J. C. *Behavior therapy* (Rev. ed.). New York: Academic Press, 1979. (Originally published, 1974)
- Skinner, B. F. *Beyond freedom and dignity*. New York: Knopf, 1971.
- Spivack, G., Platt, J., & Shure, M. *The problem solving approach to adjustment*. San Francisco: Jossey-Bass, 1976.
- Wolfe, J., & Fodor, I. G. A cognitive/behavior approach to modifying assertive behavior in women. *Conseling Psychologist*, 1975, 5, 45-52.
- Wolfe, J. L., & Fodor, I. G. Modifying assertive behavior in women. A comparison of three approaches. *Behavior Therapy*, 1977, 1, 567-574.
- Wolpe, J. *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Bilbao. Desclée De Brouwer, 1975.
- Wolpe, J. *The practice of behavior therapy* (3rd ed.) New York: Pergamon, 1982.

3

Tipos de Cogniciones en las Psicoterapias de Orientación Cognitiva*

Richard L. Wessler

Los enfoques de la terapia psicológica de orientación cognitiva están basados en el supuesto central de que «los conceptos erróneos aprendidos (o creencias incorrectas, o ideas erróneas) son las variables cruciales que deben modificarse antes de que la terapia pueda tener éxito» (Raimy, 1975, p. 186). He elegido el término *psicoterapias de orientación cognitiva* como etiqueta para los diversos enfoques psicológicos de explicación y tratamiento que comparten estos supuestos teóricos. Entre los enfoques que se encuentran bajo esta etiqueta están los de Ellis, Beck, Mahoney, Maultsby, Raimy, Kelly y Bandura. Excluyo aquellos enfoques que emplean las cogniciones para controlar la conducta sin atribuir importancia a las cogniciones en la creación de emociones y conductas.

El propósito de este capítulo es mostrar el rol de los diferentes tipos de cogniciones en la comprensión de las emociones y conductas, y delinear qué tipos de cogniciones son importantes para provocar el cambio terapéutico.

Las principales figuras en las psicoterapias de orientación cognitiva han usado el término *cognición* para referirse a cada una de las diferentes actividades mentales. Las cogniciones incluyen conceptos e ideas (Raimy, 1975), significados (Beck, 1976), imágenes (Lazarus, 1978), y creencias (Ellis, 1962). Cada autor ha asignado gran importancia a un tipo de cognición sin excluir necesariamente a las otras. Por tanto, existen algunas diferencias en las teorías de la perturbación que cada uno ha propuesto y en la identificación de las cogniciones cruciales que han de ser el objetivo de la intervención. Existen también diferencias en los procedimientos terapéuticos, pero éstos, en mi opinión, no proceden de las teorías de la perturbación sino de las convicciones sobre cual creen que son los mejores caminos para cambiar las cogniciones desadaptadas.

* Este capítulo apareció originalmente en *Rational Living*, 1982, 17, 3-10.

Una simple taxonomía de las cogniciones puede clarificar algunas de las principales diferencias en el énfasis entre las psicoterapias de orientación cognitiva. La taxonomía que propongo consta de cinco dimensiones: evaluativo-no evaluativo; general-específico; consciente-no consciente; exacto-inexacto; y decisiones.

EVALUATIVO-NO EVALUATIVO

Cualquier clasificación de las cogniciones debe reconocer una distinción fundamental usada en la investigación de actitudes, entre el conocimiento y la valoración. Hablando estrictamente, el término *cognición* se refiere a la actividad mental del conocimiento. Por ejemplo, la frase «Portugal es una nación soberana» es una cognición, una frase de conocimiento. Pero el «conocimiento» puede también ser incorrecto; por ejemplo, «Portugal es parte del continente asiático».

El acto mental de la valoración añade información evaluativa a lo que uno supone que es verdad. La frase «Portugal es bellísima» no es una afirmación de hecho; es una valoración. La frase en realidad lo que significa es «Me gusta el paisaje de Portugal», ya que las personas a menudo expresan valoraciones en las frases en las que atribuyen belleza o bondad a una cosa o suceso, más que utilizar los pronombres personales, como en «Yo juzgo que esta cosa es bonita» o «Esta vista encaja con *mi idea* de belleza». En mayor medida la confusión surge cuando un hablante combina conocimiento y valoración en una sola frase: «Portugal es un bonito país».

Hace unos 30 años, Abelson (1958) utilizó los términos cogniciones *frías* y *calientes* para hablar de la distinción entre valoraciones (calientes) y conocimiento (frío) de hechos supuestos. Zajonc (1980) reestableció estos términos en un artículo que suscitó algunas reacciones contrarias debido a que usó el término *afecto* para referirse a valoración, una práctica común en psicología social. El artículo de Zajonc, que ofrece fuerte apoyo indirecto a las terapias de orientación cognitiva, defiende que el afecto (valoración) es posible sin la cognición (conocimiento); uno puede valorar una cosa o suceso sin conocer lo que es, porque el conocimiento parcial e incluso incorrecto es suficiente para iniciar un proceso de valoración.

El pensamiento fuertemente evaluativo es el elemento principal de las emociones, de acuerdo con Ellis (1962). Las emociones, entonces pueden entenderse por la manifestación de las cogniciones calientes asociadas con ellas. Desgraciadamente, muchas cogniciones calientes no se expresan explícitamente sino que están contenidas dentro de lo que parece ser una cognición fría, por ejemplo, «Pienso que fracasará si intento una nueva tarea». En este ejemplo, el hablante puede (o no) valorar el fracaso como negativo, o si es negativo en que grado (leve, moderado o fuerte), o como mezcla (valoraciones algo negativas y algo positivas del fracaso en una determinada tarea). Si uno atiende solamente a la exactitud de la cognición fría, uno pierde el componente de la frase que la hace activa en un proceso emocional.

Parece apropiado que uno no valore una cognición fría que cree que es falsa. Mientras los humanos pueden imaginar toda suerte de cosas, solamente aquellas que parecen posibles —por muy pequeña que parezca la posibilidad— suscitan emociones. Incluso la más remota posibilidad puede suscitar emoción si las cogniciones calientes sobre ellas son lo suficientemente fuertes. Por ejemplo, la escasa

posibilidad de que un avión pueda chocar es suficiente para producir una respuesta emocional, proporcionada como consecuencia de que es evaluada como extremadamente negativa. Esta puede ser una razón por la que el hecho de convencer suficientemente a alguien de la baja probabilidad de que ocurra tal suceso es insuficiente para reducir el miedo sobre ese suceso. Las fobias no son resultado solamente de las cogniciones frías. El enfoque psicoterapéutico de Ellis hace hincapié en las cogniciones calientes, que reciben menos atención en otras psicoterapias de orientación cognitiva.

Hay un número de cogniciones frías que se discuten en las psicoterapias de orientación cognitiva. Entre éstas están la anticipación de sucesos (Kelly, 1955), las expectativas (Rotter, 1954), la anticipación del resultado (Bandura, 1969), y los pronósticos: «Una característica única de los seres humanos es que sus representaciones mentales del futuro afectan poderosamente a su estado de bienestar en el presente. (Frankl, 1978, p. 1). De esta forma, la conducta no está controlada por las consecuencias reforzantes reales, tanto como por lo que uno pronostica que sucederá —implícita o explícitamente— si las consecuencias se valoran como favorables o desfavorables.

Otras cogniciones frías incluyen atribuciones o hipótesis que la gente crea para explicar su propia conducta y la de los demás (Foersterling, 1980) y las conclusiones basadas en operaciones lógicas (Beck, 1976). Beck ha mostrado que el fracaso para procesar información lógicamente puede conducir a una persona a conclusiones tan diferentes como el procesado correcto de la misma información básica. Las generalizaciones incorrectas y otros usos incorrectos de las pruebas da como resultado emociones experimentadas negativamente, provocando, si Ellis está en lo cierto, que las personas se valoren negativamente. Las conclusiones incorrectas (cognición fría) no dan automáticamente como resultado respuestas emocionales a menos que sean evaluadas (cognición caliente).

GENERAL-ESPECIFICO

Las cogniciones frías y calientes pueden ir desde una situación amplia y difundida a una concreta. Las cogniciones relativamente permanentes y generalizadas pueden llamarse creencias *fundamentales* (Hafner, 1981), pero, de cualquier forma que se las etiquete, son abstracciones de los sucesos y de los datos conductuales. Los pensamientos específicos sobre situaciones particulares se derivan de presupuestos acerca de uno mismo, de la gente en general, del mundo, y de conceptos abstractos similares.

Las cogniciones frías generales son hechos supuestos, por ejemplo, «La gente es buena por naturaleza» o «No se puede confiar en la gente». Las máximas culturales mantenidas popularmente dan a entender que dicen la verdad sobre la conducta humana, tal como «El mundo es bueno, y las personas obtienen premios o castigos según algún plan de justicia divino o natural». Tales generalizaciones explican los fracasos para ayudar a las personas con problemas, ya que son víctimas presumiblemente de lo que les depara el destino. Tales clichés pueden ser también una fuente de confort, como cuando uno explica su mala suerte diciendo que es deseo divino.

Las cogniciones frías generales incluyen tanto información correcta —por ejemplo, «Mucha gente es diestra»— como incorrecta —«Todo el mundo es

diestro»— y otras frases que no pueden ser probadas empíricamente, tal como «Soy un individuo inútil». La frase no necesita ser correcta para que tenga impacto sobre la persona, sino que la persona debe *creer* que es correcta. Como dijo el sociólogo W. I. Thomas, si las personas caracterizan a las cosas como reales, estas *son* reales en sus consecuencias.

Se pueden combinar varias cogniciones generales frías, como, por ejemplo, «El trabajo difícil aporta resultados deseables, pero yo no soy capaz de hacer un trabajo difícil, por lo tanto, cualquier buen resultado que obtenga es debido a la suerte o a la (rara) generosidad de la gente». Una persona que mantiene este conjunto de ideas muy probablemente concluirá, cuando se enfrente con una cierta tarea, «No puedo trabajar con suficiente dureza como para realizar esta tarea, así que la evitaré o no la intentaré nunca más».

Las cogniciones calientes generales son simplemente valores. Se adquieren por aprendizaje y llegan a ser guías personales para comportarse y para hacer evaluaciones específicas de cosas o sucesos. Yo las llamo «Reglas personales de vida» para resaltar su función reguladora en la vida de cada persona. Las cogniciones calientes relativamente persistentes pueden llamarse también *premisas evaluativas*, y las valoraciones específicas derivadas de ellas son *conclusiones evaluativas* (Wessler y Wessler, 1980). Las listas de creencias irracionales (Ellis y Harper, 1975) son frases generalizadas de evaluaciones y por tanto premisas evaluativas.

La distinción entre cogniciones generales y específicas tienen implicaciones para la psicoterapia. Ellis distingue entre soluciones elegantes y no elegantes a los problemas emocionales. Las soluciones elegantes tienen que ver con un persuasivo cambio filosófico, es decir, un cambio en el pensamiento evaluativo general o en los valores de alguien. Las soluciones no elegantes tienen que ver o con un cambio en una situación-evaluación específica ó con una cognición fría, pero no con un *persuasivo* cambio filosófico.

Tomadas juntas, las cogniciones generales frías y calientes constituyen la *visión del mundo* de uno (Watzlawick, 1978). Forman esquemas para percibir y actuar, para atender y comprender. Pueden inferirse tanto de frases específicas sobre situaciones particulares, como de la conducta que, debido a su regularidad, parece seguirse de ciertas suposiciones y reglas.

CONSCIENTE-NO CONSCIENTE

Es una contradicción de términos hablar de cogniciones inconscientes. La cognición por definición, se refiere a lo que es conocido, y los pensamientos inconscientes son, también por definición, desconocidos, no están en la conciencia. (Por ahora puede ser aparente que las cogniciones evaluativas son algo contradictorio, ya que la cognición se refiere a lo que es conocido sobre algo, no su evaluación ó valoración. Es mejor probablemente usar el término *pensamiento* más que cognición, ya que cognición es el término que usan las psicoterapias de orientación cognitiva). Los escritos de Ellis y Beck al menos reconocen que los pensamientos no conscientes que influyen en las emociones y conductas permanecen fuera del conocimiento y de la realización propios. Ellis describe a estos como inconscientes o pre-conscientes, y Beck (1976) les llama pensamientos automáticos. Ni uno ni otro implican un inconsciente estructurado de tipo freudiano que recalque los motivos ocultos y los mecanismos de protección del yo.

En muchas ocasiones las cogniciones generales frías y calientes no son probablemente conscientes. En realidad, cuando los clientes reconocen una de sus reglas personales de vida, es a menudo con ayuda del reconocimiento, el «ah-ha» del insight. Watzlawick (1978) mantiene que quizás las partes más notables de la visión del mundo de las personas permanecen fuera de su conocimiento inmediato. Mahoney (1980) ha pronosticado un rol importante para la cadena de pensamientos inconscientes en la dirección futura de las psicoterapias de orientación cognitiva: «La existencia de una cadena tal no es solamente posible sino muy probable, y ... las implicaciones prácticas son tanto desafiantes como ineludibles» (p. 160).

Las cogniciones pueden ser inconscientes debido a que están enlazadas con otras cogniciones y solamente el primer o los dos primeros pensamientos son manifiestos. Moore (1980) presupone que las inferencias con frecuencia se unen una a otra, en una secuencia aproximadamente causal. El eslabón terminal de la cadena de la inferencia contiene la frase más definitiva sobre la definición de la situación por parte de la persona, y la definición de la situación puede variar de ser altamente probable a altamente improbable. La evaluación del eslabón terminal de la cadena enlaza con la respuesta emocional. También existen cadenas emocionales (Wessler y Wessler 1980): Uno puede padecer ansiedad interpersonal, sentir ira hacia otras personas por «hacerle» sentirse ansioso, no intentar de forma asertiva influir en otras personas para que actúen de forma diferente, sentirse desvalido y deprimido, y sentirse culpable por tener pensamientos y sentimientos airados. En esta cadena, una emoción está enlazada con otra por las cogniciones que uno tiene sobre cada estado emocional.

La evidencia reciente apoya la idea de que las valoraciones pueden hacerse sin el plenamente consciente proceso de estimulación (Zajonc, 1980). Las valoraciones, como se ha dicho anteriormente, pueden encajarse en cogniciones frías, sin el conocimiento de la persona de que ha hecho una evaluación. Así, tanto las cogniciones generales como las específicas pueden caer fuera del conocimiento inmediato. Una implicación de esta hipótesis es que los enfoques de auto-ayuda en la psicoterapia están limitados a aquellas cogniciones que los individuos conocen y que la tarea del terapeuta es ayudar al cliente a descubrir sus presupuestos y reglas de la vida no expresados e inimaginados.

No quiero decir que respalde un modelo freudiano de la mente, que dibuje el consciente y el inconsciente como dos habitaciones, una sobre la otra, conectadas por una trampilla que debe permanecer cerrada para evitar que entren los pensamientos inaceptables. Me parece mucho mejor actualizar la idea pre-freudiana de estados paralelos de conciencia y pensar en los pensamientos como moléculas de agua que se mueven entre corrientes. No puedo respaldar los sueños y las asociaciones libres como las mejores formas de acceder a los pensamientos no conscientes; sin embargo, se pueden inferir de las conductas verbales y molares de una manera *como si*; la conducta de la gente puede describirse como si se siguiese de ciertas reglas.

EXACTITUD-INEXACTITUD

La tarea de las psicoterapias de orientación cognitiva es la corrección de las concepciones erróneas, usando la expresión de Raimy (1975). Esta visión de la

psicoterapia implica algunas normas por las que puede juzgarse la exactitud de las cogniciones. Una norma tal diferirá dependiendo del tipo de cognición que se examine. Quizá lo más fácil de juzgar son las frases que describen una situación o suceso concreto. A veces es posible verificar algo independientemente del informe que dé una persona de lo que ha ocurrido.

Incluso cuando esto no es posible, es relativamente fácil identificar las frases que van más allá del informe infiltrándose en el campo de la invención. Las frases que atribuyen motivos a la gente, pronostican el futuro, añaden información a los hechos observados y valoran a las personas, situaciones, actividades y resultados, son claramente inexactas como descripciones.

Pueden ser interpretaciones exactas o inferencias, pero esto no se puede saber con certeza sin pruebas adicionales. Las frases sobre las intenciones de otras personas pueden ser correctas, así como los pronósticos, generalizaciones y otras inferencias sobre observaciones, pero generalmente requieren más datos de los que están inmediatamente a mano. Las sobregeneralizaciones son casi siempre inexactas, porque tienen errores lógicos de inclusión. Las cogniciones exactas dependen de la evidencia fidedigna y de operaciones lógicas sobre las observaciones propias. Las frases, de hecho, pueden verificarse incluyendo las observaciones pasadas e inferencias propias, a condición de que sean empíricamente probables, como las buenas hipótesis que se suponen que son.

Las cogniciones calientes o evaluativas no están sujetas a verificación. Un valor personal no puede ser inexacto, aunque puede ser idiosincrásico y despreciado por otras personas. Las evaluaciones son frases personales de preferencia, agrado o desagrado, y de nociones de bueno y malo. Pueden ser desfiguradas, por ejemplo, atribuyendo bondad a una cosa o suceso antes de tomar responsabilidad personal sobre la frase evaluativa propia.

Las evaluaciones pueden ser también sobregeneralizadas. Por ejemplo, una situación compleja puede ser supersimplificada etiquetándola de *bueno o mala*. Uno también puede pensar de forma errónea que las normas absolutas de bueno o malo existen, e incluso que están aceptadas universalmente. Las evaluaciones añaden valoraciones a los propios datos sobre los sucesos y no son inherentes a los sucesos mismos.

Esta última idea, por supuesto, es lo que Ellis ha estado recalando durante años y es, en mi opinión, su mayor contribución a las terapias de orientación cognitiva. Cuando él plantea la pregunta «¿Dónde está la prueba de que *debes...*?» sabe que no puede haber respuesta porque los valores no pueden ser absolutos o universales excepto por definición. Una persona puede definirse a sí misma como inútil pero no puede probarlo, o puede etiquetar un suceso como horroroso pero no puede verificar la etiqueta. Las evaluaciones tienen su propia lógica interna como las matemáticas, pero no son empíricas como la ciencia. Las valoraciones pueden ser inconsistentes con otros valores generales personales, pero no pueden ser inexactas referidas a algún criterio externo.

DECISIONES

La última categoría de cogniciones se conoce como *decisiones* (sin antónimo, ya que no se me ocurre ninguno). El título completo de la categoría es *decisiones*

sobre la conducta, e implica pensar sobre las acciones propias, seleccionar los caminos de acción a seguir, y ordenarse a sí mismo hacer esto más que aquello. Sin este tipo de cognición, podría parecer que la conducta se infiere automáticamente de otras actividades cognitivas. Esta dimensión algo existencial es, de hecho, la que hace posible el cambio terapéutico, cuando uno toma decisiones para actuar de forma diferente a pesar de la ansiedad generada por las interpretaciones y evaluaciones de larga duración, y actúa en contra de los sentimientos propios más que ir con ellos (y mantiene un modelo contraproducente de reducción de la ansiedad).

La adopción de esta categoría de cogniciones hace posible eliminar una paradoja parecida que surge cuando se analiza cognitivamente el cambio terapéutico. Las psicoterapias de orientación cognitiva están de acuerdo con que las cogniciones deben cambiar en orden a que perdure el cambio conductual que ha tenido lugar. Sin embargo, Bandura (1969), entre otros, ha declarado que las experiencias personales, como llevar a cabo una nueva conducta, son unas de las más, sino las más, eficaces formas de cambiar las cogniciones. Las conductas deben cambiar a medida que cambian las cogniciones, pero las cogniciones deben cambiar a medida que cambian las conductas, y así sucesivamente. El círculo se rompe revisando la afirmación para interpretar qué decisiones cognitivas conducen a un resultado diferente en la ejecución de nuevas conductas que producen cambios en las cogniciones frías y calientes que a cambio dan lugar a un cambio conductual permanente, y así una y otra vez.

Entre los psicoterapeutas de orientación cognitiva, Greenwald (1973) ha sido el que más ha hablado de las decisiones. Meichenbaum (1977) ha mostrado que las auto-instrucciones pueden crear la diferencia entre el enfrentamiento conductual y cualquier otro tipo de emociones disruptivas permitiendo la excitación emocional que de lugar a mejores sentimientos pero menos acciones productivas.

INTEGRACION

Cualquier afirmación sobre las cogniciones propias —y trabajamos con afirmaciones sobre las cogniciones y no sobre las cogniciones mismas— puede clasificarse de acuerdo a la taxonomía que acabamos de presentar. Cualquier afirmación puede categorizarse de acuerdo a si es evaluativa o no evaluativa, general o específica, consciente o no consciente, exacta o inexacta, y una decisión para actuar. (Estas categorías se pueden usar tanto como un continuo como dicotómicamente).

Estas categorías, especialmente la primera y la última, pueden utilizarse para mostrar los rasgos distintivos entre las psicoterapias de orientación cognitiva, porque existen diferencias y podríamos darnos cuenta de ellas. Por ejemplo, he revisado el trabajo de terapeutas que afirman estar practicando el enfoque de Ellis pero que no lo hacen así, incluso aunque hayan hecho un trabajo preciso de corrección de las concepciones erróneas, enseñado habilidades de resolución de problemas, y en general promoviendo la claridad de pensamiento. Para dar una mayor transparencia a estas diferencias presentaré un modelo del episodio cognitivo-emotivo-conductual (CEB) (Wessler y Wessler, 1980) y después un ejemplo de las estrategias clínicas que utiliza el modelo. Este modelo reconoce que cualquier división arbitraria de

los procesos humanos es artificial: pensamientos, emociones y acciones pueden suceder de forma simultánea; existen interdependientemente. Se da una influencia mutua más que una acción en una sola dirección de pensamientos que causan sentimientos emocionales.

EL MODELO

Paso 1: Estímulo: El episodio comienza con un estímulo o un complejo de estímulos que puede proceder o del ambiente externo o del ambiente interno. Un estímulo manifiesto (del ambiente externo) puede ser las acciones de otra persona, un objeto fóbico o la pérdida de algo tangible. El estímulo encubierto (del ambiente interno) puede ser sensaciones corporales, es decir, náusea o excitación emocional; o cualquiera de los restantes pasos de este modelo, como memorias o anticipaciones. Existen muchos estímulos potenciales en el ambiente propio en un momento dado.

Paso 2: Input y Selección: Los individuos atienden selectivamente a los estímulos para centrarse en ellos, ignorando muchos de los estímulos potenciales presentes en el ambiente. (Es aquí donde tiene lugar la defensa perceptual, la maniobra defensiva tan importante en las teorías de Rogers, Sullivan y Perls, aunque el fracaso en atender a un estímulo puede simplemente ser debido a la falta de categorías conceptuales para recoger la información (Neisser, 1976).

Paso 3: Percepción y representación simbólica del estímulo: Este paso es cognitivo en esencia y puede ser dividido en definición (la percepción) y descripción (representación simbólica de las percepciones). Las descripciones son más exactas cuando incluyen al perceptor-descriptor en el relato, así como la especificación del tiempo, lugar y circunstancias. La percepción es temporalmente contigua al estímulo, pero las descripciones no necesitan serlo; pueden producirse después del hecho o referirse a imágenes que no tienen ningún estímulo manifiesto asociados con ellas. Este paso es la primera representación cognitiva o simbólica en el episodio CEB y es, en otras palabras, el conocimiento fenomenológico de un estímulo por parte del individuo.

Paso 4: Interpretaciones no evaluativas de las representaciones simbólicas de estímulos: Las interpretaciones tal como son definidas aquí, son inferencias de aspectos no observados del estímulo percibido o de imágenes propias. Las inferencias van más allá de los hechos directamente observables e incluyen tanto actividades cognitivas como operaciones lógicas, pronósticos y expectativas, atribuciones y otros ejemplos de cogniciones frías. Existen conclusiones extraídas por la persona. Por Ejemplo, «Mi amigo no me habló» puede acarrear la interpretación «No es realmente mi amigo o no le caigo bien» (pero puede no haberme visto).

Paso 5: Interpretaciones evaluativas de los estímulos procesados: Este paso consta de cogniciones calientes y es el proceso recalorado por Ellis en su visión de las emociones. Si la valoración es neutral, ambigua o indecisa no le sigue ninguna respuesta afectiva. La valoración puede ser implícita más que explícita, por ejemplo, cuando uno encuentra un significado negativo dentro de la interpretación «Mi amigo no me habló».

Paso 6: Respuesta emocional a los estímulos procesados: Se presupone que a la valoración no neutral del estímulo (o imagen) le sigue la excitación del sistema nervioso autónomo. (En una versión más compleja de este modelo, la excitación llega a ser un estímulo en el paso le inicia un segundo episodio emocional en el que tiene lugar una etiquetación de la excitación en el paso 4 y una valoración en el paso 5).

Paso 7: Respuesta conductual a los estímulos procesados: Hay una tendencia a la acción que acompaña la excitación basado en las valoraciones del paso 5. La tendencia es acercarse a aquello que evaluamos positivamente y eliminar lo que evaluamos negativamente, ya sea por evitación, escape o modificación del estímulo. Esto, por supuesto, es la respuesta «fuga o lucha». La gente tiende a buscar condiciones que creen que les brindarán una comodidad o displacer *relativo*, en especial alivio inmediato, aunque pueda ser sólo ligeramente más placentero que sus alternativas.

Pero tales respuestas son sólo tendencias. La conducta se concibe aquí controlada por *decisiones* y *auto-direcciones*, basadas en resultados anticipatorios. La conducta generalmente es consistente con estados emocionales, pero no siempre. Si los humanos siempre actuasen de acuerdo a sus estados emocionales no podría haber un progreso terapéutico. Los humanos pueden elegir rehusar el alivio inmediato de la ansiedad para recibir beneficios posteriores de las experiencias personales.

Paso 8: Feedback funcional o refuerzo de las consecuencias de la conducta: Este paso no es tanto parte del episodio CEB como resultado de él. Las reacciones al ambiente físico y social afectan a las subsiguientes experiencias emocionales y a las conductas. Las conductas defensivas dan lugar a la reducción de la ansiedad y es por lo tanto probable que se repitan debido a su valor reforzante (o ganancia secundaria). Las experiencias de habilidad o eficacia personal tienen lugar cuando se obtienen resultados positivos por medio de nuevas conductas.

UN EJEMPLO

Presentamos a continuación un ejemplo específico de un episodio CEB. Digamos que una persona padece ansiedad ante los exámenes. Las variables cruciales no son el examen (paso 1) o su conocimiento de lo que ocurrirá en un tiempo establecido (pasos 2 y 3). La persona probablemente predice una pobre ejecución (paso 4) y evalúa este resultado anticipatorio como altamente negativo (paso 5). La consecuencia es ansiedad (paso 6), que puede reducir eligiendo no presentarse (paso 7), una conducta que le brinda una inmediata reducción de la ansiedad (paso 8) pero que es una alternativa neurótica si tiene el propósito de aprobar el examen.

Existen otras formas de reducir la ansiedad. Una es ignorar el estímulo (paso 1) enfrascándose en alguna otra actividad. Otra es reconstruir el fracaso echándole la culpa al examen o al profesor (paso 4). Uno puede cambiar la valoración (paso 5): «No es bueno suspender, pero tampoco lo es ponerse fatal». Uno puede reducir la excitación en el paso 6 tomando drogas; o «empollando» y reduciendo las posibilidades de fracaso (alterando la probabilidad en el paso 4).

Entre las psicoterapias de orientación cognitiva, la RET de Ellis se centra ampliamente en el paso 5, las valoraciones, tanto la valoración específica como los principios filosóficos personales subyacentes (generales y posiblemente no conscientes). Las intervenciones en el paso 4 son típicas del trabajo de Beck, Maultsby, y otros autores que enfatizan la adopción de nuevas atribuciones, nuevos resultados anticipatorios, nuevas expectativas, y operaciones más cuidadosamente lógicas, como sobregeneralizaciones permitidas, pensamiento dicotómico, y cosas por el estilo.

El paso 6 incluye modificaciones directas de las respuestas emocionales a través de biofeedback, relajación y medicación. El paso 7 incluye la toma de decisiones para soportar la incomodidad, así como el incremento de habilidades a través del entrenamiento y la modificación de las conductas propias mediante mensajes auto-instructivos. El paso 8 incluye cualquier alteración de las contingencias ambientales. Todas pueden usarse con intervenciones del paso 5.

El terapeuta total tiene estrategias para intervenir en cualquier punto del episodio CEB y para ofrecer ayuda con muchos aspectos prácticos tanto de los problemas del cliente, como de sus aspectos psicológicos. La Terapia Multimodal de Lazarus es quizá el ejemplo más obvio, pero se pueden encontrar intervenciones múltiples también en otros enfoques. Lo que distingue a las psicoterapias de orientación cognitiva es el énfasis *relativo* que cada uno da a uno o más de los pasos del episodio CEB.

Lo que distingue a la RET, el enfoque con el que me siento más afín, es su distinción explícita entre las cogniciones evaluativas y no evaluativas y sus métodos de promoción del cambio. Las diferencias son dos:

En primer lugar, existe un énfasis en el cambio de las valoraciones extremadamente negativas y los valores en los que están basadas. La RET no busca imponer valores a los clientes, por el contrario, busca ayudar a los clientes demostrándoles las ventajas de cambiar la *forma* de sus valores. Los pensamientos evaluativos «irracionales» son buenas ideas hechas malas mediante la exageración. Por ejemplo, una persona puede mantener el valor cultural de que el éxito de una determinada tarea es mejor que el fracaso, y sabe que el éxito no puede obtenerse siempre o que a menudo implica sacrificios personales. La persona puede también exagerar la importancia del éxito y demandar «irracionalmente» éxito, quizá como prueba de su valía y de su visión del fracaso como catastrófico. Un objetivo principal en la RET es reducir las conductas y emociones desadaptativas sustituyendo las exageradas por versiones realistas de valores personales. El terapeuta RET puede también ayudar a los clientes a examinar algunos pensamientos en los pasos 3 y 4, presentando pruebas, por ejemplo, de que el fracaso anticipado no es probable que ocurra o que podrían enfrentarse a él si ocurriese. Si embargo, cuando digo que alguien no está practicando la RET, quiero decir que el terapeuta *no* dedica ningún momento de la sesión a la exploración e intervención en el paso 5 del episodio.

En segundo lugar, lo que mejor distingue a la RET es la filosofía de Albert Ellis sobre la naturaleza humana: tolerancia, aceptación y anti-absolutismo que impide las formas exageradas de los valores personales. La filosofía es sí misma no es única en psicoterapia; las descripciones de la persona auto-actualizada de Maslow y el individuo de pleno funcionamiento de Rogers muestran grandes similitudes. Se distingue en cómo se expresan tales ideas, y se hace con la aplicación

de una amplia variedad de intervenciones cognitivas y conductuales. «Con tal de que se use una estructura RET básica, casi cualquier clase de técnica terapéutica eficaz puede usarse dentro de esta estructura; y, en este sentido, la RET es quizá la más ecléctica de cualquier sistema de terapia» (Wessler y Ellis, 1980, p. 185).

INSIGHT Y ACCION

Goldfried (1980) propone que las psicoterapias busquen aspectos comunes entre sus estrategias clínicas e identifica dos: el feedback directo del terapeuta y las experiencias correctivas. Lo que está claro en el episodio CEB es que existen cuatro tipos de pensamiento sobre los que uno puede llevar a cabo experiencias correctivas; y ocho aspectos en el episodio CEB del cliente sobre el que dar feedback.

Las experiencias correctivas requieren el intento de nuevas conductas, pero estas son frecuentemente inhibidas por el miedo a la novedad y el posible desagrado o las emociones fuertes que pueden acompañar a las nuevas actividades. Inducirse uno mismo a intentar nuevas conductas para que pueda tener experiencias correctivas es a menudo más difícil que obtener insights y que cuestionarse intelectualmente los pensamientos propios. Los clientes, antes de actuar de forma diferente, eligen hacerlo, y esto implica un nuevo conjunto de pensamientos.

Esta es la razón de que las decisiones y las auto-instrucciones para llevar a cabo nuevas conductas se incluyan en el paso 7. La noción de Ellis de cálculo hedonista es básicamente una amplia línea general para tomar decisiones, como cuando la gente intenta buscar un balance entre los refuerzos a largo plazo y los de corto plazo. El criterio de Maultsby para la conducta racional son las reglas de toma de decisiones que ayudan a las personas a actuar en un mejor beneficio propio. Las tres cuestiones básicas son: ¿Me ayudará mi acción (1) a permanecer vivo, (2) a alcanzar mi(s) meta(s), y (3) evitará los conflictos internos no queridos? Mientras las respuestas son con frecuencia difíciles, en algunos casos no obvias. Es en el mejor interés de las personas que desean superar una fobia experimentar miedo en presencia de cierto estímulo, de cara a sentirse libres a sí mismos de un modelo de conducta de evitación. Es mejor para una persona que elude situaciones y que anhela llevar a cabo ciertas tareas hacerlas, más que experimentar la comodidad de dejarlas a un lado.

Si Goldfried y Bandura están en lo cierto al hacer hincapié en las experiencias correctivas y en el aprendizaje de ejecuciones eficaces propias, los terapeutas pueden ayudar a los clientes a desarrollar decisiones que promuevan sus valores y sean consistentes con los objetivos terapéuticos. Las intervenciones cognitivas como la enseñanza y la persuasión verbal no son las únicas formas válidas de cambiar los pensamientos de fracaso. Puede probarse fácilmente que la experiencia es el mejor maestro, las decisiones son las cogniciones más importantes en psicoterapia, y animar a tomar decisiones y actuar sobre ellas la tarea más desafiante y significativa de los psicoterapeutas.

REFERENCIAS

- Abelson, R. P., & Rosenberg, M. J. Symbolic psychologic: A model of attitudinal cognition. *Behavioral Science*, 1958, 3, 1-13.
- Bandura, A. *Principles of behavior modification*. New York: Holt, 1969.
- Beck, A. T. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press, 1976.
- Ellis, A. Razón y emoción en psicoterapia. Bilbao. Desclee De Brouwer, 1975.
- Ellis, A., & Harper, R. A. *A guide to rational living*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1975.
- Försterling, F. Attributional aspects of cognitive behavior modification: A theoretical approach and suggestions for modification. *Cognitive Therapy and Research*, 1980, 4, 27-37.
- Frank, J. D. Expectation and therapeutic outcome. In J. D. Frank, R. Hoehn-Saric, S. D. Imber, B. Lieberman, A. R. Stone (Eds.), *Effective ingredients of successful psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel, 1978.
- Goldfried, M. R. Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 1980, 35, 991-999.
- Greenwald, H. *Direct decision therapy*. San Diego: Edits, 1973.
- Hafner, A. J. A problem-solving extension of the A-B-C format. *Rational Living*, 1981, 16 (2), 29-33.
- Kelly, G. A. *The psychology of personal constructs*. New York: Norton, 1955.
- Lazarus, A. A. *In the mind's eye*. New York: Rawson, 1978.
- Mahoney, M. J. Psychotherapy and the structure of personal revolutions. In M. J. Mahoney (Ed.), *Psychotherapy process*. New York: Plenum, 1980.
- Maultsby, M. C., Jr. *Help yourself to happiness*. New York: Institute for Rational Living, 1975.
- Meichenbaum, D. H. *Cognitive behavior modification*. New York: Plenum, 1977.
- Moore, R. H. Inference chaining. In M. S. Morain (Ed.), *Classroom exercises in general semantics*, San Francisco: International Society for General Semantics, 1980.
- Neisser, U. *Cognition and reality*. San Francisco: W. H. Freeman, 1976.
- Raimy, V. *Misunderstandings of the self: Cognitive psychotherapy and the misconception hypothesis*. San Francisco: Jossey-Bass, 1975.
- Rotter, J. B. *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1954.
- Watzlawick, P. *The language of change*. New York: Basic Books, 1978.
- Wessler, R. L., & Ellis, A. Supervision in rational-emotive therapy. In A. K. Hess (Ed.), *Psychotherapy supervision*. New York: John Wiley, 1980.
- Wessler, R. A., & Wessler, R. L. *The principles and practice of rational-emotive therapy*. San Francisco: Jossey-Bass, 1980.
- Zajonc, R. B. Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 1980, 35, 151-175.

4

De un Modelo Lineal a uno Contextual de los ABC de la RET*

Russell M. Grieger (1)

Cuando Albert Ellis concibió por primera vez la terapia racional-emotiva (RET) en 1955, formuló el paradigma ABC para explicar la perturbación emocional humana y para dirigir los esfuerzos terapéuticos para el cambio (Ellis, 1958, 1962). De una forma simple y clara, el paradigma ABC articula el principio básico de que las cogniciones median y son centrales en la causación y mejora de las perturbaciones emocionales, conductuales e interpersonales. En este paradigma, A (un acontecimiento activador del ambiente) no produce o causa directamente C (las consecuencias cognitivas, emocionales y/o conductuales); más bien son las B (pensamientos, actitudes y creencias que median sobre A) las que causan C.

Durante las últimas tres décadas, la influencia del trabajo del Dr. Ellis tanto en la teoría como en la práctica de la psicoterapia ha llegado a ser cada vez más profunda e influyente. Las premisas propuestas por Ellis han producido un enorme cuerpo de investigación y literatura teórica y han contribuido en gran medida al desarrollo de la psicoterapia cognitivo-conductual y a su surgimiento como una fuerza dominante en psicología. Un estudio reciente (Smith, 1982) concluyó que el «Sistema cognitivo-conductual representa uno de los enfoques teóricos más fuertes hoy en día, sino el que más». Además, el estudio indicó que de los diez individuos señalados como los que de forma más fuerte habían influido en las tendencias clínicas actuales, Albert Ellis, quedó en segundo lugar, y cinco de ellos fueron identificados clara o moderadamente con la terapia cognitivo-conductual (Ellis, Wolpe, A. Lazarus, Beck y Meichenbaum).

* Este capítulo fue publicado originalmente en la *Journal of Rational Emotive Therapy*, 1985, 3 (2), 79-99.

(1) Quiero expresar mi profundo agradecimiento a Ingrid Grieger por las múltiples sugerencias útiles que apuntó para este capítulo y por las muchas horas que dedicó al trabajo de redacción.

A medida que ha aumentado el número de investigaciones y la conceptualización sobre el rol de la cognición en la psicología y la psicopatología humanas, por el contrario, ha emergido un conocimiento y una esquematización más precisas de lo que constituyen las B en el paradigma ABC (Bernard, 1980; Eschenroeder, 1982; Huber, 1985). El propio Ellis ha manifestado que los ABC «están demasiado simplificados y omiten información importante acerca de la perturbación humana y su tratamiento» (1984).

En parte en respuesta a este reconocimiento, bastantes terapeutas racional-emotivos han desarrollado el modelo ABC en un intento de describir de forma más completa lo que tiene lugar dentro de los humanos que les induce a responder como lo hacen (Diekstra y Dassen, 1979; Maultsby, 1975). Un esfuerzo particularmente impresionante se debe a Wessler y Wessler (1980), que han esbozado un modelo de ocho pasos sobre un episodio emocional; (1) un estímulo, con el que comienza el episodio; (2) selección de algunos aspectos del estímulo basado en los procesos neurales y fisiológicos; (3) percepción y representación simbólica del estímulo; (4) interpretación cognitiva de los aspectos no observables del estímulo percibido; (5) valoración cognitiva o evaluación; (6 y 7) excitación afectiva y tendencia a la acción producida por la valoración; y (8) feedback funcional (por ejemplo: refuerzo positivo) que influye en la acción futura. Entre las características atractivas del modelo de Wessler y Wessler está que incluye el foco de la mayoría de las terapias cognitivo-conductuales y proporciona al terapeuta la oportunidad de evaluar e intervenir cognitivamente en cualquiera de los ocho pasos o en todos ellos.

En el conocido modelo de los ABC de Ellis (1984), distingue entre diversos tipos de B como las observaciones y las percepciones no evaluativas (cogniciones neutras), las evaluaciones de preferencia positivas y negativas (cogniciones acaloradas), y las evaluaciones y las demandas absolutistas negativas (cogniciones ardientes). Lo más innovador, sin embargo, son sus observaciones sobre cómo los A, B y C de la gente se influyen recíprocamente y se «causan» unos a otros. Por ejemplo, mantiene que la gente está «inclinada a buscar y responder a sus A», que «traen ampliamente sus creencias a A, y ven con prejuicios o experimentan los A a la luz de estas creencias sesgadas», y «crean en parte el acontecimiento activador en A».

Como practicante y profesor de RET, alabo a estos terapeutas racional-emotivos por sus esfuerzos en extender el modelo ABC. Al menos sus esfuerzos reconocen la complejidad del pensamiento humano, aportan al terapeuta una estructura con la que decidir qué estrategias cognitivo-conductuales emplear y en qué orden, y ofrecen una base para la integración de las distintas terapias cognitivo-conductuales en un todo ecléctico.

Es por este agradecimiento por el que ofrezco mi pensamiento sobre lo que llamo modelo ABC contextual de la RET. Respaldado por aquellos que ya han desarrollado los ABC, también deseo reconocer la influencia mutua entre A, las B, y C, subrayando la habilidad de los individuos para elegir conscientemente, actuar de forma creativa, aceptar responsabilidades y subrayar la distinción entre el pensamiento que es específico a una situación particular y las creencias, filosofías o principios de vida que son centrales al modo de funcionar de una persona en el mundo a través de las situaciones.

A pesar del gran refinamiento y descriptividad de los modelos extendidos de los ABC discutidos anteriormente, éstos permanecen esencialmente de una forma

lineal y por lo tanto de una forma relativamente estática en la naturaleza. Lo que parece faltar de la RET, y en realidad, de la literatura cognitivo-conductual es un modelo más completo, gráfico, dinámico y tridimensional que capture más exactamente las complicaciones del proceso ABC. Esta es la laguna que el modelo ABC contextual intenta rellenar. Específicamente, en el paso de un modelo lineal a uno contextual, es donde llega a ser cada vez más posible visualizar y conceptualizar las complejidades de B, la reciprocidad de los componentes del funcionamiento humano, y el poder del individuo para crear C, B, e incluso A independientes de cualquier suceso ambiental.

Lo que sigue a continuación es el modelo ABC contextual. Primero presentaré un apartado sobre la naturaleza de los acontecimientos activadores (A), seguida de un examen sobre la naturaleza de la cognición humana. Después de ello, describiré cómo las cogniciones humanas influyen de forma variada y crean acciones, sentimientos, pensamientos, e incluso acontecimientos activadores. Finalmente, el capítulo concluye con algunas implicaciones para la práctica de la RET.

LA NATURALEZA DE LOS ACONTECIMIENTOS ACTIVADORES: «LA» REALIDAD VERSUS «NUESTRA» REALIDAD

El modelo ABC contextual comienza con la proposición de que existe un mundo real de objetos y sucesos; es irrelevante que la persona esté o no esté presente física o mentalmente alerta para experimentar lo que hay allí. En realidad, literalmente, existe tanto una masa sólida como una serie continua de «cosas ahí fuera» que una persona puede seleccionar, percibir, representar simbólicamente, interpretar o evaluar.

En la RET se hace una distinción central entre las circunstancias *de* la vida propia (los A) y las experiencias que uno tiene *sobre* esas circunstancias (las C). Indico que también es crucial en la RET dibujar la distinción entre las circunstancias *de* la vida de uno y la experiencia que uno tiene *de* las circunstancias. Mientras hay en verdad un mundo real de circunstancias (sucesos y eventos) que existen «fuera» (*la* realidad), este mundo real difiere de aquel al que nosotros nos referimos y respondemos. Lo que como humanos tratamos son las circunstancias interpretadas por nosotros (*nuestra* realidad). En otras palabras, como ha indicado Mahoney (1980), respondemos a nuestra representación de los ambientes, no a los ambientes en sí mismos.

Igual que con las experiencias que la gente tiene *sobre* los acontecimientos activadores, las experiencias que la gente tiene *de* los acontecimientos activadores (su realidad) está también mediatizada por las B de las personas. Coexistente con el hecho de que es virtualmente imposible para las personas no pensar, la gente está «empujada» a operar automática, activa e inmediatamente sobre los sucesos reales que encuentran, esto es, atender selectivamente, percibir, representar simbólicamente, e inferir sobre los sucesos. Al hacer esto, la gente «crea» una realidad de acontecimientos activadores para ellos mismos que pueden ser, pero probablemente no son, idénticos a la verdadera realidad. En realidad, nada existe para *nosotros* sin este proceso de selección/filtrado/interpretación; el problema está en que la gente generalmente ignora este proceso y asume que lo que ellos «ven» representa exactamente lo que existe «en el mundo».

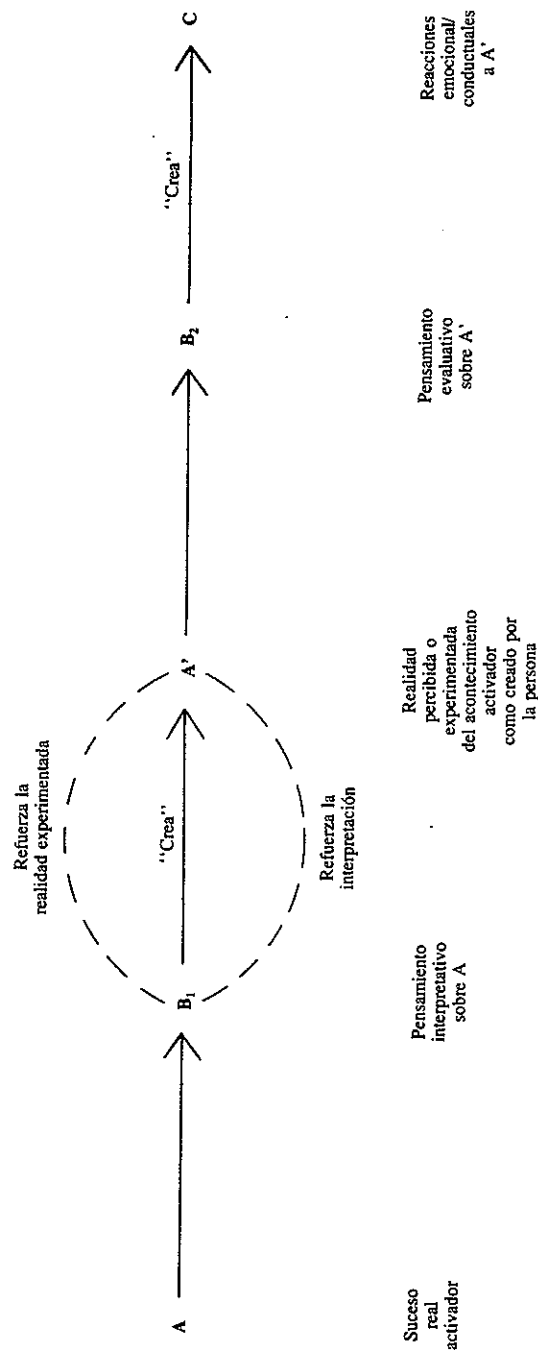


Figura 4-1 La Creación de la Realidad

Esta re-creación de la realidad se representa en la Figura 4-1, donde A representa los acontecimientos de hecho del mundo real; B1 representa las operaciones cognitivas, incluyendo las interpretaciones, que «crean» la realidad como experimentada por la persona; y A' representa los acontecimientos experimentados o percibidos, como «creados» por la persona. Supongo que un proceso recíproco, muy interesante sucede en este punto, en el que la actividad cognitiva en B1 y la experiencia del suceso en A' se refuerzan mutuamente y se tiñen la una a la otra. Esto es, después de diversas «creaciones» de este tipo del acontecimiento experimentado (A') por la actividad cognitiva en B1, los dos llegan a estar acoplados de tal forma que la presencia de uno confirma a la persona la validez del otro. La realidad percibida confirma y refuerza la validez del proceso cognitivo que generó el acontecimiento, y la interpretación, a su vez, confirma y refuerza la realidad del acontecimiento. Finalmente, recogiendo la secuencia en la forma típica de la RET, la persona vuelve a explorar lo nuevo, la realidad percibida (la A') con el pensamiento evaluativo (B2) para «crear» las consecuencias o reacciones emocionales y conductuales en C.

De este modo, la gente no sólo crea sus C, sino que también crea sus A. En el modelo contextual de los ABC, es lógico ayudar a la gente a entender y cambiar los aspectos en B1 que crean su realidad de acontecimientos, así como ayudarles a cambiar los aspectos en B2 en los que crean sus sentimientos y conductas en C.

LA NATURALEZA DE LA COGNICION HUMANA

Entre los objetos que existen en el universo están, por supuesto, las personas, una de ellas se ha representado en la figura 4-3 por un círculo. Como toda la gente, esta persona posee infinidad de rasgos y atributos, incluyendo, entre otros, los físicos, interpersonales, intelectuales, sexuales y cognitivos. Imagina la persona, el círculo lleno de cientos de puntos, cada uno representando un atributo distinto de la persona. Entre los distintos atributos que la gente posee, los más significativos para el funcionamiento humano son los cognitivos.

Central al modelo ABC contextual es la premisa de que la cognición humana puede ser descrita por cierto número de categorías que pueden ser clasificadas, al menos con el propósito de explicación, desde las más generales y filosóficas a las más específicas. De esta afirmación se siguen tres cosas: (1) cuanto más general y filosófica sea la cognición, más probablemente ésta será inarticulada o estará fuera de conocimiento; (2) cuanto más general y filosófica sea la cognición, más probablemente ésta influirá significativamente en la vida de la persona; y (3) la interacción de estos diversos tipos de cogniciones dirige en gran medida lo que una persona hace en cualquier situación dada o sobre cualquier acontecimiento determinado.

En el modelo ABC contextual se delimitan tres categorías de cogniciones (ver figura 4-2): Posiciones de vida (Bp), Valores (Bv), y Hábitos interpretativos (Bi). Se presentará brevemente cada uno, procediendo del más general y filosófico al más específico. Esto no quiere sugerir que exista una rígida progresión de uno a otro en el funcionamiento humano, sino más bien que las cogniciones más generales forman un fondo o contexto que influye en las menos generales, y, a la inversa, que las cogniciones menos generales son influenciadas contextualmente por las más generales.

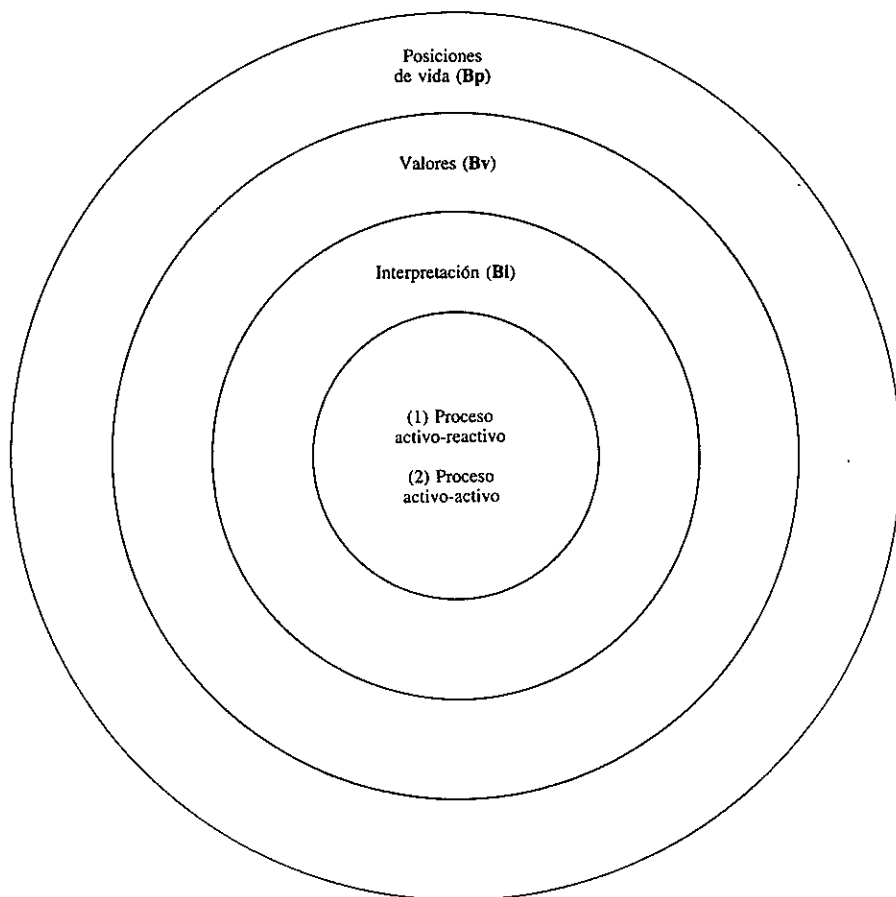


Figura 4-2 La persona en el mundo (la página representa al mundo lleno de objetos y acontecimientos y el círculo representa a la persona).

Posiciones de la vida (Bp)

Lo más básico a todos los seres humanos es la existencia de posiciones de vida fundamentales. Estas posiciones, probablemente adoptadas cuando éramos jóvenes, determinan la extensión y los límites tanto de cómo experimentamos el mundo, como de qué forma actuamos en él. Estas posiciones no son lo que pensamos, hacemos, o sentimos en cada momento; más bien, son generalizaciones y abstracciones, a menudo no reconocidas e inarticuladas, que guían y establecen los límites de nuestro pensar, hacer y sentir. Son los supuestos más básicos, el contexto que de forma más fundamental guía nuestras vidas (Earle y Regin, 1980). Trazar las cuatro posiciones de vida que tienen tanto la extensión como el poder de teñir

virtualmente toda la vida de la persona. Cada una de las cuatro puede plantearse como una dicotomía entre dos polos, sin tierra por medio; la persona en cualquier momento permanece en uno u otro polo, pero casi nunca con un pie en cada uno.

Exigencia versus Afirmación. La primera de las cuatro posiciones de vida dicotómicas procede en principio de la RET y de Albert Ellis (1962, 1971, 1974b, 1977, 1979), y puede llamarse *exigencia versus afirmación*. Remito al lector a casi cualquier escrito de Ellis para una exposición de lo que es la exigencia. Es suficiente decir que, en el polo de la exigencia, la persona adopta la posición infantil, egocéntrica de que el mundo automáticamente *debe* seguir el camino que uno quiere y *no debe* incluir lo que uno no quiere. Es, al mismo tiempo, una insistencia para que sucedan ciertas cosas («Exijo», «Tiene que», «Deberías», «Tengo que»), una resistencia a y una protesta contra el hecho de que otras cosas son lo que son («¡No! No debe ser de esa forma»). Como en lo esencial de la mayoría de las perturbaciones emocionales, la exigencia encarna la insistencia en que la vida sea de la forma en que queremos, más que la insistencia de que sea exactamente de la forma que es.

En el polo opuesto de la exigencia está lo que llamo afirmación. Es una actitud bastante complicada que incluye dos subpartes. La afirmación incluye, en primer lugar, estar disgustado de una forma anti-horrible cuando algo no es de la forma que uno quiere que sea, preferir o desear de una forma no exigente que algo sea diferente a lo que es, y estar determinado de una forma no auto-compasiva a actuar para obtener lo que uno desea ocurra lo que ocurra. Así, la afirmación no es una aceptación pasiva de lo que sea, sino una posición activa de poder y acción potencial para obtener lo que uno quiere en el futuro. En segundo lugar la afirmación incluye en cualquier momento dado en el tiempo, independientemente de lo que ese momento signifique para una persona, decir «Si» o «Me empeño» para que, en efecto, sea así. Más allá de la aceptación está «eligiendo» lo que está allí y lo que no está allí. Es tomar lo que uno recibe cuando uno lo recibe, y no tomar lo que no recibe cuando no lo recibe (Rhinehart, 1976). Esto fue muy bien expresado por un hombre que cumplía una larga condena en prisión:

Algunos días, mi mente no puede dejar de desear estar fuera de aquí. Así que me digo, «¿Por qué quiero estar lejos cuando no puedo? Por mucho que me resista no cambiarán las cosas. Así que tienes una elección. Puedes seguir resistiéndote y quejándote de ello, o puedes asumirlo». Me pasa eso quizá diez veces al día y me salgo yo mismo de esa situación. Pero funciona. Me digo a mí mismo, «Esto es lo mejor que puedes hacer para sentirte bien, así que relájate y abandona la lucha porque no puedes hacer nada a no ser preocuparte a tí mismo hasta la muerte intentando hacer algo que no puede ser».

El Yo como Objeto versus el Yo como Contexto. La terapia racional-emotiva comparte con toda la psicología, y naturalmente con la civilización occidental, una visión llamada «el yo como objeto». En esta visión, «el yo es una abstracción que un individuo desarrolla acerca de los atributos, capacidades, objetos y actividades que posee y persigue» (Coopersmith, 1967, p. 20). A diferencia del objeto de observación —la persona— el yo es una conceptualización *acerca* del objeto. El yo como objeto se representa gráficamente en la Figura 4-3, en el que el círculo grande representa a la persona, los círculos pequeños representan los diferentes roles que la persona desempeña en la vida (por ejemplo: mujer, madre, amiga), y

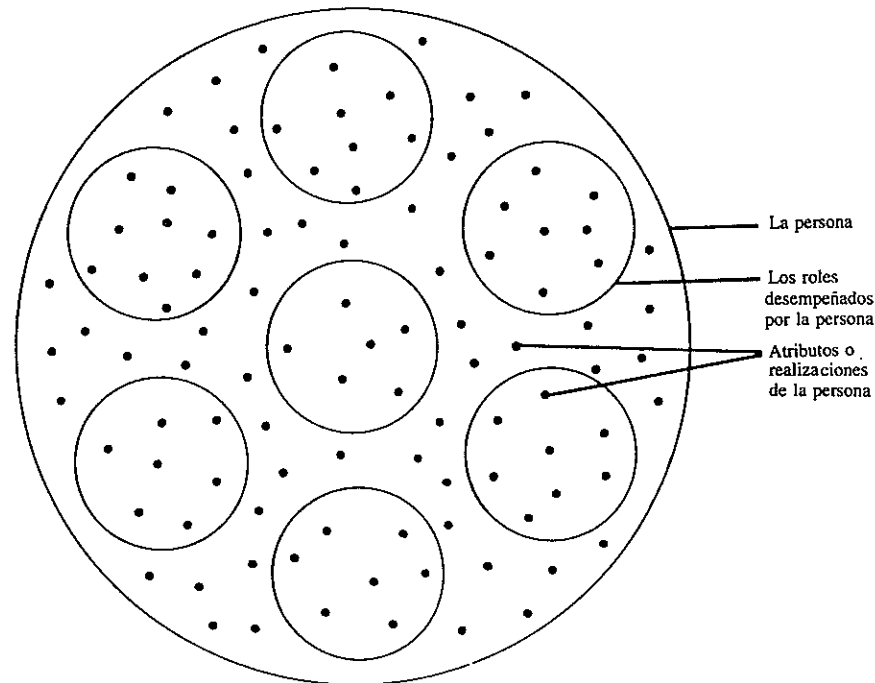


Figura 4-3 El Yo como Objeto

los puntos representan los diversos atributos y realizaciones de la persona. Por consiguiente, el yo, o el concepto de sí mismo, es la suma de los puntos conocidos por la persona.

Con un modelo de yo-como-objeto, es fácil para una persona identificar su yo como un rol (por ejemplo psicológico), como un atributo (por ejemplo egoísta), o como una conducta particular (por ejemplo una explosión de ira). De este modo, la gente se identifica a sí misma como tales cosas, como sus trabajos, su maternidad o paternidad, su dinero, su educación, su apariencia física, sus obras buenas o malas, etcetera. Desde este proceso de identificación, es probable que una persona vaya al siguiente paso y evalúe o clasifique el yo propio como siendo o bueno o malo.

La RET ha hecho una enorme contribución para ayudar a los clientes a frenar este proceso de auto-destrucción mediante la importante distinción entre auto-estima y auto-aceptación (Boyd y Grieger, 1982; Ellis, 1972, 1974a, 1974b; Ellis y Harper, 1975; Grieger, 1975). La auto-estima se refiere a la evaluación o clasificación del yo del individuo de ser bueno o malo, basándose en la presencia o ausencia de ciertos rasgos, conductas o atributos (puntos). La RET defiende la auto-aceptación más que la auto-estima basándose en la proposición de que los seres humanos son simplemente demasiado complejos para ser clasificados con exactitud. Se recomienda que la gente clasifique sus desempeños individuales, pero que prescinda

completamente de clasificarse a sí mismos. Lo que se sugiere, en cambio, es que la gente decida aceptarse a sí misma, *a priori*, como seres humanos falibles que, como todos los seres humanos hacen algunas cosas particularmente bien, algunas cosas pobremente y muchas cosas adecuadamente.

A pesar de las ventajas obvias de la RET de propugnar la auto-aceptación sobre la auto-estima, el modelo del Yo-como-objeto todavía se mantiene. Afirmando que existen problemas inherentes en la visión del Yo-como-objeto que pueden evitarse con un esquema alternativo. En primer lugar, con este modelo, existe una fácil progresión desde la auto-identificación a la auto-estima o auto-valoración, una postura muy asociada con la formación de una amplia variedad de problemas emocionales y conductuales (Ellis, 1972). En segundo lugar, al defender uno mismo el hecho de ser lo que uno hace o lo que uno tiene (los puntos propios), llega a ser muy difícil permitirse tomar toda una clase de aparentes auto-protectores que en realidad son posiciones auto-destructivas, tales como justificarse a uno mismo como una persona buena y por el contrario invalidar a otros, que gobierne y se permita la dominación, y producir los extremos de euforia y depresión. En tercer lugar, y quizá lo más importante, se limita el poder de la persona en la visión del Yo-como-objeto, ya que, al defenderse a uno mismo como objeto (una gran masa que consta de atributos y conductas percibidas), uno fácilmente se ve a sí mismo como lo que uno ya es. Es decir, uno fácilmente se ve a sí mismo como estático, formado, inerte, inamovible, e incambiable, y una percepción tal crea ciertamente barreras para el crecimiento y el cambio terapéutico. En esencia, por consiguiente, con un concepto de yo-como-objeto, se llega a ser víctima del propio auto-concepto, con lo que disminuye en gran medida la posibilidad de actuar de forma creativa, valerosa y nueva.

Una visión alternativa del yo, llamada aquí *yo como contexto* o *yo como potencial*, que yo creo que es la más útil, y la que contribuye de manera significativa al modelo ABC contextual a seguir. Esta visión comienza desde la perspectiva de que el yo *no* es lo que uno tiene o hace; es decir, no es la conducta del individuo; ni son los rasgos propios ni la inteligencia, ni su cuerpo, cabello o atributo físico; ni son los roles que uno desempeña. Una persona en realidad tiene y hace todas estas cosas, pero la persona *no* es estas cosas.

¿Por tanto, qué significa el constructo *yo como contexto*? Expresado muy simplemente, el yo en esta visión no es una cosa o un objeto; no tiene substancia, no es medible, más bien es metafísico. El yo, se tiene como el sustrato, el contexto o fondo, fuera del cuál emerge lo que la persona tiene o hace. Refiriéndonos de nuevo a la figura 4-3, el yo en este dibujo es todo el espacio vacío dentro de la persona (el espacio entre los puntos), que siempre tiene la facultad potencial de ser llenado y que engendra los atributos y realizaciones de la persona (los puntos mismos). Más que ser una identidad, el yo, es la fuente de las identidades; más que ser la suma de los atributos propios el yo es el espacio en que los atributos destacan y se desarrollan; más que ser la conducta propia, el yo es el terreno en el que crecen las conductas; más que ser las filosofías, valores y compromisos propios, el yo es el lugar del que estos emergen, florecen y declinan. El yo como contexto, en suma, es «el contexto en el que el contenido se cristaliza y ocurre el proceso, y no es cualquier proceso o contenido individual» (Bartley, 1978).

La importancia de tal conceptualización se verá más adelante cuando se desarrolle el modelo ABC contextual. Por ahora, es suficiente decir que la perspectiva

del yo-como-contexto tiene diversos beneficios importantes para este. El primero de todos, es que preserva e incluso intensifica la posición de auto-aceptación. Desde el momento en que uno simplemente no es lo que hace o tiene, la auto-valoración llega a ser llamativamente absurda. En segundo lugar, este modelo de yo obvia el concepto de auto-identidad, o el principio de «¿Quién soy yo?» «¿Quién es una persona?», se define como potencial —un terreno, una oportunidad, un contexto— de tal modo lo que uno *hace* y lo que uno *quiere hacer* emerge como un principio central. En tercer lugar, desde el momento en que el yo se ve como potencial, se abre la puerta a la creación, tomando la postura de que «Puedo crear mis propias creencias, sentimientos, y conductas sin un acto de voluntad (sólo porque quiero hacerlo), porque existe la ocasión y el potencial de hacerlo así». En cuarto lugar, el yo como potencial, conduce a la posición de que el cambio, psicoterapéutico o de cualquier otro tipo, es siempre posible y por lo tanto ofrece esperanza y motivación al individuo.

Vivir psicológicamente versus Vivir filosóficamente. La tercera de las cuatro posiciones de vida dicotómicas hace contrastar el *vivir psicológicamente* con el *vivir filosóficamente* (Siegel, 1984). En el polo de vivir psicológicamente, la gente se identifica a sí misma como seres exclusivamente psicológicos; se ven a sí mismos como sus atributos psicológicos, como siendo sus sentimientos, actitudes, necesidades y metas, más que ser ellos mismos meramente los que *contienen* o *tienen* estos atributos. El resultado de esta posición es que la gente llega a estar atrapada por su maquillaje psicológico. Desde el momento en que sostienen que su psicología es lo que ellos son, asumen que no tienen más alternativa que responder de acuerdo con lo que sienten o piensan. Así, por ejemplo, una persona que viva psicológicamente puede tener la intención de trabajar en un proyecto por la tarde, después se pone ansioso por algo durante el día y concluye que no es posible trabajar debido a esta ansiedad.

La posición de vivir filosóficamente no niega la existencia de acontecimientos psicológicos ni niega la coercitividad de tales acontecimientos. Vivir filosóficamente, sin embargo, es una posición que tiene el efecto de no deificar la psicología propia; es decir, nota el estado psicológico propio pero lo deja a un lado. Vivir filosóficamente significa que uno sostiene la palabra propia, o sus promesas y compromisos tienen la máxima importancia, independientemente de cómo se sienta en un determinado momento del día. En esta posición más bien únicamente filosófica, se afirma que la posición que uno toma o las promesas que uno da son eminentemente más importantes que cómo se siente o incluso que lo que uno desea. Así cuando uno da una palabra («Te recogeré para comer el martes a las 12»), la mantiene a pesar de cómo se sienta («Estoy deprimido y mantendré mi palabra»), o lo que uno quiere («Me gustaría más bien ir a hacer jogging, pero mantendré mi compromiso»), o lo que es conveniente («Me levantaré una hora antes para tener hecho el trabajo de la oficina, para poder mantener mi compromiso de ir a comer con ella»). Tomando de un modo genuino esta posición de vida, una persona puede superar las dilaciones, irresponsabilidades, y todo un cúmulo de posturas pasivas e inútiles en la vida.

Centrarse en el Efecto versus Centrarse en la Causa. La cuarta y última de las posiciones de vida dicotómicas ha sido denominada *centrarse en el efecto versus*

centrarse en la causa (Rhinehart, 1976). Centrarse en el efecto es una posición en la que uno cree que las circunstancias de la vida propia controlan el destino y bienestar propio. Si ejemplificásemos esta posición sonaría algo así como, «Mi bienestar, mi felicidad, mis objetivos a conseguir, dependen de las circunstancias, se conseguirán por casualidad». Con una filosofía tal es fácil imaginar que una persona se sienta como una hoja preparada para ser movida por el viento al azar, una víctima desgraciada que es probable que responda con desesperanza, depresión, cólera y acritud cuando las circunstancias sean adversas.

La posición contraria, centrarse en la causa, comienza cuando una posición de responsabilidad personal para el propio bienestar del individuo, para como uno responde a los acontecimientos, y para las elecciones que uno hace en la vida, independientemente de las circunstancias. La responsabilidad en esta perspectiva no incluye honra o reprobación, verdadero o falso, bueno o malo; es el «punto de vista» en el que uno «elige» no verse a sí mismo como víctima, sino como un ser más grande que las circunstancias. Si lo ejemplificásemos, centrarse en la causa sonaría algo así como esto: «Nadie o nada está puesto en el mundo para que mi vida funcione; soy totalmente responsable de mi propio bienestar, y acepto esa responsabilidad. Incluso aunque no sepa lo que puedo hacer para superar esta circunstancia adversa, me comprometo a hacer lo que sea necesario para hacer que mi vida funcione. Ahora puedo tener esta cosa mala en mi vida, y puedo no ser capaz de cambiar las circunstancias, pero me ocuparé de vivir positiva y esperanzadamente de cualquier forma». Por continuar con la analogía de la hoja, en esta posición la persona se tiene a sí misma como el viento, o «causa de lo que ocurre», no como un objeto desvalido abofeteado por fuerzas incontroladas. Al tomar esta posición, es menos probable que una persona se queje o experimente depresión, rabia, frustración extrema, baja tolerancia a la frustración, u otros síntomas del trastorno emocional cuando las circunstancias son adversas.

He observado que la mayoría de la gente, particularmente aquellas personas que tienen una perturbación emocional, adoptan el primer polo de cada una de las cuatro dicotomías que acabamos de discutir. Tienden a endosar exigencia, a ver el Yo como objeto (acompañado de auto-estima o auto-valoración), vivir psicológicamente, y centrarse en el efecto. Hasta que llegan a darse cuenta de las posiciones que tienen y de su impacto sobre su funcionamiento, y hasta que tomen responsabilidad propia, están probablemente obrando como víctimas que creen que no pueden realizar cambios significativos en sus vidas.

Valores (Bv)

Comparto con Ellis (1974b, 1984) la visión de que los seres humanos están motivados innatamente y orientados hacia las metas, pero, en contraste con los freudianos y otros teóricos, que defienden que la motivación humana es ampliamente biológica, instintiva, e inconsciente, yo creo que los motivos pueden entenderse mejor en términos de valores (Peterson, 1968). Es decir, la gente llega a valorar ciertos resultados y de este modo están motivados a actuar por los valores que tienen. Por ejemplo, si yo valoro el baloncesto y no la ópera, estaré estimulado a asistir a partidos de baloncesto más que a las óperas; si valoro una única relación íntima más que diversas más casuales, actuaré para conseguir y mantener una

relación comprometida; si valoro el hacer psicoterapia más que la investigación psicológica pasaré una gran parte de mi tiempo haciendo terapia, y poco o nada investigando.

De acuerdo con Ellis (1984), los seres humanos casi siempre tienen los valores básicos de (1) continuar viviendo, y (2) ser felices mientras viven. Bajo la rúbrica de ser felices, parece que los valores humanos se pueden agrupar en términos de (a) amistad, afecto, y amor, tanto en relaciones íntimas como en relaciones más superficiales, (b) éxitos en el trabajo y en actividades similares, (c) diversión y placer en actividades recreativas y hobbies, y (d) comodidad o tranquilidad en la corriente general de la vida.

En el modelo ABC contextual, la forma en que los valores influyen exactamente sobre las acciones depende de su interacción con las posiciones de la vida que una persona tiene, en concreto con la dicotomía exigencia-afirmación (ver apartado previo). Cuando una persona respalda la posición de vida de afirmación, los valores tienden a ser experimentados y expresados en términos tales como anhelos, deseos, necesidades y preferencias, tal como «Quiero (o prefiero) gustarte». Con valores defendidos en este sentido, se está motivado a solicitar lo que es válido y, dependiendo de si se obtiene o no ese resultado válido, es o placentero/feliz o displacentero/desgraciado. Respaldando la posición de vida de exigencia, los valores se mantienen y expresan en términos de debería, he de, debo, tengo que y necesito, como en la frase «Necesito tu aprobación» o «Debes aprobarme». Los valores mantenidos de esta forma se caracterizan por el absolutismo, la necesidad, el todo o nada, y o el uno o el otro, y tienden a mostrarse asociados con desesperación por lo que se valora; depresión, culpa, e ira al ser frustrado en la obtención de lo que se valora; y ansiedad por obtener y guardar lo que se valora.

Hábitos interpretativos (Bi)

La tercera y última de las categorías de las cogniciones delineadas en el modelo ABC contextual son los hábitos interpretativos (Bi). Contenidos contextualmente dentro de las posiciones de vida (Bp) y valores (Bv) de la gente, éstos tienen que ver con las inferencias y conclusiones que la gente hace sobre los aspectos no observados de los objetos y situaciones con los que se encuentra.

Es un presupuesto del modelo ABC contextual que la gente, de una forma natural y regular realiza interpretaciones situacionales. Lo que es importante aquí, sin embargo, son las interpretaciones *habituales* y *recurrentes* que la gente ha aprendido y realiza en todas las situaciones, las cuales colorean o crean su «visión de la vida». Además, *interpretación* aquí se refiere tanto al estilo habitual de procesamiento de información de la persona (por ejemplo, general versus específico, lógico versus no consecuente, realista versus minimizado o magnificado) como al contenido de las conclusiones que una persona habitualmente deduce. Ejemplos de esto último incluyen (1) locus of control interno versus externo (Rotter, 1966), en el que la gente asume que algo que le ocurre es debido directamente a sus acciones (locus externo); (2) expectativas de auto-eficacia (Bandura, 1977), la «convicción de que uno puede realizar de forma exitosa la conducta requerida para producir los resultados» (p. 194); (3) perspectiva de resultado (Bandura, 1977), o la estimación de una persona de que una conducta dada le conducirá a ciertos

resultados; (4) una visión del mundo amigable, soportable y buena versus abrumadora y con demandas desorbitadas (Beck, 1967); y (5) una visión del futuro esperanzada y positiva versus desolada y difícil (Beck, 1967).

CREACION COGNITIVA DE CONSECUENCIAS

Hasta ahora en el modelo ABC contextual, se han delineado dos elementos importantes: (1) un mundo real que contine un número ilimitado de potenciales acontecimientos activadores y que ofrece un «campo de juego» para que la gente intente rellenar sus metas y valores; y (2) una persona que, a lo largo del curso de la vida, ha adquirido y mantenido una variedad relativamente estable de atributos cognitivos que permanecen bastante estables a lo largo de las situaciones, los más importantes de los cuales al determinar la experiencia propia en la vida han sido clasificados aquí como posiciones de vida, valores y hábito interpretativos. Comentaré ahora la interacción de ambos en la producción de acciones y reacciones humanas, resumidos o como un proceso *activo-reactivo* o como un proceso *activo-activo*. Estos procesos se han presentado en el centro de la persona de la Figura 4-2, se han detallado en las Figuras 4-4 y 4-5, y se comentarán por separado.

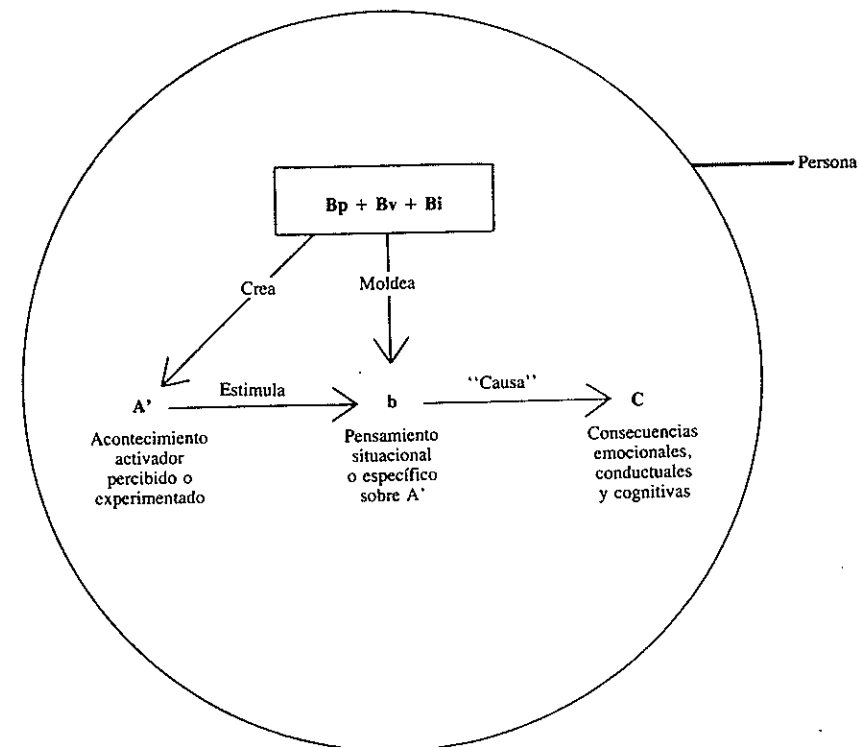


Figura 4-4 El Proceso Activo-Reactivo. (Bp = posiciones de vida; Bv = valores; Bi = hábitos interpretativos)

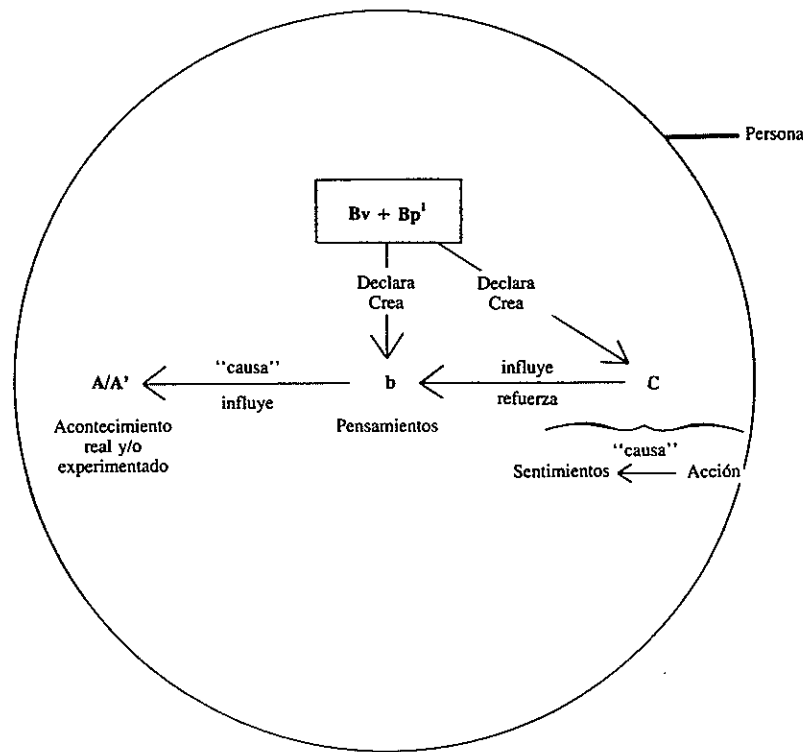


Figura 4-5 El Proceso Activo-Activo. (Aquí, $Bv + Bp$ = posición de vida de vivir filosóficamente)

El proceso activo-reactivo

Tras Ellis (1976, 1979, 1984), el modelo ABC contextual afirma que se puede entender mejor a la gente como personas que intentan completar lo que valoran en los ambientes que contienen numerosos y potenciales acontecimientos activadores. La gente no reacciona mera y pasivamente a los acontecimientos que encuentra, sino que, por el contrario, como se ha dicho anteriormente, operan activamente para crear sus ambientes y después actúan de forma activa sobre los ambientes que han creado de forma que esto «causa» sus reacciones.

Se puede ver este proceso en la Figura 4-4, que es un zoom de la parte central de la persona representada en la Figura 4-2. Primero y en parte como resultado de intentar satisfacer sus valores (Bv), la gente busca ambientes o partes de ambientes (A') que piensan que completarán sus valores. Por ejemplo, la gente va a las fiestas, bares, y otros lugares sociales porque valoran la diversión, las atenciones o la estimulación. Después, llevando sus valores (Bv), sus posiciones de vida (Bp), y sus hábitos interpretativos a estos ambientes, también atienden selectivamente y

perciben e interpretan prejuiciosamente lo que encuentran. De este modo, para empezar, la gente realmente crea los acontecimientos activadores (referidos al acontecimiento activador percibido o experimentado y designados como A') que ellos eventualmente producen para causar sus reacciones emocionales y conductuales.

Como siguiente paso en el proceso, la gente piensa sobre el acontecimiento activador experimentado (A'). Aún así, mientras la gente puede que tenga cierto número de pensamientos sobre sus acontecimientos activadores experimentados (A'), estos pensamientos raramente son ocasionales o accidentales. Por el contrario, el pensamiento que la gente tiene sobre A' , designado en la Figura 4-4 como b , está fuertemente moldeado por sus cogniciones de orden más alto, y de forma más notable por sus posiciones de vida (Bp), valores (Bv), y hábitos interpretativos (Bi). Lo más destacado en b , por consiguiente, son tanto el pensamiento preferencial como exigente (reflejando la posición de la vida de la exigencia o de la afirmación), el pensamiento evaluativo o no evaluativo sobre uno mismo o sobre los demás (yo como objeto versus yo como contexto), y pensamientos que reflejan una creencia en que uno es poderoso y tiene control (la posición de vida de pensar en las causas y vivir filosóficamente) o una creencia de que uno es relativamente débil e inútil (centrarse en el efecto y vivir psicológicamente). Así, el pensamiento que sigue a cualquier experiencia o evento particular (A') puede ser único y ocasional pero es más probable que esté moldeado o formado por cogniciones básicas y permanentes transportadas con la persona a través de las situaciones.

Finalmente, siguiendo la RET, la interacción de A' y b influye con fuerza en las consecuencias o reacciones emocionales, conductuales y cognitivas. En otras palabras, el pensamiento (b) que la gente tiene media entre A' y C y por lo tanto puede decirse que «causa» o «crea» C . Cuando el pensamiento en b se hace exigente (como en «debes») y/o auto-valorativo, en general C consiste en una perturbación emocional (por ejemplo, sentimientos agudos de enojo, depresión, culpa y auto-denigración, y ansiedad; y conductas de auto-derrota o auto-limitación del tipo de demoras, fobias, compulsiones, posesividad, auto-destrucción, y agresión).

El proceso activo-activo

El proceso ativo-activo (ver Figura 4-5) es, que yo sepa, un nuevo concepto en la literatura de la RET. Se deriva del constructo de yo como contexto o potencial y, de forma más importante, de la posición de vida filosófica. Como se recordará, una persona que está viviendo filosóficamente toma la postura de que los modelos de respuesta psicológica propios no son tan importantes como los compromisos, promesas, o posiciones declaradas que se han adquirido. Al vivir filosóficamente, uno *crea y declara* que las promesas que uno hace (a sí mismo o a otros) y las acciones necesarias para llevar a cabo esas promesas son más importantes que cómo uno siente, y escucha el auto-diálogo con respecto a estas declaraciones.

En el proceso activo-activo, por consiguiente, el concepto de una *declaración* es crucial. En el espíritu del modelo ABC contextual, una declaración es un acto de creación que no tiene nada que ver con la verdad o la validez empírica; una declaración llega a ser algo simplemente porque una persona lo dice así, o lo declara. Como ejemplos de declaraciones podemos apuntar los siguientes; un juez

declara culpable a un procesado; un árbitro de beisbol pita una falta; un padre pone a su hijo el nombre de «José»; un sacerdote declara casado a alguien; una persona se perdona a sí misma por una acción equivocada; una persona dice, «Te quiero», a otra. Todas estas consecuencias suceden o llegan a ser reales simplemente porque alguien con autoridad las dice así.

La importancia del proceso de declaración es que la gente, al respaldar la posición de vida filosófica, tiene el poder de crear fuera de sus propias declaraciones auto-iniciadas el modo en que actuarán, sentirán, y pensarán sin ningún suceso estimulador o condición inmediata o previa. Puede ocurrir, que una vez que uno declara que actuará de cierta forma y continúa con la declaración, se da un proceso de sentimiento y pensamiento concordante con la acción; es decir, el acto auto-iniciado «causará» sentimientos y pensamientos congruentes con la acción (ver Figura 4-5). Además, también puede ocurrir que los acontecimientos del ambiente, llamados anteriormente acontecimientos activadores, empiezan a responder de una forma que concuerda con este proceso. La persona, a la larga, ha influido realmente en la producción de los acontecimientos en el ambiente. De ese modo, estos acontecimientos llegarán a ser las consecuencias de que el individuo intervenga directamente en el punto C de tal modo que es posible que el proceso ocurra de C a B a A, más que de la forma habitual A-B-C.

Tomemos, por ejemplo, un marido que se encuentra inmerso en un matrimonio que es conflictivo y está en crisis; a menudo está enfadado con su mujer, con frecuencia actúa de forma brusca y hostil hacia ella, y regularmente se enfrasca con ella en discusiones. En medio de esta situación puede tomar la postura de que ella tiene la culpa en el conflicto e, incluso más, que es la que le hace a él sentirse y actuar como lo hace (cree que A causa C). Incluso puede ir más lejos y hacerle responsable de sus acciones y sentimientos (considerar que sus B causan C), pero incluso así cree que no tiene más elección que actuar y sentir como lo hace hasta que él cambie o lo hagan las acciones de ella, o sus propios pensamientos, o ambas cosas (vivir psicológicamente). Por ambos caminos, continuará su conducta de destrucción del matrimonio.

Ahora, imagina un escenario completamente nuevo en el que este mismo hombre vive de forma filosófica; cree que sus compromisos son más importantes que cómo se siente, e incluso más, cree que puede elegir actuar de ciertas formas simplemente porque declara desearlo. De este modo, queriendo intentar hacer viable de nuevo su matrimonio, *declara* que actuará con consideración, respeto e incluso con amabilidad con su mujer, incluso aunque sus sentimientos o actitudes hacia ella no sean consistentes con esto; en efecto, crea estas conductas en C sin otra cosa excepto su valoración del matrimonio y su propia declaración (ver Figura 4-5). Imagina, además, que este marido también *declara* que con mayor frecuencia pensará acerca de los buenos atributos de su mujer, que recordará más a menudo los buenos tiempos que pasaron juntos, y que imaginará frecuentemente que es feliz con ella en el futuro. Ahora ha creado pensamientos en b, con ningún acontecimiento activador presente o necesario para estimularlos. Dentro de poco, él se «causará» sentimientos consistentes con sus acciones, y se verá influenciado y reforzado, por sus sentimientos y acciones positivas, los pensamientos, recuerdos y fantasías positivas que tiene sobre su esposa en b. Lo que es probable que ocurra, como se observa a menudo en la terapia de pareja, es que cuando uno de los miembros (aquí, el marido) mantiene conductas positivas hacia el otro, éste (aquí,

la esposa) tiende a ceder y actuar de formas consistentes con la conducta positiva que recibe. En términos RET este marido, creó la A. En efecto, creando C, influyó sobre b, y tanto C como b «causaron» A.

ALGUNAS IMPLICACIONES PARA LA PSICOTERAPIA Y LA SALUD

El modelo ABC contextual *no* es un nuevo modelo de psicoterapia; más bien, es el ABC de la RET ampliado de forma que representa la complejidad de las cogniciones humanas; las relaciones diversas y fluidas entre los A, las B, y las C; y el poder que tienen las personas para influir e incluso crear sus creencias, acciones y sentimientos, independientemente de la realidad externa. Este modelo es intensamente cognitivo y filosófico en su núcleo y, como tal, aprueba y persigue de forma intensa apoyar las premisas y técnicas fundamentales de la terapia racional-emotiva. De acuerdo con las metas y fines de la RET, entonces, algunas de las implicaciones para la psicoterapia del modelo ABC contextual son las siguientes:

Promoción del cambio concreto

Una característica que distingue a la RET de otras terapias cognitivo-conductuales es su meta preferente del cambio concreto o especializado (Ellis, 1971, 1974b, 1977, 1979; Grieger y Boyd, 1980). El *cambio* concreto significa primero disminuir o reducir la aprobación del cliente de las cogniciones que producen perturbación, más que la mera eliminación del síntoma o solución del problema ambiental; además, el cambio concreto significa disminuir o reducir las actitudes o creencias evaluativas disfuncionales (Ejemplo, «Debo caer bien») más bien que las interpretaciones no evaluativas, inexactas (ejemplo, «No caigo bien a nadie»), aunque las últimas son todavía consideradas molienda apropiada para el molino terapéutico.

El modelo ABC contextual va más allá de la exploración y mejora de las b específico-situacionales hacia el descubrimiento y modificación de las B mantenidas de forma más profunda y permanente (Posiciones de vida, valores, y hábitos interpretativos). Invitando a los clientes a descubrir sus B (a menudo inconscientes) y enseñándoles el enorme impacto de esas B sobre sus percepciones y respuestas a los acontecimientos de sus vidas, y de este modo, para la calidad real de las mismas, se hace absolutamente clara y palpable la «necesidad» de un cambio concreto del más profundo grado.

Promoción del cambio filosófico

Estrechamente relacionado, e incluso concordante con la aprobación y apoyo del cambio concreto está la promoción del cambio filosófico. Ellis (1962, 1971) ha afirmado con frecuencia que la RET es mucho más un esfuerzo filosófico que psicológico, en el que los problemas emocionales y conductuales son esencialmente el resultado de tener creencias o filosofías disfuncionales o auto-destructivas. La terapia exitosa, por consiguiente, incluye renunciar a estas filosofías y sustituirlas

por otras más factibles. Realmente, los practicantes más experimentados de la RET dedican un gran porcentaje de tiempo con sus clientes a los cambios filosóficos.

El modelo ABC contextual está profundamente unido a esta perspectiva. Una relectura del apartado de este capítulo sobre las posiciones de vida mostrará que cada una de las cuatro dicotomías descritas son posturas filosóficas que puede decirse que guían y establecen las fronteras de nuestro pensamiento, acción y sentimiento. Esto forma el fondo o contexto fuera del cual sobresale cualquier otra cosa. En el modelo ABC contextual, entonces, correspondería al terapeuta centrarse en los resultados más específicos y de largo alcance, es decir, hacer de la corrección de las posiciones de vida (Bp) el primer trabajo terapéutico, con el cambio interpretativo (Bi) y de pensamiento (b) consiguientes.

Apoyo de la auto-aceptación

Un aspecto de la RET particularmente poderoso y único es su aprobación de la auto-aceptación (aceptación de uno mismo no evaluativa, *a priori*) sobre la auto-estima (basado en un criterio, en un proceso condicional de valoración del yo). La gente está animada a evaluar sus ejecuciones honestamente, pero no a extender esto a la evaluación de sí mismos (Ellis, 1971, 1972, 1974a, 1974b, 1977).

Al articular el concepto del yo como contexto (o como potencial), más que como un objeto, el modelo ABC contextual proporciona una oportunidad más clara para que los clientes se liberen de su auto-evaluación. Puesto que, cuando el yo se concibe como el potencial *fuera del cual* lo que uno hace y tiene emerge, pero no es lo que uno hace o tiene, se dispara el absurdo de la auto-evaluación y nos deja con la única alternativa viable, un modelo de auto-aceptación.

Reconocimiento de que la perturbación emocional es irrelevante

Un fenómeno apuntado por muchos terapeutas RET es lo que ha sido llamado un «problema de segundo nivel» (Ellis, 1971, 1974a, 1977, 1979; Ellis y Harper, 1975; Grieger y Boyd, 1980). Lo que esto significa es que, una vez que la gente desarrolla un problema emocional, por ejemplo una fobia social, a menudo desarrollan otro problema emocional *sobre* el problema original, como la depresión o la ira por tener fobia. En la RET, a menudo, encontramos necesario ayudar a los clientes a librarse del segundo problema antes de abordar el problema original.

El modelo ABC contextual lleva esta práctica un paso más lejos al defender que la gente adopta y práctica las posiciones de vida de vivir filosóficamente y ocuparse de la causa. Al decidirse que son los responsable últimos de lo que les sucede en la vida, a pesar de las barreras y circunstancias adversas, y con la determinación de que defenderán sus compromisos independientemente de cómo se sientan en un determinado momento del día, los clientes tienen el poder de hacer que sus problemas emocionales sean irrelevantes. Estos problemas emocionales, entonces, llegan a ser simplemente barreras, circunstancias, o posiciones psicológicas, como muchas otras que pueden vencerse o incluso olvidarse, si los clientes continúan trabajando en la creación de satisfacción y felicidad en sus vidas.

Para ilustrar brevemente este concepto expondré el caso de una mujer de cincuenta años que comenzó a sentirse deprimida por las diversas compulsiones

graves que desarrolló después de la muerte repentina de su hija de veinte años. Mientras trabajaba en las creencias irracionales que subyacían a sus compulsiones, le enseñé las dos posiciones de vida de vivir filosóficamente y ocuparse de la causa. Ella, con ánimo, las utilizó en su vida satisfactoriamente. Para usar sus palabras, se convenció a sí misma para tomar la siguiente actitud: «Estas compulsiones son estúpidas y son una molestia para la vida, pero sólo ocupan una parte de mi tiempo. Estoy decidida a disfrutar de los ratos que no actúe así, y encontraré activamente formas de hacerlo así, a pesar de las compulsiones. Mi vida es más grande que estas compulsiones». En poco tiempo su depresión desapareció, y ella y yo, estamos concluyendo ahora la terapia sobre sus compulsiones. El punto clave, sin embargo, es que, incluso si ella es incapaz de librarse a sí misma completamente de sus compulsiones puede tener una vida feliz, mientras mantenga esta actitud. En efecto, entonces, tiene que hacer sus compulsiones irrelevantes para disfrutar de la vida.

Movimiento hacia un modelo de satisfacción

Aunque todos nosotros probablemente estaremos de acuerdo en que se necesita mucho más que la ausencia de síntomas para la salud mental (Ardell, 1979, Ellis, 1980a, 1980b; Phare, 1979; Rogers, 1961), la mayoría de los campos de psicoterapia están encerrados en un modelo de enfermedad que enfatiza el remedio de la sintomatología emocional, conductual, y/o social. Aunque la RET es ciertamente notable por sus métodos didácticos, su interés por el público a través de la literatura de auto-ayuda, y su gusto por usar vehículos radicales para llegar a grandes grupos de personas (por ejemplo, los famosos maratones de fin de semana de Ellis), en conjunto se acomoda a la estructura de remedio terapéutico. Un enfoque alternativo está incorporado en el movimiento de salud holista o satisfacción en el que la terapia se define como «cualquier intento para ayudar a que el paciente logre un alto nivel de satisfacción» (Kaplan, Saltzman y Ecker, 1979). El tratamiento entonces se centra en el cuidado de la salud en lugar de, o además de, el cuidado de la enfermedad.

Me parece que el modelo ABC contextual se acomoda a las condiciones del modelo de satisfacción de un forma bastante buena. Además de hacer psicoterapia con gente «enferma», el modelo sugiere formas de ayudar a que la gente logre altos niveles de satisfacción, para ello el modelo enseña posiciones de vida saludables (por ejemplo, afirmación en lugar de exigencia; centrarse en la causa más que centrarse en el efecto), actitudes saludables concretas (por ejemplo, «No necesito tener siempre éxito»), y diversas habilidades útiles para la vida (por ejemplo, habilidades de comunicación, habilidades de auto-análisis), así como auto-aceptación y posturas anti-catastrofistas.

Intensificación del poder personal

Mucha gente cuando intenta definir a una persona mentalmente sana o de «pleno funcionamiento» incluye términos que transmiten la habilidad de una persona para actuar de forma independiente, libre, auto-directiva y poderosa. Los

conceptos incluyen el término de directividad propia de Rogers (1961), el centrarse en la habilidad de la persona para hacer elecciones libremente de Wessler y Wessler (1980), y los criterios de auto-interés, auto-dirección, compromiso, y aceptación del riesgo de Ellis (1980a).

Si estos rasgos sin duda caracterizan a las personas sanas, entonces el modelo ABC contextual ofrece la única estructura desde la que ayudar a las personas a obtener estos atributos. Puesto que, además de ayudar a la gente a librarse de las demandas y auto-valoraciones irracionales, el terapeuta puede ayudar a los clientes y a otras personas a adoptar las posiciones de vida de vivir filosóficamente y centrarse en la causa, en consecuencia enseña a las personas a vivir de una forma creativa y afirmativa independientemente de las circunstancias propias o ajenas de sus vidas. Adoptando estas posiciones, la gente actúa porque están decididos a hacerlo así, no porque se sientan o no se sientan bien o porque otros le vayan a aprobar o no; es decir, llegan a las posiciones de dominio, libertad, y completa autonomía personales.

CONCLUSION

El modelo ABC contextual representa una desviación del paradigma ABC tradicional de la RET. Aunque de ninguna forma denuncia la teoría o la práctica de la RET, su intento es capturar de una forma dinámica y tridimensional los intrincados del sentimiento, pensamiento y acción humanos y las complejidades de las cogniciones humanas. Se hacen distinciones entre los pensamientos, ideas y creencias situacional-específicas (b minúsculas) y las filosofías y estilos relativamente permanentes y constantes (B mayúsculas). Estas últimas incluyen las posiciones de vida (expresadas a través de las dicotomías de exigencia versus afirmación, yo como objeto versus yo como contexto, vivir psicológicamente versus vivir filosóficamente, y centrarse en el efecto versus centrarse en la causa). Las otras B son los valores y los hábitos interpretativos. También se comentan los procesos activo-reactivo y activo-activo. El primero tiene que ver con la facultad de las B para moldear y crear tanto los acontecimientos del mundo como los percibidos por la persona y el pensamiento situacional-específico que una persona tiene sobre estos acontecimientos percibidos. La última tiene que ver con la facultad que una persona tiene para crear acciones, sentimientos y pensamientos independientemente del suceso estimulador.

Se espera que los conceptos y constructos presentados en el modelo ABC contextual promuevan las metas básicas de la terapia racional emotiva, que son la promoción del cambio concreto y filosófico, la eliminación de los problemas de segundo nivel o problemas emocionales sobre el problemas emocional, y la intensificación de la satisfacción y poder personal. Serán bien recibidas las reacciones y comentarios a este capítulo, dentro del espíritu de continuo desarrollo de la RET.

REFERENCIAS

- Ardell, D. B. (1979). *High Level Wellness*. Emmaus, Pa.: Rodale Press.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bartley, W. W. (1978). *Werner Erhard: The transformation of a man; the founding of EST*. New York: Clarkson N. Potter.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber.
- Bernard, M. E. (1980). Private thoughts in rational-emotive psychotherapy. *Rational Living*, 15, 3-8.
- Boyd, J., & Grieger, R. (1982). Self-acceptance problems. In R. Grieger & I. Z. Grieger (Eds.), *Cognition and emotional disturbance*. New York: Human Sciences Press.
- Bry, A. (1976). *EST*. New York: Avon Books.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: W. H. Freeman.
- Dickstra, R., & Dassen, W. F. (1979). *Rationale Therapie*. Amsterdam: Swets and Zeitlinger.
- Earle, M., & Regin, N. (1980). *A world that works for everyone*. San Francisco: The EST Enterprise.
- Ellis, A. (1958). Rational Psychotherapy. *Journal of General Psychology*, 59, 35-49.
- Ellis, A. Razón y emoción en psicoterapia. Bilbao. Desclée De Brouwer, 1975.
- Ellis, A. (1971). *Growth through reason*. North Hollywood, Calif.: Wilshire Book Company.
- Ellis, A. (1972). Psychotherapy and the value of a human being. In W. Davis (Ed.), *Value and valuation: Aetiological studies in honor of Robert. A. Hartman*. Knoxville, Tenn.: University of Tennessee Press.
- Ellis, A. (1974a). *How to stubbornly refuse to be ashamed of anything*. Cassette recording. New York: Institute for Rational Living.
- Ellis, A. (1974b). *Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach*. New York: McGraw-Hill.
- Ellis, A. (1976). RET abolishes most of the human ego. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 13, 343-348.
- Ellis, A. (1977). The basic clinical theory of rational-emotive therapy. In A. Ellis & R. Grieger (Eds.), *Manual de terapia racional emotiva*. Bilbao. Desclée De Brouwer.
- Ellis, A. (1979). The theory of rational-emotive therapy. In A. Ellis & J. Whiteley (Eds.), *Theoretical and empirical foundation of rational-emotive therapy*. Monterey, Calif.: Brooks/Cole.
- Ellis, A. (1980a). An overview of the clinical theory of rational-emotive therapy. In R. Grieger & J. Boyd, *Rational-emotive therapy: A skills-based approach*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Ellis, A. (1980b). Rational-emotive therapy and cognitive behavior therapy: Similarities and differences. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 325-340.
- Ellis, A. (1984). Expanding the ABCs of RET. In A. Freeman & A. Mahoney (Eds.), *Cognition and psychotherapy*. New York: Plenum.
- Ellis, A., & Haper, R. A. (1979). *A new guide to rational living*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- Eschenroeder, C. (1982). How rational is rational-emotive therapy? A critical appraisal of its theoretical foundation and therapeutic methods. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 381-392.
- Grieger, R. (1975). Self-concept, self-esteem, and rational-emotive theory. *Rational Living*, 10, 12-17.
- Grieger, R., & Boyd, J. (1980). *Rational-emotive therapy: A skills-based approach*. New York: Van Nostrand Reinhold.

- Huber, C. H. (1985). Pure versus pragmatic RET. *Journal of Counseling and Development*, 63, 321-322.
- Kaplan, R., Saltzman, B., & Ecker, L. (1979). *Wholly alive*. Millbrae, Calif.: Celestial Arts.
- Mahoney, M. J. (1980). Psychotherapy and the structure of personal revolutions. In M. J. Mahoney (Ed.), *Psychotherapy process*. New York: Plenum.
- Maultsby, M. C. (1975). *Help yourself to happiness*. New York: Institute for Rational Living.
- Peterson, D. R. (1968). *The clinical study of social behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Phares, E. (1979). *Clinical psychology: Concepts, methods and profession*. Homewood, Ill.: Dorsey Press.
- Rhinehart, L. (1976). *The book of EST*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person*. New York: Houghton-Mifflin.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80 (1, Whole No. 609).
- Siegel, A. (1984). *Ideas*. Paper presented at The Forum Conference, San Francisco, Calif., July 2-6.
- Smith, D. (1982). Trends in counseling and psychotherapy. *American Psychologist*, 37, 802-809.
- Wessler R., & Wessler, R. L. (1980). *The principles and practice of rational-emotive therapy*. San Francisco, Calif.: Jossey-Bass.

5

Revisión de los Estudios de Resultado de la Terapia Racional-Emotiva desde 1977 a 1982*

Terrance E. McGovern y Manuel Silverman

La psicoterapia racional-emotiva, un modelo clínico importante que ha sido adoptado por muchos clínicos, trabajadores sociales, y otros profesionales de salud mental, ha generado una considerable investigación (Corey, 1977, Ellis, 1977; Shertzer y Stone, 1980). En la revisión más reciente de la literatura que evalúa la efectividad de la RET, DiGiuseppe y Miller (1977) dividieron 22 trabajos en estudios de resultado no comparativos, que no comparaban la RET con ningún otro tipo de terapia, y estudios de resultado comparativos, que sí que lo hacían. Este capítulo revisará la literatura existente desde 1977 hasta mediados de 1982 y seguirá con el mismo esquema usado por DiGiuseppe y Miller (1977).

ESTUDIOS NO COMPARATIVOS

Los estudios no comparativos comentados aquí se presentan en la Tabla 5-1.

Ansiedad

Hymen y Warren (1978), centrándose en la ansiedad ante los exámenes, utilizaron a 11 estudiantes de últimos cursos y los dividieron en dos grupos de

* Este capítulo fue publicado originalmente en el *Journal of Rational-Emotive Therapy*, 1984, 2, 1.

Tabla 5-1 Estudios no comparativos: de 1977 a mediados de 1982

Nombre/Año	Comparaciones	Problema	Sujetos	Resultado
<i>Hymen y Warren (1978)</i> <i>Barabasz (1979)</i>	RET + imaginación vs. RET - imaginación Excitación psicofisiológica = RET vs. placebo vs. no tratamiento	Ansiedad ante los exámenes Ansiedad ante los exámenes	11 estudiantes de últimos cursos 48 estudiantes	Ninguna diferencia significativa RET significativamente mejor que placebo y no tratamiento
<i>D'Angelo (1978)</i>	RET vs. grupo control	Temor a la crítica negativa	78 sujetos	RET significativamente mejor
<i>Katz (1978)</i>	RET vs. placebo vs. no tratamiento	Ansiedad ante los exámenes	30 estudiantes	RET significativamente mejor
<i>Rosenheim y Dunn (1977)</i>	Terapia Conductual Racional (RBT) solamente	Multisintomático	5 hombres y 7 mujeres en un marco militar	Mejoría pero no significativa
<i>Roberts (1977)</i> <i>Krenitsky (1978)</i>	RET vs. grupo control ERE (Educación Racional Emotiva) vs. placebo vs. grupo control	Síntomas múltiples Relación entre edad/CI y eficacia de la ERE.	48 estudiantes 59 adultos entre 60 y 79 años	RET significativamente mejor Edad/CI no significativo. REE significativo en el pensamiento racional y en el ajuste emocional; no significativo en la escala de neuroticismo.
<i>Ritchie (1978)</i>	ERE vs. grupo control	Creencias irracionales; asertividad; locus of control	200 estudiantes de quinto curso	ERE significativo en las creencias irracionales; mejoría en asertividad/locus of control
<i>Patton (1978)</i>	Terapia Conductual Racional (RBT) vs. grupo control	Trastornos emocionales	34 adolescentes con trastornos emocionales	RBT significativo por el RBT Concept Test/Common Perception Inventory/Internal-External scale/Time-competence Scale del Personal Orientation Inventory;
<i>Savitz (1979)</i>	RET vs. grupo control	Trastornos emocionales	35 pacientes ambulatorios	mejoría pero no significativa por la Inner-Directed Support Scale y todas las subescalas del Observational Emotional Inventory
<i>Bigney (1979)</i> <i>Rainwater (1979)</i>	RET vs. grupo control Estudio de caso único RET	Cambios de personalidad/carácter Obsesión	12 matrimonios en terapia de pareja Mujer obsesiva	No medidas dependientes pero mejoría notada por todos los médicos que les habían enviado Mejora pero no significativa
<i>Stevens (1981)</i>	RBT solamente	Estrés	Sujetos del Servicio Seguridad de la USAF	Mejoría significativa
<i>Cox (1979)</i>	RBT solamente	Abuso de alcohol	15 delincuentes criminales	Mejoría significativa
<i>Plachetta (1979)</i>	RBT vs. grupo control	Habilidades sociales	17 voluntarios	Mejora —solamente 2 de los 15— se les revocó la libertad bajo palabra después del tratamiento RBT significativo en la Dating Fear Scale y en la Escala de Evitación y Ansiedad Social; mejoría en la Escala de Temor a la Crítica Negativa
<i>Zelie, Stone y Lehr (1980)</i> <i>Block (1980)</i>	RBT vs. grupo control	Disciplina escolar	60 estudiantes	RBT significativo por 2 escalas de conducta y reincidencia
<i>Dye (1981)</i> <i>Lee (1982)</i>	RET vs. placebo vs. control ERE vs. atención vs. no tratamiento Grupo RET vs. grupo control	Pérdida de peso Auto-concepto Asertividad	40 adultos obsesos 24 adolescentes deprivados de madre 80 enfermeras	Mejoría pero no significativa Mejoría pero no significativa RET significativamente mejor

tratamiento: un grupo recibió RET más imaginación (1) y el otro RET sin imaginación. Cada grupo recibió entrenamiento durante un periodo de tres semanas con seis sesiones de una hora cada una. El pre y post-test, utilizando una escala de ansiedad (Achievement Anxiety Test), mostró que no había diferencias significativas entre los dos grupos, si bien los dos redujeron la ansiedad. Los investigadores comentaron el hecho de que los resultados se debiesen posiblemente a la similitud de los métodos de tratamiento, más que al escaso tiempo del mismo. Otros defectos de este estudio pueden considerarse el pequeño tamaño de la población de sujetos y la carencia de un grupo de control.

Barabasz (1979), también utilizando estudiantes con ansiedad ante los exámenes, midió la excitación psicofisiológica dividiendo a 148 sujetos en un grupo de tratamiento, un grupo de atención-placebo, y un grupo sin tratamiento. El grupo con tratamiento escuchó cuatro sesiones de counseling RET grabadas en cassette durante un periodo de dos semanas. Las medidas dependientes fueron la conductancia de la piel y la tasa cardíaca. Las medidas pre y post-test encontraron que la RET era significativamente mejor que el placebo y que el no tratamiento. Este estudio es interesante por el hecho de que no se dió ninguna instrucción directa en RET, y por que incluso el corto periodo de tratamiento produjo resultados significativos. No se realizó estudio de seguimiento.

D'Angelo (1978) examinó los efectos de la RET en la reducción del temor a la crítica negativa. Se dividió a 78 sujetos en un grupo tratamiento y otro control, en el que el grupo de tratamiento recibió tres presentaciones de una hora de RET en días consecutivos. Se utilizó como medida dependiente la Escala de Temor a la Crítica Negativa de Watson y Friend. Hubo una reducción significativa en el temor a la crítica negativa en el grupo RET, que se mantuvo durante el seguimiento de un mes.

Katz (1978) estudió el resultado de la RET en 30 estudiantes con ansiedad ante los exámenes comparandolo con grupos de relajación-placebo y un grupo control sin tratamiento. Un análisis multivariado no mostró diferencias entre los grupos en el pre-tratamiento, pero el grupo RET mostró tener ganancias significativas en el post-tratamiento. No se informa sobre el seguimiento.

Síntomas Múltiples

Se encontraron diversos estudios en los que existían varios problemas presentes, encontrándose por medio de tests psicológicos que los sujetos identificados necesitaban ayuda.

Rosenheim y Dunn (1977) examinaron la efectividad de la terapia racional conductual (RBT) en un marco militar. (La RBT es una variante de la RET que pone el énfasis en un mayor examen de la exactitud de las percepciones y descripciones de los acontecimientos activadores). Los sujetos (de 18 a 36 años de edad) eran 5 hombres y 7 mujeres que habían solicitado tratamiento. El tratamiento se realizó tanto de forma individual como con terapia grupal para todos los sujetos.

(1) N. de los T.: preferimos traducir el término inglés «imaginery» por imaginación, aunque en sentido estricto no implica tanto la imaginación como lo imaginario, ya que su traducción literal «imagería» en castellano tiene otro sentido.

Las medidas dependientes fueron el Cuestionario de Personalidad MMPI y el Formulario de Frases Incompletas de Rotter. Los análisis pre y post-test no revelaron cambios de personalidad importantes pero denotaron que la RBT había tenido éxito en reducir la excesiva ansiedad y la negación defensiva.

Roberts (1977) estudió la efectividad de la RET con estudiantes que habían sido identificados como necesitados de ayuda por medio del Deichmann-Roberts Attitude Inventory (D-RAI) y el Inventario Psicológico de California (CPI). Se asignó a 48 estudiantes a una condición experimental de dos semanas, mientras que los otros 27 estudiantes sirvieron como grupo control. Una comparación del pre y post-test mostró una mejoría significativa para el grupo experimental tanto en el D-RAI como en el CPI.

Krenitsky (1978, en un tipo de estudio algo diferente examinó la relación de la edad y la inteligencia verbal con la eficacia de la Educación Racional Emotiva (ERE, (*) un método RET orientado a la prevención) con personas de la tercera edad. Se distribuyeron 59 sujetos a una de las tres condiciones de tratamiento: experimental, atención placebo, control sin ningún tipo de contacto. Se hicieron distinciones en todos los grupos con respecto a los niveles de edad (60 a 69 versus 70 a 79) y dos niveles de inteligencia. Las medidas dependientes fueron: el Idea Inventory, el Adult Irrational Idea Inventory, la escala de neuroticismo del Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPI), y el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Hubo un incremento significativo para el grupo ERE en el pensamiento racional y en el ajuste emocional cuando se comparó con el grupo control, pero no había diferencia significativa en la escala de neuroticismo. Además, ni la inteligencia ni la edad fueron factores significativos.

Ritchie (1978) investigó el efecto de la educación racional-emotiva (ERE) sobre las creencias irracionales, asertividad, y locus of control de 200 estudiantes de quinto curso de la escuela primaria. Se asignaron los sujetos a un grupo experimental o a un grupo control, y se usaron tres medidas dependientes en el pre y post-test: la forma C del Children's Survey of Rational Concepts; el Cuestionario de Asertividad de Rathus; y el Intellectual Achievement Questionnaire. Los resultados mostraron una diferencia significativa en las ideas racionales entre los grupos experimental y control, y el grupo experimental puntuó mejor, aunque no significativamente, en asertividad y locus of control.

Patton (1978) examinó los efectos del entrenamiento racional conductual (RBT) sobre los adolescentes con trastorno emocional. La muestra estaba compuesta por 34 adolescentes de un programa de educación especial que fueron diagnosticados como «perturbados emocionalmente». Los sujetos se dividieron en un grupo experimental y un grupo control. El grupo experimental recibió 40 minutos de entrenamiento RBT tres días a la semana durante 10 semanas. Se utilizaron cinco medidas dependientes: el RBT Concepts Test, el Common Perception Inventory, la Escala de Locus of Control Interno/Externo de Rotter, el Personal Orientation Inventory, y el Observational Emotional Inventory. Se encontraron mejorías significativas para el grupo experimental en el RBT Concepts Test, el Common Perception Inventory, la Escala de Locus of Control, y la Time-Competence Scale del Personal Orientation Inventory. Mejorías aunque no significativas se notaron

* Al igual que en el Volumen I seguimos usando para la Educación Racional Emotiva las siglas ERE.

en la Inner-Directed Support Scale del Personal Orientation Inventory, y en todas las subescalas del Observational Emotional Inventory.

Savitz (1979) estudió los efectos de las RET sobre los trastornos emocionales. Los sujetos fueron 35 clientes ambulatorios divididos en un grupo de tratamiento y un grupo control. Los sujetos del grupo de tratamiento recibieron 50 minutos de terapia de grupo RET a la semana durante cuatro semanas. Este es un estudio pobre ya que no se utilizaron medidas dependientes; sin embargo, los médicos que los habían remitido notaron mejoría en los clientes del grupo de tratamiento.

Otros estudios

Bigney (1979) evaluó la terapia RET en una situación de counseling matrimonial. Los sujetos eran 12 parejas que se distribuyeron aleatoriamente al grupo experimental y al control. Se midieron los cambios de personalidad y carácter intrapsíquico e interpersonal después de 12 horas distribuidas en 6 semanas de entrenamiento en RET. Las medidas dependientes fueron el Inventario Psicológico de California (CPI) y el Taylor-Johnson Temperament Analysis. Los resultados favorecieron al grupo experimental, aunque ninguno de los hallazgos resultó significativo.

Rainwater (1979) llevó a cabo un estudio de caso único utilizando la RET para tratar a un individuo obsesivo. Las medidas usadas fueron un auto-informe, un auto-registro y un informe de la pareja. Los resultados mostraron una mejoría significativa en todas las medidas. El método de estudio de caso único aunque valioso por la profundidad del estudio, posee poco valor como estudio de resultado; se ha incluido porque fué el único que se encontró que tratase específicamente el tema de las obsesiones.

Stevens (1981) estudió el estrés con sujetos del Servicio de Seguridad de las Fuerzas Aéreas de los Estados Unidos. Cada sujeto se auto-evaluó en cinco situaciones estresantes importantes para el tratamiento, y las clasificaciones se evaluaron usando el auto-análisis racional para fomentar las cogniciones racionales. El tratamiento consistió en un taller de seis horas, con tres sesiones adicionales de seguimiento. Todos los sujetos mejoraron en su auto-evaluación de satisfacción en 10 situaciones estresantes de un test administrado dos semanas después de finalizar el taller. Las puntuaciones del pre al post-test en las medidas de auto-satisfacción revelaron una mejoría significativa. Los defectos de este proyecto minucioso estaban en la ausencia de grupo control además de la carencia de una medida más objetiva.

Cox (1979) estudió la efectividad de la terapia racional conductual en 15 delincuentes criminales con problemas de abuso de alcohol. El lugar de estudio fué la Unidad de Rehabilitación Alcohólica del Centro Penitenciario Federal de Lexington, Kentucky. Los sujetos, entre 21 y 62 años, con una edad media de 39 años, participaron en un entrenamiento RBT antes de que se les diese la libertad bajo palabra. Un estudio de seguimiento mostró que sólo 2 de los 15 individuos reincidieron hasta el punto de que se les revocó la libertad bajo palabra. De nuevo, la carencia de grupo control es el defecto del estudio.

Plachetta (1979) examinó la eficacia de la terapia racional conductual en la mejora de habilidades interpersonales de 17 voluntarios que se dividieron en un

grupo experimental y un grupo control. El grupo RET puntuó significativamente mejor que el control en la Dating Fear Scale y en la Escala de Evitación y Ansiedad Social. También puntuaron mejor, pero no significativamente en la Escala de Temor a la Crítica Negativa.

Zelie, Stone y Lehr (1980) estudiaron la eficacia de la terapia racional conductual en problemas de disciplina escolar. Se dividió a 60 estudiantes entre un grupo experimental y uno control. Las medidas dependientes fueron las Teacher Behavior Assessments y la proporción de reincidencia. El grupo experimental fué clasificado significativamente mejor por los profesores con respecto a la conducta problema inicial, el trabajo en clase y los deberes. También, la proporción de reincidencia del grupo control fué tres veces superior a la del experimental.

Block (1980) estudió la eficacia de la RET con 40 adultos obesos. Los sujetos se asignaron a un grupo experimental, a un grupo placebo en el que se les prestaba atención, o a un grupo control sin tratamiento. La medida dependiente fué la pérdida de peso. Los resultados indicaron que los sujetos RET perdieron más peso, pero no de forma significativa.

Dye (1981) investigó la influencia de la educación racional-emotiva sobre el auto-concepto entre adolescentes privados de madre que vivían en una residencia-hogar. Los 24 sujetos se dividieron en tres grupos: un grupo de tratamiento que recibió ERE; un grupo control, que recibió atención aleatoria; y un grupo control sin tratamiento. La medida dependiente se tomó utilizando la Tennessee Self-Concept Scale. Aunque los resultados no demuestran ningún resultado significativo, el grupo de tratamiento mostró mayores puntuaciones.

Lee (1982) estudió los problemas de asertividad en una población de enfermeras. Se distribuyeron a 80 enfermeras entre un grupo RET y en uno control. Las medidas dependientes usadas fueron el Inventario de Asertividad, el Rational Behavior Inventory, la Escala de Locus of Control Interno/Externo, el Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) y el Wohler Physical Symptom Inventory. Las puntuaciones pre, post-test mostraron que el grupo RET fué significativamente mejor en todas las medidas.

En resumen, los estudios no comparativo generalmente apoyan la efectividad de la postura RET. Además, los estudios van más allá de aquellos que revisaron DiGiuseppe y Miller (1977) ya que son más las áreas problema que se investigan y los grupos de sujetos son más diversos.

ESTUDIOS COMPARATIVOS

Los estudios comparativos se dividen en dos partes: aquellos que comparan la RET con sólo otra terapia y los que comparan la RET con más de una terapia. Todos ellos se presentan en la tabla 5-2.

Primera parte : comparaciones con una sola terapia

Entrenamiento conductual en asertividad. Eades (1981) comparó la RET con el entrenamiento conductual en asertividad tratando problemas de asertividad y creencias irracionales. Los sujetos de este estudio fueron 30 estudiantes de últimos cursos que se dividieron en tres grupos: un grupo RET, un grupo de entrenamiento

Tabla 5-2 Estudios comparativos: de 1977 a mediados de 1982

Nombre/Año	Comparaciones	Problema	Sujetos	Resultado
<i>Eades (1981)</i>	RET vs. entrenamiento en asertividad conductual (BAT)	Asertividad y creencias irracionales	30 estudiantes de últimos cursos	Tanto la RET como el BAT significativamente mejor del pre al post-tratamiento; solo la RET significativamente mejor comparada con el grupo de control
<i>Cohen (1977)</i>	RET vs. modificación cognitiva	Ansiedad ante los exámenes	16 estudiantes mujeres de último curso	La RET mejor pero no significativamente
<i>Foley (1977)</i>	RET vs. programa institucional	Alcoholismo	52 hombres	Ambos grupos de tratamiento mejoraron pero sin significación
<i>Block (1978)</i>	RET vs. programa de tratamiento escolar	Fracaso y mala conducta escolar	40 estudiantes de bachillerato	La RET mejor pero no significativamente
<i>Kujath y Topetzes (1977a, 1977b)</i>	RET vs. terapia de insight psicodinámico vs. terapia ecléctica	Ideas irracionales y emociones negativas	115 estudiantes de colegios públicos	La RET significativamente mejor con respecto a las ideas irracionales, ansiedad y depresión
<i>Warren (1979)</i>	RET vs. RET + imaginación vs. counseling orientado a la relación	Ansiedad interpersonal	60 estudiantes de bachillerato	Ambos grupos RET significativamente mejor del pre al post-tratamiento y también con respecto al grupo control
<i>Smith (1980)</i>	RET vs. counseling orientado a la relación (ROC)	Ansiedad ante los exámenes	60 estudiantes de bachillerato	Ninguna diferencia significativa con respecto al ROC; pero, la RET significativamente mejor del pre al post-tratamiento con respecto al auto-informe y significativamente mejor comparado con el grupo control en medidas sociométricas
<i>Baither Godsey (1979)</i>	RET vs. entrenamiento en relajación	Ansiedad ante los exámenes	150 estudiantes con malas notas	La RET mejor pero no significativamente
<i>Lipsky, Kassimove y Miller (1980)</i>	RET vs. entrenamiento en relajación	Desajuste emocional	50 pacientes (20-60 años)	La RET significativamente mejor
<i>Jackson (1980)</i>	RET sv. terapia de auto-instrucciones (SI)	Asertividad	43 mujeres	Tanto la RET como la SI significativamente mejor del pre al post-tratamiento; la RET mejor pero no significativamente con respecto al SI
<i>Jenni y Wollersheim (1979)</i>	RET vs. entrenamiento en el manejo del estrés (SMT)	Personalidad Tipo A	42 sujetos	Ambos sign. mejor con respecto al control; la RET sign. mejor para un alto grado de caract. de Tipo A con respecto al SMT
<i>Beck (1980)</i>	RET vs. desensibilización sistemática (DS)	Ansiedad a hablar en público	24 sujetos	Tanto la RET como la DS mejor pero no significativamente
<i>Shackett (1980)</i>	RET vs. desensibilización sistemática (DS)	Ansiedad	60 sujetos	Tanto la RET como la DS significativamente mejor con respecto al control pero no entre sí
<i>Meyer (1982)</i>	RET vs. grupo educativo-recreativo vs. control	Ansiedad y baja auto-estima	100 niños	La RET significativamente mejor para la ansiedad, sin diferencia para la auto-estima
<i>Uzoka (1977)</i>	RET vs. ensayo conductual vs. desensibilización sistemática	Ansiedad ante los exámenes	69 estudiantes varones	Para el locus of control defensivo todos los grupos de tratamiento significativamente mejor con respecto al control; para el locus of control pasivo, RET y ensayo conductual mejor pero no significativamente
<i>Carmody (1978)</i>	RET vs. terapia de auto-instrucciones vs. entrenamiento en asertividad	Asertividad	63 adultos	Todos los tratamientos mejor; solo la RET significativa

Nombre/Año	Comparaciones	Problema	Sujetos	Resultado
<i>Manchester (1978)</i>	RET vs. modificación de conducta vs. Gestal vs. educación nutritiva	Obesidad/nutrición	71 escolares de EGB	Todos mejoran; ninguna diferencia significativa entre ellos
<i>Rush, Beck, Kovacs y Hollan (1977)</i>	Terapia cognitiva vs. farmacoterapia	Depresión	44 sujetos	El grupo de terapia cognitiva significativamente mejor que la farmacoterapia
<i>Lake (1978)</i>	RET y biofeedback de la temperatura palmar vs. biofeedback de la temperatura palmar solo vs. biofeedback EMG vs. entrenamiento en relajación	Migrañas y dolor de cabeza	24 sujetos	Todos mejor, pero sin diferencia significativa
<i>N. J. Miller (1978)</i>	ERE vs. ERE y ensayo conductual vs. ERE y ensayo conductual y tareas escritas	Insatisfacción, neuroticismo, ansiedad	96 niños	Todos los grupos de tratamiento significativamente mejor con respecto al control pero no entre ellos
<i>Saltzberg (1981)</i>	RET vs. RET y biblioterapia	Auto-concepto	30 estudiantes	Diferencias no significativas
<i>Taylor (1981)</i>	RET y desensibilización sistemática vs. entrenamiento en relajación	Ansiedad ante los exámenes	143 estudiantes de BUP	El grupo con tratamiento significativamente mejor con respecto al placebo y al control
<i>Kassinove, Miller y Katin (1980)</i>	Biblioterapia racional-emotiva vs. audioterapia racional-emotiva	Pre-tratamiento	34 adultos	Para neuroticismo y ansiedad la biblioterapia significativa; para las ideas irracionales los dos significados
<i>Zane (1979)</i>	RET y ensayo conductual vs. ensayo conductual y RET	Asertividad	12 hombres y 12 mujeres	Ambos significativamente mejor del pre al post-tratamiento
<i>Costello y Dougherty (1977)</i>	RBT vs. control	RBT en el aula	63 sujetos	RBT significativa
<i>Miller y Kassinove (1978)</i>	ERE vs. ERE y ensayo conductual vs. ERE y ensayo conductual y tareas ABC vs. control	Factores emocionales	94 niños de bajo/alto CI	Mejora pero no significativamente; CI no influye
<i>T. W. Miller (1977)</i>	Grupo de auto-aceptación RET vs. auto-estima vs. control	Ansiedad social	60 estudiantes de últimos cursos	La RET significativamente mejor en la Escala de Temor a la Crítica negativa; la RET mejor pero no significativamente en la Escala de Evitación y Ansiedad social
<i>Hultgren (1977)</i>	Educación racional de los hijos vs. control	Educación parental	16 madres	Solo parcialmente significativa

conductual en asertividad y un grupo control. Las medidas dependientes fueron el Inventario de Asertividad y el Test de Creencias Irracionales, que se usaron tanto para el pre como para el post-test. Los resultados mostraron que tanto la RET como el entrenamiento conductual en asertividad dieron resultados significativos del pre al post-test en el Inventario de Asertividad. Sin embargo, sólo el grupo RET demostró ganancias que fueron significativamente diferentes del grupo control. En cuanto a los resultados en el Test de Creencias Irracionales, mostraron que el grupo RET tuvo ganancias significativas del pre al post-test comparado con los grupos de entrenamiento conductual en asertividad y control. No se hizo estudio de seguimiento.

Modificación cognitiva. Cohen (1977) comparó la RET con la modificación cognitiva entre estudiantes con ansiedad ante los exámenes, que además fueron identificados como de mentalidad rígida o flexible. Los sujetos fueron 16 mujeres de los últimos cursos de las cuales 8 se utilizaron como grupo control, mientras las otras ocho se dividieron en 4 grupos de tratamiento (2 personas por grupo): RET con sujetos flexibles, modificación cognitiva con sujetos flexibles, RET con sujetos de mentalidad rígida y modificación cognitiva con sujetos de mentalidad rígida. Las medidas dependientes fueron la Escala de Ansiedad ante los Exámenes y la Escala de Ansiedad Generalizada. Los resultados, aunque faltos de significación, demostraron que los sujetos del grupo RET con mentalidad flexible mostraban mayores mejorías en el post-test que los grupos de modificación cognitiva y control.

Programas Institucionales. Los programas institucionales emplean elementos de varios paradigmas terapéuticos desarrollados por el equipo de la institución particular. Dentro de esta categoría entran dos estudios:

Foley (1977) estudió el auto-concepto de 52 hombres alcohólicos. Se dividió a los sujetos en dos condiciones experimentales: un programa de tratamiento alcohólico institucional, y este mismo programa acompañado de RET. Este último grupo recibió 6 horas de RET durante un periodo de dos semanas. La medida dependiente fué la Tennessee Self Concept Scale. Aunque ambos grupos mejoraron en el post-test, los resultados no revelaron diferencias significativas entre los dos grupos en las puntuaciones del post-test. Hubo numerosos defectos de diseño en este estudio, incluyendo la ausencia de grupo control, así como el relativamente corto periodo de tiempo de instrucción RET.

Block (1978) estudió la efectividad de la RET comparándola con un programa escolar de counseling/disciplina. Los sujetos fueron 40 estudiantes de bachillerato hispanos y de raza negra, identificados por el personal escolar como de alto riesgo y fracaso e inclinados a conductas desadaptadas. Fueron divididos en tres grupos: uno RET, uno siguiendo el programa escolar de counseling/disciplina y uno control. El grupo RET estuvo en tratamiento cinco sesiones semanales a lo largo de un semestre entero. Las medidas dependientes fueron la media de las asignaturas, las conductas disruptivas y las faltas a clase. Los resultados indicaron que el grupo RET demostró una mejoría más alta en todas las variables durante un largo periodo de tiempo. Aunque este estudio apoya la posición RET, es posible que la identificación del grupo RET como «especial» pueda haber sido una variable contaminante.

Terapia de insight psicodinámico. Kujoth y Topetztes (1977a, 1977b) realizaron dos estudios comparando la RET con la terapia de insight psicodinámico. En el primero de estos estudios, 115 estudiantes de colegios públicos se dividieron en dos grupos: un grupo RET y un grupo de terapia de insight. Las dos medidas dependientes usadas fueron: la Multiple Adjective Checklist y el Your Irrational Personality Trait Inventory Score. Las puntuaciones en el post-test demostraron que el grupo de insight no había sufrido cambios significativos, mientras que el grupo RET se mostró significativamente menos irracional después del tratamiento, evidenciándose también una disminución en las emociones no deseadas.

El segundo estudio fué una réplica parcial del primero. Se añadió a los grupos RET e insight, un grupo de terapia ecléctica. Los resultados revelaron que, de nuevo, sólo el grupo RET mejoró en las variables relacionadas con la salud mental; además este grupo fué significativamente menos irracional después del tratamiento y manifestó significativamente menos ansiedad y depresión. La ausencia de un grupo control en ambos estudios puede considerarse como un defecto, aunque ambos parecen haber sido rigurosos en otras características del diseño.

Counseling orientado a la relación. Warren (1979) comparó la RET, la RET más imaginación racional-emotiva, y el counseling orientado a las relaciones en el tratamiento de la ansiedad interpersonal. Los sujetos, 60 estudiantes de bachillerato, fueron repartidos en uno de los cuatro grupos que se formaron: uno de los tres grupos de tratamiento o un grupo control de lista de espera. Todos los grupos de tratamiento pasaron por siete sesiones de 50 minutos en un periodo de tres semanas. Se usaron las medidas de auto-informe y sociométricas para la evaluación. Los resultados indicaron que los dos grupos RET mostraron mejoras significativas desde el pre al post-test, y también puntuaron mejor en las medidas sociométricas comparados con el grupo control de lista de espera. Las medidas del auto-informe no dieron resultados significativos.

Smith (1980) comparó la RET con el counseling orientado a la relación en el tratamiento de la ansiedad ante los exámenes. En este estudio, 60 estudiantes de bachillerato fueron asignados a uno de los grupos de tratamiento o a un grupo control de lista de espera. El tratamiento consistió en siete sesiones de 50 minutos en un periodo de tres semanas. Para la evaluación se usaron las medidas de auto-informe y sociométricas. Los resultados mostraron que las medidas de auto-informe del grupo RET fueron significativas del pre al post-test. Con respecto a las medidas sociométricas el grupo RET se mostró significativamente mejor que el grupo control.

Entrenamiento en Relajación. Baither y Godsey (1979) investigaron la eficacia relativa de la RET comparada con el entrenamiento en relajación en el tratamiento de la ansiedad frente a los exámenes. Estudiantes con malas notas (N = 150) se asignaron a uno de los dos grupos de tratamiento y a un grupo control. La medida dependiente que se utilizó fue el Alexander-Husak Anxiety Differential. Se tomaron las puntuaciones pre y post tratamiento, y los resultados no fueron significativos.

Lipsky, Kassino, y Miller (1980), en un estudio pionero, investigaron la eficacia de la RET comparada con el entrenamiento en relajación, usando una población de pacientes reales. Se examinó el ajuste emocional de los pacientes de un Centro de Salud Mental Comunitario con alta o baja capacidad intelectual.

Además, se estudiaron los efectos del intercambio de roles racional y de la imaginación racional-emotiva. Los sujetos eran 50 adultos de ambos sexos con edades comprendidas entre los 20 y los 60 años. Primero se dividió a los sujetos en grupos de CI alto y bajo, y después se les distribuyó en uno de los cinco grupos de tratamiento: un grupo RET, un grupo RET más intercambio de roles racional, un grupo RET más imaginación racional-emotiva, un grupo de entrenamiento en relajación, y un grupo control sin ningún contacto. Se utilizaron cuatro medidas dependientes: el Idea Inventory, la Multiple Adjective Checklist, el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), y el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPI). Todos los grupos RET se mostraron significativamente mejores que el grupo de entrenamiento en relajación y el control en la adquisición de contenidos. El grupo de RET a secas fué significativamente mejor que el grupo de entrenamiento en relajación y que el control en las medidas de depresión y neuroticismo, y significativamente mejor que los dos anteriores en todas las medidas dependientes excepto la escala de hostilidad, donde el grupo RET y el de relajación fueron significativamente mejores que el control. La RET más el intercambio de roles racional fue significativamente mejor que el grupo RET sin nada en las medidas de depresión, ansiedad y neuroticismo, y la RET más imaginación racional-emotiva fué significativamente mejor que la RET a secas en las medidas de ansiedad. En todos los casos, la inteligencia no se puso de manifiesto como un factor relevante.

Terapia de auto-instrucción. Jackson (1980) examinó la eficacia de la RET comparada con la terapia de auto-instrucción en problemas de asertividad y ansiedad. Los sujetos fueron 43 mujeres adultas que habían respondido a un anuncio de entrenamiento en asertividad y que fueron divididas en tres grupos: un grupo RET, un grupo de terapia de auto-instrucción y un grupo control de lista de espera. Los resultados se determinaron a través de un test de role-playing conductual, una llamada telefónica *in vivo* de seguimiento (para evaluar la generalización del tratamiento), y medidas de auto-informe. En el role-playing se pedía a cada sujeto que dramatizase 15 situaciones, 11 de las cuales eran tan irracionales que anticipaban la conducta negativa. La llamada telefónica *in vivo* de seguimiento, para evaluar la conducta de negativa, tuvo lugar aproximadamente 3 semanas después del tratamiento y consistía en pedir a cada sujeto que se sometiese en el acto a una entrevista de 45 minutos. Tanto el grupo RET como el de auto-instrucción fueron significativamente mejores que el control en las 11 situaciones de negación. No se encontraron diferencias significativas en el seguimiento.

Entrenamiento en manejo de estrés. Jenni y Wollersheim (1979) compararon la terapia cognitiva basada en la RET con el entrenamiento en manejo de estrés en el tratamiento de modelos de personalidad Tipo A. Había 42 sujetos Tipo A (determinados a través de una entrevista estructurada) que fueron asignados a uno de los dos grupos de tratamiento o a un grupo control de lista de espera. Las medidas dependientes fueron un auto-informe, el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), y las medidas de activación fisiológica. Los dos grupos de tratamiento mostraron mejorías en las medidas de auto-informe y fueron significativamente mejores que el control. Para aquellos sujetos que inicialmente tuvieron el grado más alto en las características del Tipo A, la terapia cognitiva fué significativamente más eficaz que los grupos de manejo de estrés y control. Los sujetos sin tratamiento vieron reducidos el nivel de colesterol y la presión sanguínea.

Desensibilización sistemática. Beck (1980) comparó la RET con la desensibilización sistemática en el tratamiento de personas con dificultades para hablar en público. 24 sujetos fueron asignados a uno de los dos grupos de tratamiento. No se usó grupo control. Se utilizaron dos medidas dependientes: la Behavior Checklist y el tiempo hablando en público. Las medidas del pre al post-test mostraron mejorías para ambos grupos de tratamiento, pero estos resultados no fueron significativos.

Shackett (1980) comparó la RET con la desensibilización sistemática en el tratamiento de la ansiedad. Se asignaron treinta sujetos a uno de los grupos de tratamiento; también se constituyó un grupo control paralelo. Los dos grupos de tratamiento recibieron una hora de terapia durante cuatro semanas. La medida dependiente fué la IPAT Anxiety Scale. Los resultados mostraron que tanto el grupo RET como el de desensibilización sistemática fueron mejores significativamente que el grupo control, pero no hubo diferencias notables entre ellos.

Programa educativo-recreativo. Meyer (1982) estudió los efectos de la terapia de grupo racional-emotiva sobre los niveles de ansiedad y auto-estima de niños con un aprendizaje lento. Los sujetos fueron 100 niños entre los 8 y los 13 años de edad que se dividieron en tres grupos: un grupo RET, un grupo de programa educativo-recreativo, y un control. Todos los grupos se dividieron a su vez en subgrupos de siete a nueve sujetos, basándose en la edad. Los resultados del post-test probaron que el grupo RET puntuó significativamente mejor en las medidas de ansiedad, sin embargo, no se encontraron diferencias en las medidas de auto-estima.

Segunda parte : comparaciones con varias terapias

Uzoka (1977) comparó la RET, el ensayo conductual y la desensibilización sistemática en el tratamiento de la ansiedad ante los exámenes. También se tuvieron en cuenta las diferencias entre el locus of control defensivo y pasivo. Los sujetos fueron 69 varones voluntarios de últimos cursos que se asignaron a una de las tres condiciones experimentales o al control. Las medidas dependientes fueron: la Alpert and Haber Achievement Anxiety Scale, el Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo (STAI), de Spielberger, y un auto-informe. Los resultados revelaron que para los sujetos con locus of control defensivo había mejoras significativas en todos los grupos de tratamiento cuando se comparó con el control; sin embargo los sujetos pasivos sólo mostraron mejorías en los grupos de ensayo conductual y en el RET, aunque estas no fueron significativas.

Carmody (1978) comparó la RET con la terapia de auto-instrucción y el entrenamiento conductual en asertividad en el tratamiento de problemas de asertividad. Los sujetos fueron 63 pacientes ambulatorios adultos poco asertivos, que fueron asignados a una de las tres condiciones experimentales o al grupo control. Todas las condiciones de tratamiento recibieron cuatro sesiones de noventa minutos. Los resultados se midieron por las medidas conductuales y de auto-informe. Los grupos de tratamiento mostraron mejorías a corto plazo en el tratamiento; sólo el grupo RET experimentó mejoras significativas en la medida de las cogniciones no productivas del auto-informe; sólo el grupo RET demostró una generalización

significativa de los logros del tratamiento en un test *in vivo* de transferencia durante una post-evaluación de seguimiento; y todos los grupos mantuvieron las ganancias del tratamiento durante un periodo de tres meses de seguimiento.

Manchester (1978) comparó la RET con la modificación de conducta, la Gestal y la educación en nutrición en el tratamiento de los problemas de obesidad y nutrición entre niños pertenecientes a una minoría. Los sujetos fueron 71 niños negros urbanos estudiantes de básica de edades comprendidas entre los cinco y los trece años. Fueron asignados a uno de los cuatro grupos de tratamiento, pero desgraciadamente no se empleó grupo control. Las medidas dependientes usadas fueron el peso, las arrugas de la piel, la auto-estima, y el consumo de comida. Aunque se encontraron mejorías en todos los grupos de tratamiento, los resultados no eran significativos.

Tanto en estos estudios comparativos, como en los del primer apartado que trataban de los estudios no comparativos, se ofrece un fuerte apoyo a la posición RET. Un amplio rango de comparaciones con respecto a las diferentes terapias concede a la RET una gran generalización.

Otros estudios de resultado de la RET

Este apartado incluye aquellos estudios de resultado de la RET que no entran estrictamente dentro de los encabezamientos de los dos primeros apartados. Estos estudios en su mayor parte consisten en combinaciones de la RET con otras terapias, medidas de elementos específicos de la RET, o en terapias que son muy similares o comprenden alguna forma genérica de la RET.

Rush, Beck, Kovacs, y Hollan (1977) llevaron a cabo uno de los principales estudios de una terapia semejante a la RET. Los investigadores examinaron y compararon la terapia cognitiva y la farmacoterapia en el tratamiento de pacientes ambulatorios depresivos. Los sujetos eran 44 individuos fuertemente deprimidos que fueron remitidos por la Clínica Mood de la Universidad del Centro Médico de Pennsylvania. Después del ajuste y evaluación inicial, 19 sujetos fueron asignados a la terapia cognitiva individual; los veinticinco restantes recibieron tratamiento medicamentoso. Ambos grupos fueron tratados durante 12 semanas. La pre y post evaluación se llevó a cabo con una extensa batería de tests psicológicos así como por auto-informes; la evaluación y el tratamiento fueron realizados por distintos doctores. Además también se efectuó una evaluación a intervalos mensuales irregulares un año después de terminar el tratamiento. El setenta y cinco por ciento de los sujetos eran suicidas cuando fueron remitidos, con un promedio de ocho años por lo menos de depresión por sujeto. Los resultados favorecieron significativamente al grupo de terapia cognitiva al final del tratamiento. Además, en el año de seguimiento, los resultados siguieron siendo significativos, mostrando el grupo de terapia cognitiva un porcentaje de recaídas de menos de la mitad que el grupo de tratamiento medicamentoso. Con anterioridad a este estudio, ninguna forma de terapia había demostrado ser ni siquiera tan eficaz como la terapia farmacológica con este tipo de pacientes.

Lake (1978) combinó la RET más el biofeedback de la temperatura palmar y la comparó con el biofeedback de la temperatura palmar solo, con el biofeedback

EMG, y con el entrenamiento en relajación asistida en el tratamiento de dolores de cabeza migrañosos. Los sujetos eran 24 pacientes con dolores de cabeza migrañosos clásicos que fueron distribuidos entre los cuatro grupos de tratamiento y el control. Todos los grupos de tratamiento recibieron cuatro semanas de entrenamiento. La medida dependiente fue un informe diario del dolor de cabeza. Los resultados mostraron que, aunque todos los grupos de tratamiento mejoraron, no había diferencias significativas entre ellos o comparándolos con el grupo control.

N. J. Miller (1978) comparó la educación racional-emotiva con la ERE más ensayo conductual, y la ERE más ensayo conductual y asignación de tareas escritas, entre 96 niños de niveles intelectuales altos y bajos. Los sujetos se distribuyeron entre las tres condiciones experimentales, o el grupo control. Las medidas dependientes fueron dos medidas de adquisición de contenidos, una medida de neuroticismo, y una medida del rasgo de ansiedad. Los resultados revelaron que los tres grupos experimentales fueron significativamente mejores que el control en todas las medidas. Además, no se encontró que la inteligencia fuese un factor en ninguno de los resultados.

Saltzberg (1981) comparó la RET con la RET más biblioterapia y con la biblioterapia a secas en el tratamiento de problemas de auto-concepto entre 30 estudiantes. Los sujetos se dividieron entre los tres grupos de tratamiento, no usándose grupo control. Las medidas dependientes se tomaron utilizando la Escala de Locus of Control de Rotter, el Rational Behavior Inventory, la Tennessee Self-Concept Scale, la Self-Evaluation Scale, y la Escala Fuerza del Yo del MMPI. No hubo diferencias significativas entre los grupos. Una limitación de este estudio fue la ausencia de un grupo control; además, se omitió la evaluación pre tratamiento.

Taylor (1981) combinó la RET con la desensibilización sistemática y el entrenamiento en relajación en el tratamiento de estudiantes de bachillerato con ansiedad ante los exámenes. A la forma de intervención terapéutica combinada, Taylor la llama Método de Interacción Verbal de Disertación (Lecture Verbal Interaction Method) (LVIM). Había 143 sujetos divididos en tres grupos: tratamiento, placebo, y control. Las medidas pre y post tratamiento se tomaron usando el Stimulus-Response Inventory, el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, y un examen de álgebra. Los resultados mostraron que el grupo de tratamiento fue significativamente mejor en todas las medidas.

Kassinove, Miller y Kalin (1980) examinaron la eficacia de la biblioterapia racional-emotiva para los potenciales clientes de psicoterapia. Los 34 sujetos, con edades comprendidas entre los 21 y los 56 años, se distribuyeron entre un grupo de biblioterapia, otro de audioterapia y un grupo control. El grupo de biblioterapia mostró resultados significativos en neuroticismo y en el rasgo de ansiedad; sobre la aceptación de ideas irracionales, ambos grupos mostraron mejorías significativas.

Zane (1979) combinó la RET con el ensayo conductual en el tratamiento de conductas no asertivas. Los sujetos fueron 12 varones y 16 mujeres. Se utilizaron dos grupos: uno se instruyó primero en la RET y después en el ensayo de conducta; con el otro grupo se intercambió el orden de entrenamiento. No hubo grupo control. Las medidas dependientes fueron el Conflict Resolution Inventory y el Behavioral Role Playing Assertiveness Test, así como cuestionarios de seguimiento por teléfono y auto-informes. Los resultados indicaron que los dos grupos experimentales obtuvieron mejorías significativas en las medidas del pre al post-test, siendo más efectiva la secuencia RET/ensayo conductual.

Costello y Dougherty (1977) examinaron el entrenamiento racional conductual en el aula. Se formaron tres grupos de 21 sujetos cada uno: el grupo R, constituido por estudiantes de últimos cursos matriculados en un curso de 15 semanas en entrenamiento racional conductual; el grupo A, formado por adultos matriculados en un curso de educación para adultos de seis semanas en entrenamiento racional conductual; y el grupo C, de estudiantes de últimos cursos matriculados en un curso de teología, como grupo control. Las medidas dependientes del pre y post tratamiento se obtuvieron utilizando el Personal Orientation Inventory. Los hallazgos en la escala de directividad interna mostraron resultados significativos para los dos grupos de entrenamiento racional conductual; pero en la escala competencia-tiempo sólo el grupo R cambió significativamente. Este último resultado, además de reflejar el tiempo de tratamiento, también puede sugerir que el énfasis mayor se pone sobre la directividad interna más que sobre la competencia-tiempo en el entrenamiento racional conductual.

Miller y Kassinove (1978) estudiaron la efectividad relativa de la educación racional-emotiva entre alumnos de cuarto grado de inteligencia alta y baja. Los sujetos eran 96 estudiantes divididos en cuatro grupos: un grupo recibió sólo conferencias sobre educación racional-emotiva; un segundo grupo recibió tanto conferencias como ensayo de conducta; un tercer grupo recibió conferencias, ensayo conductual, y formularios de tareas ABC; un cuarto grupo sirvió como control. Las medidas del pre al post test mostraron cambios no significativos, aunque todos los grupos de educación racional-emotiva, particularmente aquellos que añadan componentes conductuales, mostraron mejorías. Además, el CI no demostró ser un factor relevante.

T. W. Miller (1977) examinó dos enfoques diferentes al problema de la auto-evaluación en el tratamiento de la ansiedad ante la evaluación de los demás. Sesenta estudiantes de últimos cursos fueron distribuidos en tres grupos: un grupo de auto-aceptación, un grupo de auto-estima, y un grupo control de lista de espera. El principio de la RET de someterse a prueba apunta que la auto-aceptación, con la meta manifiesta de no etiquetación, produciría mejores resultados que el modelo de auto-estima. Los grupos de tratamiento recibieron 10 semanas de instrucción. Las medidas dependientes fueron la Escala de Temor a la Crítica Negativa y la Social Avoidance and Distress Scale. Los resultados revelaron que el grupo de auto-aceptación tuvo significativamente más mejorías comparado con el grupo de auto-estima o el control de la pre a las post evaluación en la Escala de Temor a la Crítica Negativa. En la Social Avoidance and Distress Scale, el grupo de auto-aceptación fue también significativamente mejor que el control, pero no mejor que el grupo de auto-estima.

Hultgren (1977) estudió la eficacia de la RET en la educación de padres. Dieciseis madres respondieron a un anuncio para un curso de 10 semanas y se distribuyeron entre un grupo de educación infantil de orientación racional o un grupo control. El post-test mostró que el grupo de educación infantil de orientación racional fue más eficaz en cambiar los conocimientos sobre los principios de la educación infantil, las prácticas de la crianza de hijos, la racionalidad de las creencias, o las conductas de los niños.

Estos estudios cubren un campo variado de situaciones problema y de poblaciones de sujetos. Como en los dos apartados anteriores, la eficacia de la RET se mantiene, con resultados no significativos en contra de la posición RET.

DISCUSIÓN

DiGiuseppe y Miller (1977) afirman que su revisión de la investigación apoya la eficiencia de la RET; y, en especial, hacen las siguientes puntualizaciones: (1) la RET es más efectiva que la terapia centrada en el cliente con personas introvertidas; (2) la RET es más eficaz que la desensibilización sistemática en la reducción de la ansiedad general u omnipresente; (3) una combinación de la terapia cognitiva y de la terapia conductual parece ser el tratamiento más eficaz para la depresión; (4) la efectividad relativa de la RET versus el entrenamiento en asertividad no es concluyente, debido a que la investigación es limitada y confusa.

Esta revisión está de acuerdo con los hallazgos generales que apoyan la eficacia de la RET. De los 47 estudios revisados, había 31 con resultados significativos que favorecían a la posición de la RET. En los restantes estudios, todos los grupos de tratamiento RET mostraban mejorías, y en ningún estudio había otros métodos de tratamiento significativamente mejores que la RET. Por lo que se refiere a las conclusiones específicas que acabamos de exponer de DiGiuseppe y Miller (1977): (1) No se encontraron estudios que comparasen la RET con la terapia centrada en el cliente, así, que no pudieron extraerse conclusiones; (2) de los estudios que comparaban la RET con la desensibilización sistemática, no había resultados significativos que apoyen la conclusión de que la RET es más efectiva que la desensibilización sistemática; (3) sólo se encontró un estudio que trataba específicamente el problema de la depresión (Rush, Beck, Kovacs y Hollan, 1977), y los resultados de ese estudio apoyan la conclusión esbozada por DiGiuseppe y Miller; (4) dos estudios comparaban la RET con el entrenamiento en asertividad (Eades, 1981; Carmody, 1978). En el estudio de Eades (1981) tanto la RET como el entrenamiento en asertividad fueron significativos del pre al postest, pero sólo la RET fue significativa respecto al grupo control. En el estudio de Carmody (1978), la RET fue significativa para alguna de las medidas dependientes. Así, aunque la RET parece mejor que el entrenamiento en asertividad, no parecen existir conclusiones definitivas.

DiGiuseppe y Miller (1977) informaron de fallos metodológicos en muchos de los estudios que revisaron. En concreto, hablan de grupos control inadecuados y fallos al hacer comparaciones con otras formas de terapia. Tales fallos también existen aunque en menor grado, en los estudios revisados actualmente. Además de la inadecuación o falta de grupos control, algunos estudios solo se acompañan también de postest.

Otro aspecto comentado por DiGiuseppe y Miller (1977) fue el uso de muestras no representativas, sobre todo el empleo de estudiantes de bachillerato. Aunque muchos de los estudios de esta revisión también utilizan estas muestras, otros muchos abren las fronteras de su base de población ofreciendo así una más amplia prueba de la posición RET. Las poblaciones más diversas incluyen: pacientes clínicos ambulatorios, niños de EGB, adultos reclutados a través de anuncios, madres, personal militar, ancianos, adolescentes con trastornos emocionales, estudiantes de minorías étnicas, poblaciones de bajo y alto CI, escolares con malas notas, parejas en counseling matrimonial, delincuentes criminales, y niños y adultos obesos. Estas adiciones representan una mejoría sobre los estudios revisados por DiGiuseppe y Miller.

DiGiuseppe y Miller (1977) también observaron la ausencia de estudios en

su revisión que tuviesen en cuenta con variables de los clientes tales como estatus socio-económico y CI. De nuevo, se puede notar una mejora en los estudios revisados actualmente. Tanto Miller y Kassinove (1978) como Krenitsky (1978) realizaron estudios aislando la variable CI, demostrando que no era un variable influyente en los resultados. Tanto Block (1978), como Zelig, Stone y Lehr (1980) utilizan poblaciones compuestas de minorías étnicas de bajo estatus socio-económico, aunque no se presenta ninguna comparación para los grupos de más alto estatus socioeconómico. No obstante, no ha surgido ninguna investigación que diga que la RET es superior con un grupo socioeconómico que sobre otro. Pero permanece la ausencia de estudios que examinen los factores racial/culturales.

Otro área de interés comentada por DiGiuseppe y Miller (1977) es la falta de variables dependientes adecuadas y los defectos de las escalas psicométricas existentes. Esto, sin embargo, sigue siendo un problema. Además de las medidas de auto-informe, las cuales son en sí mismas variables dependientes pobres, el número absoluto con diferentes escalas hace que las comparaciones objetivas sean virtualmente imposibles; se usaron 61 escalas diferentes en los 47 estudios revisados. DiGiuseppe y Miller sugieren un gran uso de medidas conductuales, algunas de las cuales fueron usadas en los estudios de esta revisión. Block (1980), por ejemplo, al tratar la obesidad, usó la «pérdida de kilos» como una medida dependiente, y Barabasz (1979) usó los cambios psicofisiológicos para medir la ansiedad. El seguimiento adecuado sigue siendo un problema, de cualquier forma, sólo un número pequeño de los estudios actuales informan de seguimiento.

Otras dos limitaciones apuntadas por DiGiuseppe y Miller (1977) tienen que ver con la corta duración de la terapia y el nivel de entrenamiento del terapeuta. El primero de estos continúa siendo un problema, con algunos estudios en los que solamente se ha utilizado una única sesión. El nivel de entrenamiento del terapeuta también resulta una preocupación. Además del argumento de DiGiuseppe y Miller de que los investigadores publican manuales del terapeuta describiendo las técnicas utilizadas en la investigación será también ventajoso realizar sesiones grabadas en magnetófono para ser revisadas por practicantes reconocidos de la RET.

REFERENCIAS

- Baither, R. C., & Godsey, R. (1979). Rational-emotive education and relaxation training in large group treatment of test anxiety. *Psychological Reports, 45*, 326.
- Barabasz, M. (1979). Effects of rational-emotive psychotherapy on psychophysiological arousal measures of test anxiety. *Dissertation Abstracts International, 40* (3-B), 1348-1349.
- Beck, K. E. (1980). Differential response of speech-anxious repressors and sensitizers to systematic desensitization and rational-emotive therapy. *Dissertation Abstracts International, 40* (12-B), 5800.
- Bigney, R. E. (1979). Intrapsychic and interpersonal personality and temperament changes in marital dyads resulting from a marriage enrichment program based on rational-emotive therapy. *Dissertation Abstracts International, 39* (8-A), 4723-4724.
- Block, J. (1978). Effects of a rational-emotive mental health program on poorly achieving, disruptive high school students. *Journal of Counseling Psychology, 25*, 61-65.
- Block, J. (1980). Effects of rational-emotive therapy on overweight adults. *Psychotherapy: Theory Research and Practice, 17*, 277-280.
- Carmody, T. P. (1978). Rational-emotive, self-instructional, and behavioral assertion training: Facilitating maintenance. *Cognitive Therapy and Research, 2*, 241-253.

- Cohen, J. A. (1977). Effects of the client characteristics of open-and closed-mindedness in relation to rational-emotive therapy and cognitive-modification treatment of test-anxious subjects. *Dissertation Abstracts International, 37* (12-B), 6318.
- Corey, G. (1977). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*. Monterey, Calif.: Brooks/Cole.
- Costello, R. T., & Dougherty, D. (1977). Rational behavior training in the classroom. *Rational Living, 12*, 13-15.
- Cox, S. G. (1979). Rational behavior training as a rehabilitative program for alcoholic offenders. *Offender Rehabilitation, 3*, 245-256.
- D'Angelo, D. C. (1978). The effects of locus of control and a program of rational-emotive therapy on fear of negative evaluation. *Dissertation Abstracts International, 38* (8-A), 4579.
- DiGiuseppe, R. A., & Miller, N. J. (1977). A review of outcome studies on rational-emotive therapy. In A. Ellis & R. Grieger (Eds.), *Handbook of rational-emotive therapy*. New York: Springer.
- Dye, S. O. (1981). The influence of rational-emotive education on the self-concept of adolescents living in a residential group home. *Dissertation Abstracts International, 41* (9-A), 3881.
- Eades, J. M. (1981). The effects of the cognitive components of rational-emotive therapy and behavioral assertion training on assertiveness and irrational beliefs. *Dissertation Abstracts International, 41* (80A), 3422.
- Ellis, A. (1977). Research data supporting the clinical and personality hypotheses of RET and other cognitive-behavior therapies. In A. Ellis & R. Grieger (Eds.), *Manual de terapia racional emotiva*. Bilbao. Desclee De Brouwer.
- Foley, J. D. (1977). Rational-emotive therapy compared with a representative institutional treatment program on the self-concept of male alcoholics. *Dissertation Abstracts International, 37* (9-A), 5607.
- Hultgren, A. S. (1977). A rational child management approach to parent education. *Dissertation Abstracts International, 37* (9-A), 5607.
- Hymen, S. P., & Warren, R. (1978). An evaluation of rational-emotive therapy as a component of rational-emotive therapy in the treatment of test anxiety. *Perceptual and Motor Skills, 46*, 847-853.
- Jackson, J. S. (1980). Assertion training: Rational-emotive therapy vs. self-instructional coping therapy in the facilitation of refusal behavior among women. *Dissertation Abstracts International, 41* (6-A), 2517.
- Jenni, M. A., & Wollersheim, J. P. (1979). Cognitive therapy, stress management training and the Type A behavior pattern. *Cognitive Therapy and Research, 3*, 61-73.
- Kassinove, H., Miller, N. J., & Kalin, M. (1980). Effects of pretreatment with rational-emotive bibliotherapy and rational-emotive audiotape on clients waiting at community mental health center. *Psychological Reports, 46*, 851-857.
- Katz, B. (1978). Treatment of test-anxious students by rational-emotive therapy, relaxation-placebo and no-treatment. *Dissertation Abstracts International, 38* (7-A), 4048-4049.
- Krenitsky, D. L. (1978). The relationship of age and verbal intelligence to the efficacy of rational-emotive education with older adults. *Dissertation Abstracts International, 39* (5-B), 2506-2507.
- Kujoth, R. K., & Topetzes, N. J. (1977a). A rational-emotive approach to mental health for college students: Study I. *College Student Journal, 11*, 1-6. (a)
- Kujoth, R. K., & Topetzes, N. J. (1977b). A rational-emotive approach to mental health for college students: Study II. *College Student Journal, 11*, 7-11. (b)
- Lake, A. E. (1978). Biofeedback and rational-emotive therapy in the management of migraine headache. *Dissertation Abstracts International, 39* (6-B), 2991-2992.
- Lee, C. A. (1982). Cognitive behavioral group approach to assertiveness training for nurses. *Dissertation Abstracts International, 42* (10-B), 4197.

- Lipsky, M. J., Kassinove, H., & Miller, N. J. (1980). Effects of rational-emotive therapy, rational role reversal, and rational-emotive imagery on the emotional adjustment of community mental health center patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48*, 366-374.
- Manchester, C. F. (1978). A study of the effects of three weight counseling techniques and one nutrition education technique on the weight, skinfold measures, and self-concept of black, urban, obese elementary school children. *Dissertation Abstracts International, 38* (11-A), 6539-6540.
- Meyer, D. (1982). Effects of rational-emotive group therapy upon anxiety and self-esteem of learning-disabled children. *Dissertation Abstracts International, (10-B)*, 4201.
- Miller, N. J., & Kassinove, H. (1978). Effects of lecture, rehearsal, written homework, and IQ on the efficacy of a rational-emotive school mental health program. *Journal of Community Psychology, 6*, 366-373.
- Miller, T. W. (1977). An exploratory investigation comparing self-acceptance in reducing social-evaluative anxiety. *Dissertation Abstracts International, 37* (11-B) 5838.
- Patton, P. L. (1978). The effects of rational behavior training on emotionally disturbed adolescents in an alternative school setting. *Dissertation Abstracts International, 38* (12-A), 7166.
- Plachetta, L. J. (1979). The effects of rational-behavior training on dating skill level development with minimal daters. *Dissertation Abstracts International, 39* (12-A), 7166.
- Rainwater, G. D. (1979). A self-administered treatment for obsessing. *Dissertation Abstracts International, 39*(10-B), 5082.
- Richie, B. C. (1978). The effect of rational-emotive education on irrational beliefs, assertiveness, and/or locus of control in fifth grade students. *Dissertation Abstracts International, 39* (4-A), 2069-2070.
- Roberts, T. J. (1977). A rational-emotive approach to assessing and treating students enrolled in an undergraduate social work program. *Dissertation Abstracts International, 38* (2-A), 639-640.
- Rosenheim, H. D., & Dunn, R. W. (1977). The effectiveness of rational behavior therapy in a military population. *Military Medicine, 142*, 550-552.
- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., & Hollan, S. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research, 1*, 17-38.
- Saltzberg, L. H. (1981). A comparison of RET group therapy, RET group therapy with bibliotherapy, and bibliotherapy-only treatments. *Dissertation Abstracts International, 41* (7-A), 3018.
- Savitz, J. C. (1979). Diagnosis and treatment of emotionally disturbed clients using rational behavior therapy. *Dissertation Abstracts International, 39* (12-A), 7251.
- Shackett, R. W. (1980). The relative effectiveness of rational-emotive therapy and systematic desensitization in the treatment of anxiety. *Dissertation Abstracts International, 40* (9-B), 4508-4509.
- Shertzer, E., & Stone, S. C. (1980). *Fundamentals of counseling*. Boston: Houghton, Mifflin.
- Smith, G. W. (1980). A rational-emotive counseling approach to assist junior high school students with interpersonal anxiety. *Dissertation Abstracts International, 40* (12-A), 6157.
- Stevens, R. J. (1981). The effects of RET/RBT principles as an instrument for stress management at a USAF Security Service base. *Dissertation Abstracts International, 41* (9-A), 3892.
- Taylor, T. D. (1981). A multicomponent treatment model for reducing the test anxiety of high school mathematics students. *Dissertation Abstracts International, 41* (9-B), 3563.
- Uzoka, A. F. (1977). Treatment of test anxiety in subjects with defensive and passive

- external locus of control orientation. *Dissertation Abstracts International, 38* (1-B), 384.
- Warren, L. R. (1979). An evaluation of rational-emotive imagery as a component of rational-emotive therapy in the treatment of interpersonal anxiety in junior high school students. *Dissertation Abstracts International, 39* (12-B), 6103-6104.
- Zane, P. K. (1979). The role of rational-emotive therapy and behavioral rehearsal in the treatment of nonassertiveness. *Dissertation Abstracts International, 39* (8-B), 4063.
- Zelie, K., Stone, C. I., & Lehr, E. (1980). Cognitive-behavioral intervention in school discipline: A preliminary study. *Personnel and Guidance Journal, 59*, 80-83.

Segunda Parte

**La Dinámica
del Trastorno
Emocional**

6

Ansiedad Perturbadora: un nuevo Constructo Cognitivo-Conductual*

Albert Ellis

ANSIEDAD PERTURBADORA VERSUS ANSIEDAD DE YO

Durante los últimos años, en gran parte basándome en la evidencia derivada de mi práctica de la terapia racional-emotiva (RET), he diferenciado dos formas fundamentales de ansiedad: ansiedad perturbadora y ansiedad del yo. Defino la ansiedad *perturbadora* como la tensión emocional que tiene lugar cuando las personas sienten (1) que su comodidad (o su vida) está amenazada, (2) que *deben o tienen* que conseguir lo que quieren (y *no deben o no tienen* que obtener lo que no quieren), y (3) que es *horroroso o catastrófico* (más que simplemente incómodo y desventajoso) cuando no consiguen lo que supuestamente *deben*. Defino la *ansiedad del yo* como la tensión emocional que tiene lugar cuando la gente siente (1) que su yo o valía personal está amenazada, (2) que *deben o tienen* que hacer bien las cosas y/o ser aprobados por los demás, y (3) que es *horroroso o catastrófico* cuando no hacen bien las cosas y/o no son aprobados por los demás como supuestamente *deberían o tendrían* que serlo.

La ansiedad del yo es un sentimiento dramático e intenso que normalmente parece arrollador; se acompaña con frecuencia de sentimientos de grave depresión, vergüenza, culpa e incapacidad; y a menudo lleva a la gente a terapia (o ¡al suicidio!). La ansiedad perturbadora es generalmente menos dramática pero quizá más común. Tiende a darse en ciertas situaciones «perturbadoras» o «peligrosas», y consecuentemente dar lugar a fobias como miedo a las alturas, a los espacios abiertos, a los ascensores y a los trenes. Pero puede también con facilidad generalizarse a *sentimientos* perturbadores en sí mismos, como sentimientos de ansiedad,

* Este capítulo amalgama 2 artículos publicados con anterioridad en *Rational Living: Discomfort anxiety: a new cognitive-behavioral construct* (Partes I y II), 14 (1979) y 15 (1980) respectivamente.

depresión y vergüenza. De esta forma, la ansiedad perturbadora puede ser un síntoma primario (p. ej. ansiedad ante los ascensores) o un síntoma secundario (p. ej. ansiedad por los sentimientos ansiosos ante los ascensores).

Como síntoma secundario la ansiedad perturbadora puede generalizarse a casi cualquier tipo de ansiedad. Así, las personas pueden primero sentirse ansiosas por los sentimientos ansiosos ante los ascensores, pero más tarde pueden preocuparse por si también van a sentirse ansiosas ante los trenes o ante las escaleras mecánicas; y pueden como consecuencia volverse extraordinariamente perturbados (ansiosos) ante muchas formas de ansiedad (perturbación) y por lo tanto pueden terminar siendo endémicamente ansiosos. O, pueden sentirse en un primer momento ansiosos por un suceso concreto (por ejemplo, por subir en un ascensor) y posteriormente, caer en la cuenta de que llegan a estar bastante ansiosos por ese hecho, y que también pueden sentirse ansiosos por cualquier símbolo de ese suceso (por ejemplo, un dibujo de un ascensor) o por cualquier idea sobre ese evento (p. ej., el pensamiento «supongo que tendré que subir en ascensor cuando visite a mi amigo. ¿No sería horrible esa posibilidad?»)

Debido a que a menudo es menos dramática que la ansiedad del yo (o auto-condena), y a que puede ser un síntoma secundario más que primario, la ansiedad perturbadora puede ser fácilmente irreconocible e incorrectamente etiquetada como ansiedad general o flotante. Así, si los sujetos se sienten ansiosos por subir en los ascensores, pueden reconocer claramente su ansiedad o fobia y etiquetarla como «fobia a los ascensores». Pero si se sienten ansiosos por estar ansiosos (es decir, temerosos de las sensaciones perturbadoras que probablemente sentirán si suben a un ascensor, o incluso si piensan subir en él), pueden sentirse muy ansiosos pero no pueden vislumbrar claramente sobre qué es su ansiedad. ¡Ni tampoco podrán sus terapeutas!

El constructo de ansiedad perturbadora ayuda a explicar de forma más clara y terapéutica diversos fenómenos relacionados con la perturbación emocional. Así, si los clientes me dicen que les aterrorizan tanto las serpientes, que se sienten extremadamente alterados siempre que ven incluso el dibujo de una serpiente, puedo suponer que piensan que el dibujo les mordeará. Rapidamente me permite intuir que ellos no solo tienen miedo a las serpientes sino también a la ansiedad misma —de los sentimientos perturbadores que previsiblemente tendrán cuando piensen o vean el dibujo de una serpiente.

Mi problema con estos clientes, por lo tanto, es conseguir que dejen primero de horrorizarse por sus sentimientos de ansiedad, para ayudarles a aceptar su perturbación (o perturbación potencial) como una molestia detestable (y no como un ¡horror espantoso!). Después, cuando ven verdaderamente que no es horroroso sentirse ansioso dejan de obsesionarse por este sentimiento y trabajan para superar el horror del objeto temido original, las serpientes. Su ansiedad perturbadora sobre sus sentimientos les ayuda a enfrentarse a estos sentimientos y trabajar sobre ellos.

Un estudio experimental que posiblemente muestra el valor explicativo y terapéutico del constructo de ansiedad perturbadora es el de Sutton-Simon (1979), que encontró algunos resultados aparentemente contradictorios que pueden explicarse mediante el uso de este constructo. Ella observó que, en un estudio con sujetos con fobia a las alturas, sujetos con ansiedad social, y sujetos con fobia a las alturas junto con ansiedad social, los que tenían miedo a las alturas no presentan irracionalidades significativas en el Test de Creencias Irracionales (IBT) de Jones

(1978), mientras los que tenían ansiedad social mostraban irracionalidades significativas en el IBT.

Esto era de esperar, de acuerdo con el constructo postulado en este capítulo, ya que el miedo a las alturas tendría que ver presumiblemente en su mayor parte con la ansiedad perturbadora, mientras que la ansiedad social tendría que ver en su mayor parte con la ansiedad del yo. Sutton-Simon (1979) apunta que la ansiedad del yo puede ser intersituacional, mientras que la ansiedad perturbadora puede ser específica a ciertas situaciones, aunque una persona pueda experimentar ansiedad perturbadora puede «engancharse» a las señales particulares de una situación, mientras que la ansiedad del yo puede ser más una cualidad de la persona.

Aunque el constructo de ansiedad perturbadora presentado aquí parece tener algunos elementos nuevos y útiles, se solapa con diversas hipótesis anteriores acerca de la perturbación emocional y su tratamiento. Así, Low (1952) señaló que los individuos perturbados a menudo se alteran por sus síntomas de ansiedad y pánico, y que se les puede ayudar definiendo estos síntomas como incómodos pero no peligrosos. Ellis (1962, 1979a, b) subraya los síntomas secundarios de la perturbación, como es la ansiedad sobre la ansiedad, y acentúa el papel de la baja tolerancia a la frustración y del hedonismo a corto plazo en la conducta perturbada y en la resistencia de los clientes a cambiar esta conducta. Weekes (1969, 1972, 1977) destacó la importancia de la ansiedad ante la ansiedad, especialmente en la agorafobia. Rehm (1977) ofreció un modelo de auto-control de la depresión que acentuaba los factores hedonistas así como los del yo en este trastorno. Las formulaciones presentes van algo más allá de estas teorías hacia el desarrollo de un constructo de ansiedad perturbadora y hacia una distinción más clara de la ansiedad del yo.

ANSIEDAD PERTURBADORA Y DEPRESION

El concepto de ansiedad perturbadora también ofrece una explicación sobre los orígenes y tratamiento de la depresión mejor que muchas otras teorías. Abramson y Sackheim (1977) señalaron una paradoja parecida en la depresión. Por una parte, los individuos deprimidos —como señala Beck (1976)— se culpan a sí mismo y se ven como incapaces de ayudarse; son inequívocamente auto-derrotistas. Pero por otra parte, insisten, de una manera excesiva en, que deben asegurar y deben controlar el resultado de los acontecimientos de sus vidas; y se deprimen cuando no tienen realmente este tipo de control completo. Por lo tanto se auto-denigran al igual que se auto-deifican, lo cual parece ser algo paradójico.

En términos RET, y en términos de la ansiedad del yo y de la ansiedad perturbadora, esta paradoja parece totalmente resoluble. En la RET, se presupone que el individuo tiende a tener tres creencias irracionales (Ci) básicas acerca de sí mismo y del universo: (1) «Tengo que tener éxito en las cosas importantes que hago en la vida, y ganar la aprobación de las personas significativas en mi vida, y es horrible cuando no lo consigo. Y por lo tanto no soy tan bueno como debería, y por consiguiente inútil». (2) «Debes tratarme con bondad, justicia y consideración, y es horrible cuando no lo haces. Por lo tanto eres una migaja y un piojo». (3) «Las condiciones bajo las que vivo deben ser fáciles, o al menos no demasiado difíciles, y deben darme todas las cosas que realmente quiera rá-

pidamente y sin demasiada lucha; y es *terrible* cuando no es de esta forma. El mundo es un lugar realmente despreciable para vivir y no *debería* ser de la forma en que sin duda es.

Muy a menudo, la gente deprimida tiene dos de estas ideas básicas —la primera y la tercera— y a veces tiene también la segunda. Desde luego, no hay razón por la que no tendrían que tener dos o tres; y tampoco por qué la primera y la tercera, cuando están fuertemente entrelazadas, necesariamente en conflicto unas con otras. La primera de ellas, «*Debo tener éxito en todas las cosas importantes que hago en la vida y ganar la aprobación de las personas significativas en mi vida; y es horrible cuando no sucede de este modo!*» parece ser esencialmente auto-destructiva. Pero su perfeccionismo es en esencia grandioso, ya que lo que implica es «*Debo ser excepcional, perfecto y maravilloso; y si no soy lo que debo en estos aspectos, es horroroso y soy una persona despreciable inútil*». Esta misma clase de grandiosidad está también implicada en la tercera irracionalidad; a saber, «*Debido a que soy (o debería ser) una gran persona para la que todo va bien y la vida es fácil, por lo tanto las condiciones bajo las que vivo no deben ser demasiado difíciles, y en consecuencia es terrible y el mundo es un lugar malo si se presentan dificultades*».

La grandiosidad por lo tanto, subyace virtualmente a toda la perturbación emocional; a saber, la exigencia y obligación tácita (o expresada!) de que «yo tengo que tener éxito y ser universalmente aprobado; tu tienes que tratarme bondadosa y justamente; y las *condiciones del mundo* tienen que ser fáciles y gratificarme inmediatamente. Cuando estas exigencias y obligaciones no se encuentran —como desde luego, sucede en la realidad— entonces «lógicamente» me pongo ansioso, desesperado, deprimido o enfadado. Sin estos empeños omnipotentes, sólo tendería a ponerme triste, pesaroso, molesto, e irritado.

La ansiedad perturbadora es particularmente importante en la ansiedad y la depresión, como lo mostraré en el siguiente caso ilustrativo. Hace varios años viví a un hombre de 28 años, con gran ansiedad y temor, enfadado y deprimido todos los días del año, que llevaba así desde hacía diez años. Había estado en psicoterapia intensiva desde los 15 años; y durante este tiempo había mejorado moderadamente, de modo que al menos había sido capaz de ir regularmente al colegio y a su trabajo como librero. Pero había sido institucionalizado dos veces, durante un periodo de un año cada vez; no había sido capaz de tener ninguna relación íntima con mujeres; y llevaba una existencia restringida y muy rutinaria. A menudo se encontraba tan deprimido que pensaba seriamente en el suicidio.

A primera vista, el problema de este hombre era la ansiedad del yo, puesto que insistía en que tenía que hacer bien las cosas y ganar la aprobación de los demás, y se desplomaba siempre que algo le salía mal. Decía que se odiaba, no tenía auto-confianza, y tenía un miedo enorme a fracasar así como de tomar alguna decisión importante, por miedo a equivocarse ya que después tendría que castigarse por este error.

Realmente, y a pesar de todo, este cliente se había beneficiado en alguna medida de la terapia anterior, en particular leyendo el libro de Ellis y Harper (1975), *A New Guide to Rational Living*, que usó prácticamente como su biblia. En cierto modo, sentía relativamente poca vergüenza o culpa cuando, por ejemplo, vestía descuidadamente y le criticaban por no socializarse, y cuando actuaba con egoísmo, incluso con los amigos y familiares a los que más quería y respetaba.

Así que empecé a sospechar que su problema principal era la ansiedad perturbadora, más que la ansiedad del yo, aunque también tenía aspectos de la última (como quizá sucede en casi todo el mundo). En un típico arranque de ansiedad, depresión y cólera, pensaría y actuaría de la siguiente forma:

1. Llegaría a estar excepcionalmente «ansioso» o «atacado» cuando tuviera que hacer cola en una tienda o esperar que le sirvieran en un bar. Aquí, parecía estar demandando que las condiciones fuesen fáciles y que se le sirviera inmediatamente; tenía claramente baja tolerancia a la frustración o ansiedad perturbadora.

2. Una vez que se encontrase «atacado» se diría «*No debería actuar de esta manera; ¡soy un canalla! y experimentaré la ansiedad del yo. Pero generalmente con mucha más fuerza se insistiría «¡No debo estar atacado y sentir tal incomodidad por estar atacado!» y entonces experimentaré síntomas secundarios de ansiedad perturbadora.*

3. Después caería en la cuenta que estaba continuamente aterrado más allá de luchas y de dificultades; y cuando viese que era así (en gran parte como resultado de la RET que estaba experimentando), insistiría en que la vida era *demasiado* dura y que *era horrible* que siguiera encontrándose tan mal. Me preguntaría ingenuamente, «*¿No te sientes fatal cuando la gente te fuerza a hacer lo que realmente no quieres, tal como esperar una cola durante mucho tiempo en una tienda?*». Cuando le contestara que efectivamente no me gustaba ese tipo de cosas pero que las aceptaba y por consiguiente era capaz de evitar casi por completo los inconvenientes que me causaban, él simplemente no podría entender cómo podía aceptarlo. Consideraba intrínsecamente horrible que se le impidiera algún deseo, incluso relativamente pequeño como tener que esperar para ser atendido en una tienda, y pensaba que todo el mundo creía que era igualmente horrible.

4. Como continuaba trastornándose de esta forma, comprendió que era, al menos en el grado de su perturbación, diferente de otras personas. Así se derrumbaba de nuevo por ello y volvía, una vez más, la ansiedad del yo. Además también se sentía horrorizado por la incomodidad de sentirse continuamente aterrado y vuelta atrás, una vez más, a la ansiedad perturbadora a causa de esta perturbación continua; esto es, no la aceptaba y la vería como si estuviese en un estado virtualmente insoportable. De nuevo, sentía ganas de quitarse la vida (aunque no enérgicamente) a consecuencia de estos sufrimientos continuos; y otra vez se cuestionaba sobre su suicidio, y si era una persona despreciable, muy diferente y peor que los demás, por tener tales sentimientos. A veces, sin embargo, simplemente aceptaba tales sentimientos y pensaba que era bastante justificable el hecho de pensar sobre su muerte debido a las incomodidades «horribles» de vivir.

5. Debido a que este cliente definía casi todo lo que quería o deseaba con fuerza como necesidades absolutas —lo que se encuentra en la esencia filosófica de la ansiedad perturbadora— volvía a enfatizar su creencia irracional, «*¡Debo hacerlo bien!*». Creía a pies juntillas que sólo por hacerlo bien conseguiría totalmente la mayoría de las cosas que «necesitaba». Cuando no lo realizaba a la perfección, no sólo se derrumbaba por su incapacidad sino también sentía que su desempeño estaba por debajo de su nivel «necesario», y por consiguiente experimentaba tanto ansiedad perturbadora como ansiedad del yo.

En resumen, la (AP) ansiedad perturbadora de este cliente se entremezcla continuamente y ayuda a reforzar su (AY) ansiedad del yo; y viceversa. Parece

que muchas personas perturbadas en profundidad, probablemente habrían funcionado pobremente con sólo AY, ya que a menudo se derrumban profundamente por sus errores y por experimentar la desaprobación de los otros. Pero es improbable que hubiera estado tan gravemente perturbado como estaba sin su sufrimiento tanto de la ansiedad del yo como de la ansiedad perturbadora. A través de observarle a él y a otros muchos clientes como él, parto de la hipótesis de que algunos sujetos sufren emocionalmente debido a su ansiedad del yo y otros a su ansiedad perturbadora, y que aquellos que tienen una combinación de AY y AP grave están incluso más perturbados que aquellos que tienen una o la otra y es también menos probable que cambien o que se beneficien de algún tipo de psicoterapia.

Otro fenómeno percibido con frecuencia que puede ser explicado a través de la hipótesis de la ansiedad perturbadora es la observación de que la gente que padece una depresión grave, a menudo ha perdido a sus familiares o a otras personas significativas a temprana edad; esta clase de depresión está también relacionada con la pérdida del trabajo, con un serio reves económico, o con la caída de una buena posición social; y que, como muestran Levitt y Lubin (1975), la propensión a la depresión no se relaciona con variables demográficas tradicionales como edad, sexo y raza, sino que aumenta con el fondo educativo, la renta anual, y la habilidad para mejorar la decreciente situación financiera propia. Si estas observaciones son ciertas, podemos concluir con facilidad que las personas que están privadas de familia o de satisfacciones económicas, antes o después a lo largo de sus vidas sufren una pérdida de estatus y como consecuencia la ansiedad del yo, y que por lo tanto son más propensas a padecer graves sentimientos de depresión. Pero quizá de forma más lógica podemos concluir que la gente que está privada en estos aspectos afectivos y económicos a menudo (aunque, desde luego, no siempre) tiene baja tolerancia a la frustración o ansiedad perturbadora, y que una combinación de frustración real más su ansiedad perturbadora *con respecto* a esta frustración les lleva a menudo y de forma directa a reacciones depresivas graves. La frustración, afirmaron en otro tiempo erróneamente Dollard, Dood, Miller, Mowrer, y Sears (1939), conduce a la agresión. En sí mismo, esto no es así, ni conduce a la depresión. Pero la frustración *de la gente con ansiedad perturbadora profunda* (en la que puede existir tanto una propensión o vulnerabilidad biológica, como un refuerzo o resultado progresivo de sucesos inusualmente frustrantes) puede conducir a algún tipo de reacción perturbadora, incluyendo la agresión y la depresión.

Como señalan Beck (1967, 1976) y Ellis (1962), la depresión está generalmente vinculada con la ansiedad del yo, con las personas que se desaprueban a sí mismas por su pobre desempeño y creen que, consecuentemente, debido a que *ellos* son inútiles o incompetentes sin esperanza, no pueden manejar las situaciones de la vida y en particular las situaciones difíciles que están ocurriendo o pueden ocurrir. Pero incluso en este aspecto de la ansiedad del yo en la depresión, la ansiedad perturbadora es también probablemente un factor por el que los sujetos deprimidos no están simplemente diciéndose que son tan incompetentes que no pueden vencer las situaciones de su vida normal y no pueden probar lo «valiosos» o «grandes» que son. Probablemente también se dicen que son tan desesperadamente ineptos que no pueden evitar los *inconvenientes e incomodidades*, presentes y futuras y que por lo tanto sus vidas son y continuarán siendo, terribles y horrosas.

La depresión incluye además otro elemento y quizá el más común de la ansiedad perturbadora. A menudo la gente deprimida tiene una tolerancia a la

frustración tan sumamente baja que rehúsa entablar peleas suaves y comunes, sólo se lo permite en contadas ocasiones y puede quejarse y lamentarse con facilidad cuando no tiene acontecimientos *bastante buenos* en sus vidas, o cuando en otro tiempo tenía condiciones más fáciles y confortables, y ahora al haber perdido sus trabajos o perdido dinero no tiene *eso* bueno.

Hace años, antes de darme cuenta de lo importante que es generalmente un factor de ansiedad perturbadora en el proceso de sentimientos de depresión profundos, enseñaba fundamentalmente a mis clientes deprimidos que *no* tenían que valorarse a sí mismos por pasar por la vida sin destacar (o por hacerlo menos bien que los demás) y que podrían aceptarse a sí mismos incondicionalmente, tanto *si* tienen un buen desempeño como *si no* y tanto *si* son aceptados por personas significativas como *si no*. Esto les ayudaba en gran medida en muchas ocasiones, pero en otros encontré que no era suficiente.

Ahora *también* busco su ansiedad perturbadora, y prácticamente siempre parece que la encuentro. Si soy capaz de ayudarles, como a menudo lo hago, a renunciar a sus demandas e imposiciones para que las condiciones sean más fáciles y de gratificación más inmediata, y a sus insistencias para conseguir lo que quieren fácilmente y sin esfuerzo, encuentro que no sólo superan sus depresiones profundas, a veces en bastante poco tiempo, sino que también tienen mucha menos tendencia a recaer en el estado depresivo cuando algo malo sucede en sus vidas en el transcurso del tiempo.

EL TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD PERTURBADORA

No me resulta fácil ayudar a los sujetos a elevar su nivel de tolerancia a la frustración y de este modo reducir o eliminar su ansiedad perturbadora. Estoy completamente convencido que todos los seres humanos tienen una fuerte tendencia biológica a derrotarse a sí mismos por ser hedonistas a corto plazo y conseguir beneficios inmediatos más que a largo-plazo (Ellis, 1976). Por eso es por lo que muchos rechazan abandonar adicciones tales como el tabaco, la guala, el alcohol, la indecisión, que «saben» que son perjudiciales y continúan proponiéndose vencer. Pero cuando son persuadidos por diversos tipos de terapia, incluyendo la RET, a permanecer con la perturbación, ven que *sólo* es inconveniente y *no* inaguantable, y a menudo aumentan su tolerancia a la frustración, venciendo su ansiedad perturbadora, y hacen cambios significativos en sus sentimientos y conductas disfuncionales.

Una razón para esta falta de cambio en los clientes que tienen elementos significativos tanto de ansiedad del yo como de ansiedad perturbadora es que a menudo sacan a colación estos dos elementos como si fueran *un* problema. Como consecuencia, sus terapeutas erróneamente se mueven de un lado a otro intentando ayudarles con este problema supuestamente *simple* y acaban intentando, en este sentido, resolver una ecuación de segundo grado con dos incógnitas —¡lo que resulta imposible! Así, en el caso del cliente mencionado anteriormente, podría decirse que tenía dos problemas algo distintos, que partían de la misma premisa. La premisa sería, «Debo conseguir un buen resultado en las cosas que hago, especialmente un buen resultado al producir mis propios sentimientos». Esta premisa conduciría a dos conclusiones bastante diferentes (1): «Cuando hago las cosas

mal y provoca un tipo de sentimientos malo, no puedo aguantar la *incomodidad* que he creado. Bajo estas condiciones, el mundo es demasiado duro para que pueda vivir de forma feliz y ¡más me valdría estar muerto! (2) «Cuando hago mal las cosas y produce la clase de sentimientos inadecuados, no puedo aguantarme por actuar tan neciamente. Bajo estas condiciones, soy incompetente sin esperaza, siempre fallaré al conseguir lo que quiero, ¡apenas soy digno de continuar viviendo!

Si los clientes con ansiedad perturbadora presentan material que muestre estas dos ideas irracionales, el terapeuta puede «engancharse» dentro de su sistema para intentar mostrarles la forma de aceptar con elegancia la incomodidad que el mundo les brinda y que se producen ellos mismos. Si el terapeuta falla en enfocar de uno en uno los problemas del cliente, entonces los dos se confundirán entre sí y la discusión de las ideas irracionales del cliente será tan confusa que es improbable que se de una solución satisfactoria.

Es importante, por lo tanto, para el terapeuta reconocer de forma clara estos dos puntos *diferentes* (aunque quizá solapados), y tratar primero uno y después el otro, para que los clientes finalmente vean que tienen dos ideas irracionales disparejas y que ambas producen resultados emocionales y conductuales disfuncionales. De este modo, si el terapeuta inicialmente se centra en la ansiedad perturbadora de los clientes, los clientes pueden renunciar a la idea de que *no tienen* que experimentar sentimientos «malos» porque la perturbación de experimentarlos es *demasiado* difícil y *no debería* existir esa dificultad. Después de hacer esto, el terapeuta probablemente tiene una mejor oportunidad para apuntar hacia la ansiedad del yo de los clientes y ayudarles a abandonar la idea de que *no deben* experimentar sentimientos «malos» porque son *personas horribles* por actuar incompetentemente. Cada una de las creencias irracionales puede verse claramente y extirparse si el terapeuta las considera *de forma independiente*. Pero si se abordan juntas, o si el terapeuta o el cliente dan vueltas sobre ellas una y otra vez, hay una gran posibilidad de que ni una ni otra se vean con claridad ni desaparezcan.

Si estoy en lo cierto acerca de la existencia de la ansiedad perturbadora (AP) y de la ansiedad del yo (AY) y de su tendencia a reforzarse mutuamente cuando coexisten en un sujeto, entonces estos conceptos sirven para explicar algún otro aspecto del trastorno humano y de la psicoterapia que han sido apuntados reiteradamente en la literatura. En primer lugar, muchas formas indulgentes de psicoterapia han producido a menudo resultados buenos aunque temporales. De este modo, gran número de sujetos perturbados se han sentido mejor algún tiempo y han conseguido la eliminación de síntomas pasajeros como resultado de la hipnosis, la sugestión, la promesa tranquilizadora, la aprobación, y la catarsis. Creo que la mayoría de estos clientes realmente comienzan a *sentirse* mejor más que *conseguir* mejorar en un sentido permanente, aunque en definitiva a menudo hacen mejoras (Ellis, 1968, 1970, 1974). Diría que esto sucede así en gran parte porque estas técnicas indulgentes de terapia alivian temporalmente su ansiedad perturbadora. Incluso aunque vuelva pronto —porque su privación no a sido vencida y puede incluso incrementar— al menos se sienten significativamente mejor y relativamente libres de síntomas durante un pequeño periodo de tiempo.

Otro fenómeno interesante que puede explicarse parcialmente mediante el concepto de ansiedad perturbadora es el caso de los individuos que se han convertido por alguna inverosímil y probablemente idea irracional, tal como la idea de que Dios o Jesús tiene un interés personal en ellos, y les salvará del mal. Tales personas

consecuentemente logran un cambio de personalidad visible tal como abandonar el alcoholismo. Presupongo que estas personas a través de su creencia piadosa en algún tipo de cura mágica, llegan a estar muy motivadas para trabajar en su ansiedad perturbadora e ir a través del sufrimiento presente a recoger las recompensas de la ganancia futura. Quizá, por razones que pueden llamarse erróneas, hacen algo bien; disciplinarse para dejar el alcohol, las drogas, el exceso de comida, el tabaco, o el juego. Después ven que *pueden* controlar su propio destino, considerando que previamente pensaban incorrectamente que no podían. Pueden incluso adquirir algunas ideas razonables junto con las irracionales que inicialmente les llevaron a auto-disciplinarse y mejorar su baja tolerancia a la frustración.

Otro aspecto más de terapia que puede explicarse por el concepto de la ansiedad perturbadora es el fenómeno de los terapeutas que dirigen a muchos clientes a creer en ideas falsas o científicamente infundadas y de esta forma, por equivocación, ayudan a estos clientes a estar menos perturbados. Así, los Freudianos ortodoxos enseñan a la gente que sus padres les trataron con crueldad cuando eran niños y que la crueldad pasada les hace neuróticos hoy (Freud, 1965); otros terapeutas van incluso más allá de esto y enseñan a sus clientes que todos han sufrido de un primer dolor intenso como resultado de la perversidad de los padres y que si ahora gritan, chillan, y sueltan esta pena, mejorarán de forma significativa su habilidad para funcionar (Janov, 1970). Ambos conceptos son probablemente falsos, son en gran parte teorías estímulo-respuesta más que estímulo-organismo-respuesta, y postulan estímulos en la infancia temprana que lo más probable es que fueran inexistentes.

Resulta bastante interesante, sin embargo, cuando un analista Freudiano induce a los clientes a reflexionar sobre sus historias pasadas y sentimientos de dolor intenso experimentados en conexión con estos sentimientos, están probablemente tratando con sujetos que debido a su extrema ansiedad perturbadora, frecuentemente rehusan enfrentarse a su ansiedad, a sus sentimientos de enfado y en vez de esto los reprimen o suprimen. Como consecuencia, no se dan a sí mismos una oportunidad para tratar o cambiar estos sentimientos. Al forzar a tales clientes a entrar en contacto con y dar la cara a la perturbación de estos sentimientos —aunque por las razones equivocadas y a menudo de una forma muy exagerada— los terapeutas freudianos pueden ayudarles sin darse cuenta a ver que los sentimientos de ansiedad y cólera *no* son insufribles y horribles y pueden en consecuencia ayudarles a vencer parte de su ansiedad perturbadora.

Diversas técnicas conductuales, especialmente la desensibilización *in vivo* y la terapia implosiva, también parecen explicables en términos de los conceptos de ansiedad perturbadora. Así, he encontrado (Ellis, 1962), como Marks, Viswanathan, Lipsedge, y Gardner (1972), que la inundación (flooding) o la desensibilización *in vivo* funciona mucho mejor con individuos con perturbaciones graves fóbicas u obsesivo-compulsivas que con métodos más graduales o imaginativos. Pienso que esto se debe a que estos individuos evitan la incomodidad a toda costa y en consecuencia no harán frente a sus fobias o compulsiones para vencerlas. Si pueden ser forzados a hacer esto, al final descubren que haciendo lo que temen intensamente, o no haciendo lo que absolutamente piensan que *deben* hacer, les ayuda a renunciar a algo de su ansiedad perturbadora, permitiéndoles empezar a trabajar en la eliminación de su conducta disfuncional, y eventualmente les ayuda no sólo a *sentirse* mejor sino realmente a *funcionar* mejor.

Uno de los rompecabezas persistentes acerca de los sujetos neuróticos es que

pueden fácilmente trastornarse a sí mismos no sólo por tropezar con una situación «temida» sino por imaginarla, oír hablar acerca de ella, o verla (como en un programa de radio o un show televisivo). Wolpe (1978) cita esto como una señal de que la terapia cognitiva a menudo no funciona porque (1) «la mayoría de los pacientes neuróticos tienen miedo de situaciones que saben claramente que no son peligrosas objetivamente»; (2) «el estímulo para una respuesta de ansiedad neurótica puede ser tal que es inconcebible que pueda considerarse como una amenaza, por ejemplo, la ansiedad ante la vista de un tubo de ensayo lleno de sangre»; y (3) «un paciente que está continuamente ansioso puede encontrarse que tiene miedo específico persistente (por ejemplo, miedo de volverse loco); la fuerte promesa tranquilizadora puede convencerlo de lo contrario, sin embargo la ansiedad materialmente no puede disminuir».

Wolpe (1978) puede estar perfectamente equivocado aquí, porque usa la palabra «sabe» con imprecisión, como si irracionalmente fuera totalmente «conocido». De ese modo, un individuo neurótico puede «saber» parcialmente que una situación no es peligrosa objetivamente pero también «sabe» que lo es. Puede ser «convencido» de que el miedo a volverse loco es falso pero también puede ser «convencido» de que es cierto. En contadas ocasiones, de hecho, «sabemos» algo con el 100% de absolutividad; en vez de esto lo creemos parcialmente y no lo creemos totalmente de una forma simultánea.

Bajo este punto de vista, todos los ejemplos de Wolpe (1978) pueden explicarse por el concepto de ansiedad perturbadora. Así, los sujetos neuróticos pueden «saber» que montar en la montaña rusa en un parque de atracciones no es amenazador o peligroso; pero también pueden saber que probablemente van a experimentar ansiedad si se montan y por lo tanto tienen miedo de su ansiedad (y su perturbación consecuente) más que de los coches en sí mismos. Pueden «saber» que la vista de un tubo de ensayo lleno de sangre no les amenazará con el dolor del pinchazo, pero también pueden saber que les recuerda su ansiedad acerca del pinchazo y son amenazados por esta ansiedad (perturbadora) más que por el pinchazo. Pueden «saber» que tienen un riesgo pequeño de volverse locos, pero pueden no obstante tener tanta ansiedad perturbadora («¿No sería horriblemente incómodo si *me volviera* loco?») como ansiedad del yo («¿Sería una persona débil, despreciable si *cayera* en la locura!»). Como ya señalé, cuando la gente tiene ansiedad perturbadora tiende a tener miedo de algún recuerdo de un «objeto temido», no porque la representación del objeto sea vista como «aterradora» sino porque su reacción ansiosa, inconfortable al objeto se ve como «horrible» o «intolerable».

Mineka y Kihlstrom (1978) han revisado la literatura sobre la neurosis experimental, incluyendo los experimentos de Gantt (1944), Liddell (1943), Pavlov (1927), y Wolpe (1958), y han desarrollado la hipótesis de que el hilo conductor común a través de toda la literatura de este área es que en cada caso los sucesos importantes de la vida llegan a ser impredecibles, incontrolables, o ambas cosas. También apuntan que hay analogías sorprendentes entre la neurosis experimental y la indefensión aprendida siguiente a la exposición a un shock incontrolable, lo que una y otra vez se ha asemejado a la depresión (Seligman, 1975). Si hay alguna vigencia en la hipótesis de Mineka y Kihlstrom (1978) acerca de la neurosis experimental y aquella de Seligman (1975) acerca de la indefensión aprendida como pienso que probablemente hay, sus teorías pueden ser fácilmente afines a mi hipótesis de la ansiedad perturbadora. Conjeturaría que cuando los humanos (y

diversas especies de otros animales) se enfrentan con sucesos de la vida que consideran importantes controlar y que salgan bien, y cuando estos sucesos vuelven a ser consecuentemente impredecibles, incontrolados, o ambas cosas, no sólo tienden a sentirse incómodos sino que también concluyen que estas situaciones son *demasiado* molestas y no hay *forma* de intentar hacerlas más cómodas. Por lo tanto renuncian totalmente o desarrollan lo que G. V. Hamilton (1925) llamó una reacción persistente no ajustada y llegan a estar «deprimidos» o «neuróticos».

Estoy diciendo que lo que llamo ansiedad perturbadora (AP) es una tendencia biológica de los humanos y de ciertos animales (por ejemplo, las ratas o los conejillos de indias); que los organismos de este género innatamente luchan para predecir lo que va a suceder a su alrededor, para controlar su ambiente para de esta forma conseguir más de lo que quieren y menos de lo que no quieren, y así sobrevivir satisfactoria o «felizmente». Cuando perciben que hay un alto grado de probabilidad de ser capaces de hacer esto, persisten en sus reacciones ajustadas y por lo tanto son «saludables» o «no neuróticos»; cuando perciben (correcta o incorrectamente) que probablemente no pueden controlar sus situaciones de vida y conseguir lo que quieren, también con dignidad viven con sus continuas frustraciones (desarrollando una filosofía de aceptar lo inevitable) o rehusan aceptar esta realidad severa (llo-riqueando y gimoteando y desarrollan una filosofía de rechazo desesperado, una perspectiva neurótica o no ajustada que frecuentemente termina en depresión o abandono).

También he dicho que parto de la hipótesis que las fobias humanas se relacionan de forma particular con la ansiedad perturbadora. Cuando las personas tienen, por ejemplo, una fobia a los aviones, generalmente tienen algún elemento de ansiedad del yo; es decir, creen a pies juntillas que *ellos* ahora que están vivos, vivirán prácticamente para siempre y no *deben* morir antes de su hora; y frecuentemente también creen que es vergonzoso para ellos revelar su miedo a los aviones delante de los demás (por ejemplo, al personal de vuelo y a los pasajeros del avión) y en consecuencia no pueden subirse a un avión para evitar este hecho «vergonzoso».

Al desensibilizar a estos sujetos de las cosas que temen (por ejemplo volar), los terapeutas tienen ante sí la elección entre muchos métodos, incluyendo la desensibilización sistemática (Wolpe, 1958), la imaginación implosiva (terapia implosiva) (Stampfl y Levis, 1967) y la desensibilización *in vivo* en el desarrollo de la terapia racional-emotiva (Ellis, 1962, 1971, 1973, 1979a; Ellis y Grieger, 1977). Estos parecen ser métodos radicalmente diferentes de desensibilización, pero como Teasdale (1977) señala, tienen una cosa en común; la presentación reiterada de un estímulo temido sin consecuencias desastrosas manifiestas.

Parece que las personas con fobias a los aviones (o a otras cosas) continúan diciéndose a sí mismas, por una u otra razón, «Ir en un avión es demasiado espantoso, demasiado angustioso; no puedo aguantarlo; prácticamente me desintegraría si tuviera que experimentar este suceso terrible» y siguen reindoctrinándose con este «miedo» y reforzando su creencia en él para *no* subir a un avión. Muchas veces se niegan a hacerlo, continúan diciéndose (abierta o tácitamente), «¿si volara, sería horriblemente incómodo y ahora que estoy evitando volar, puedo ver que me siento relativamente cómodo!». Además, rehusan con miedo a hacer frente a su fobia y a *hacer* algo para vencerla, llegando a ser casi imposible deshacerse de ella.

En casi todos los tipos de procedimientos de desensibilización, como señala Teasdale (1977), las personas *hacen* algo con su fobia; se enfrentan activamente, o bien con la imaginación o bien *in vivo*, y *descubren* que (1) el suceso impredecible es más predecible de lo que pensaban inicialmente; (2) nada desastroso les sucede y sólo se sienten incómodos, y no, como imaginaban, completamente *destruidos* por el enfrentamiento; (3) aprenden una técnica tal como la desensibilización sistemática (DS), la terapia implosiva, o la RET que les da alguna posibilidad de *hacer frente* a su ansiedad en el futuro; (4) aprenden que aunque no puedan controlar el evento temido (la posibilidad de que caiga el avión) pueden claramente controlar algo de su propias *reacciones* y por lo tanto dar la cara a un tipo de situación más «segura» debiendo realmente enfrentarse al objeto temido.

Permitanme hacer otra observación acerca del concepto de ansiedad perturbadora (AP) al explicar y tratar con las fobias. Emmelkamp, Kuipers, y Eggeraart (1978) en un estudio mostraban que la desensibilización *in vivo* funciona mejor con agorafóbicos que lo que hacen otros tres tipos diferentes de reestructuración cognitiva sin readaptación *in vivo*, señalan que los agorafóbicos clínicos probablemente se diferencian de los sujetos en estudios análogos en que ellos tienen un grado más alto de excitación fisiológica en situaciones engendradoras de ansiedad (Lader, 1967) que los sujetos anteriores. Señalan que «es bastante posible que la reestructuración cognitiva constituya una forma efectiva de tratamiento para los reactivos fisiológicos bajos (tales como los sujetos de estudios análogos), mientras tal tratamiento sería efectivo para los reactivos fisiológicos altos (tales como los agorafóbicos) sólo después de que el componente autónomo se ha reducido».

Estoy bastante de acuerdo con la observación expuesta en el comentario del artículo de Emmelkamp et al. (1978), (Ellis, 1979b). Si es verdad que los agorafóbicos (y muchos otros fóbicos graves) tienen reactivos fisiológicos altos —y mis propios hallazgos clínicos durante muchos años me llevan a apoyar fuertemente esta hipótesis— entonces asumiría que tienden a sentirse más perturbados, y presumiblemente con más ansiedad perturbadora que otros individuos trastornados. En consecuencia, parece probable que tendiesen a desarrollar más fobias y agarrarse a ellas más fuertemente que los fóbicos menos cogidos fisiológicamente o los «ligeros». La teoría de la ansiedad perturbadora ayuda a explicar por qué los agorafóbicos son algo diferentes de los otros fóbicos y por qué son tan difíciles de tratar.

En muchos aspectos importantes, además, el concepto de ansiedad perturbadora parece arrojar luz sobre el trastorno humano y sobre los procesos terapéuticos. Especialmente muestra la forma para crear y utilizar tipos más efectivos, más concretos, y más perdurables de tratamiento psicológico. Sugiero, por ejemplo, que muchos o la mayoría de los métodos terapéuticos usados hoy son en sí mismos formas de gratificación, y que a la larga refuerzan la ansiedad perturbadora de las personas y posiblemente hacen más daño de lo que benefician. Tomando, por ejemplo, los métodos de relajación muscular, que son tan populares entre los terapeutas conductuales. Aunque no hay dudas de que tales técnicas frecuentemente funcionan y consiguen la eliminación de síntomas considerables, como en todos los métodos de terapia, también tienen implicaciones ideológicas, algunas de las cuales parecen ser iatrogénicas:

1. Generalmente, como en la desensibilización sistemática de Wolpe (1958,

1973), la relajación se usa de una forma gradual para interrumpir los sentimientos de ansiedad de los clientes. La gran progresividad de este procedimiento, sugiero, puede fácilmente reafirmar las creencias de estos clientes de que *deben* poco a poco, con facilidad y mediante etapas cómodas, abordar sus ansiedades, y que tan pronto como experimenten algún sentimiento intenso de miedo *tienen* que relajar sus músculos y de este modo distraerse de estos sentimientos. Tales creencias, desde luego, pueden servir fácilmente para incrementar, más que disminuir, su ansiedad perturbadora.

2. Los métodos de relajación esencialmente consisten en la distracción cognitiva más que en la reestructuración cognitiva. Si, por ejemplo, los clientes tienen miedo a los ascensores y se imaginan a sí mismos estando más y más cerca de los ascensores y después, como se sienten ansiosos por esta cercanía imaginada se centran en la relajación de sus músculos, automáticamente se distraen de la idea, «No debo entrar en los ascensores; sería horrible si algo me sucediera cuando entrara en ellos!». Pueden muy bien reducir su ansiedad por este procedimiento de distracción, pero generalmente no han trabajado realmente en abandonar sus creencias irracionales sobre el hecho de subir a un ascensor. La relajación y otras formas de distracción cognitiva son casi siempre mucho más fáciles de llevar a cabo que combatir activamente y discutir las irrationalidades básicas propias de cada uno. Consecuentemente refuerzan, por ejemplo, la idea de la gente sobre el horror de trabajar, por ejemplo, y de este modo puede aumentar su ansiedad perturbadora.

3. La distracción cognitiva, aunque es un método viable de psicoterapia, probablemente no es tan eficaz en la mayoría de los casos como la desensibilización *in vivo*. Empleándolo con los clientes, el terapeuta evita conseguir que se enfrenten a los ascensores reales o a otros objetos temidos irracionalmente, y en consecuencia les da un método poco concreto de resolver sus problemas. De nuevo, tiende a continuar o aumentar su ansiedad perturbadora.

Es tentador para mí acentuar la trascendencia de la ansiedad perturbadora y relacionar todas las formas de perturbación emocional con este concepto. Así, los humanos tienden a creer que *deben* hacerlo bien y tener aprobación, que los demás *deben* tratarlos correctamente, y que las condiciones bajo las que viven *deben* ser fáciles y agradables. Cuando estos tres criterios de *necesidad*-perturbadora no se confirman en la realidad —lo que a menudo sucede en este mundo frustrante— generalmente concluyen que *no pueden aguantar* sus propias imperfecciones, las de los otros, o las del mundo, y que es *horrible* y *terrible* que tal hecho desagradable pueda suceder. En algunos aspectos, parecen tener baja tolerancia a la frustración (BTF) o ansiedad perturbadora como un aspecto de casi todos sus trastornos emocionales —su auto-destrucción, su hostilidad, y su auto-compasión. Hasta cierto punto, entonces, podríamos decir que virtualmente todas las perturbaciones «emocionales» provienen de la BTF.

Mi percepción y juicio clínico, sin embargo, me dicen que esta formulación omite algún dato esencial acerca de las personas y sus trastornos. Aunque la ansiedad del yo y la ansiedad perturbadora se encuentran en casi todos los individuos, y como ya señalé, significativamente interrelacionadas y mutuamente reforzadas, pienso que es mejor verlas como conductas separadas que entrelazadas. De este modo, tiene una utilidad terapéutica y aclaratoria máxima.

REFERENCIAS

- Abramson, L. Y., & Sackheim, H. A. A paradox in depression: Uncontrollability and self-blame. *Psychological Bulletin*, 1977, 84, 838-851.
- Beck, A. T. *Depression*. New York: Hoeber-Harper, 1967.
- Beck, A. T. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press, 1976.
- Dollard, J., Doob, L., Miller, N. E., Mowrer, O. H., & Sears, R. R. *Frustration and aggression*. New Haven: Yale University Press, 1939.
- Ellis, A. Razón y emoción en psicoterapia. Bilbao. Desclée De Brouwer, 1975.
- Ellis, A. What really causes therapeutic change? *Voices*, 1968, 4 (2), 90-97.
- Ellis, A. The cognitive element in experiential and relationship psychotherapy. *Existential Psychiatry*, 1970, 28, 35-42.
- Ellis, A. *Growth through reason*. Palo Alto, Calif. Science and Behavior Books and Hollywood: Wilshire Books, 1971.
- Ellis, A. *Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach*. New York: Julian Press and McGraw-Hill Paperbacks, 1973.
- Ellis, A. Cognitive aspects of abreactive therapy. *Voices*, 1974, 10 (1), 48-56.
- Ellis, A. The biological basis of human irrationality. *Journal of Individual Psychology*, 1976, 32, 145-168.
- Ellis, A. *New developments in rational-emotive therapy*, Monterey, Calif.: Brooks/Cole, 1979. (a)
- Ellis, A. A note on the treatment of agoraphobics with cognitive modification versus prolonged exposure *in vivo*. *Behavior Research and Therapy*, 1979, 17 (2), 162-163. (b)
- Ellis, A., & Grieger, R. Manual de terapia racional emotiva. Bilbao. Desclée De Brouwer, 1985.
- Ellis, A., & Harper, R. A. *A new guide to rational living*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, and Hollywood: Wilshire Books, 1975.
- Emmelkamp, P. M. G., Kuipers, A. C., & Eggeraat, J. B. Cognitive modification versus prolonged exposure *in vivo*: A comparison with agoraphobics as subjects. *Behavior Therapy and Research*, 1978, 16, 33-41.
- Freud, S. *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogarth, 1965.
- Gantt, W. H. Experimental basis for neurotic behavior. *Psychosomatic Medicine Monographs*, 1944, Nos. 3 & 4.
- Hamilton, G. V. *An introduction to objective psychopathology*. St. Louis: C. V. Mosby, 1925.
- Janov, A. *The primal scream*. New York: Delta, 1970.
- Jones, R. G. *A factored measure of Ellis' irrational belief system, with personality and maladjustment correlates*. Unpublished Ph. D. thesis, Texas Technological University, 1968.
- Lader, M. H. Palmer skin conductance measures in anxiety and phobic states. *Journal of Psychosomatic Research*, 1967, 11, 271-281.
- Levitt, E. E., & Lubin, B. *Depression*. New York: Springer, 1975.
- Lidell, H. S. Conditioned reflex method and experimental neurosis. In J. McV. Hunt (Ed.), *Personality and the behavior disorders*. New York: Ronald, 1944.
- Low, A. A. *Mental health through will training*. Boston: Christopher, 1952.
- Marks, I. M., Wiswanathan, R., Lipsedge, M. S., & Gardner, R. Enhanced relief by flooding during waning diazepam effect. *British Journal of Psychiatry*, 1972, 121, 493-505.
- Masserman, J. H. *Behavior and neurosis*. Chicago: University of Chicago Press, 1943.
- Mineka, S., & Kihlstrom, J. F. Unpredictable and uncontrollable events: A new perspective on experimental neurosis. *Journal of Abnormal Psychology*, 1978, 87, 256-271.
- Pavlov, I. P. *Conditioned reflexes*. London: Oxford University Press, 1927.

- Rehm, L. P. A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 1977, 8, 787-804.
- Seligman, M. E. P. *Helplessness*. San Francisco: W. H. Freeman, 1975.
- Stampfl, P. G., & Levis, D. J. Essentials of implosive therapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 1967, 72, 496-503.
- Sutton-Simon, K. A study of irrational ideas of individuals with fears of heights, with social anxiety, and with fear of heights plus social anxieties. *Cognitive Therapy and Research*, 1979, 3 (2), 193-204.
- Teasdale, J. D. Psychological treatment of phobias. In N. S. Sutherland (Ed.), *Tutorial essays in psychology* (Vol. 1). Hillsdale, N. J.: Erlbaum, 1977.
- Weekes, C. *Hope and help for your nerves*. New York: Hawthorn, 1969.
- Weekes, C. *Peace from nervous suffering*. New York: Hawthorne, 1972.
- Weekes, C. *Simple, effective treatment of agoraphobia*. New York: Hawthorne, 1977.
- Wolpe, J. *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Bilbao. Desclée De Brouwer, 1975.
- Wolpe, J. *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon, 1973.
- Wolpe, J. Cogniton and causation in human behavior and its therapy. *American Psychologist*, 1978, 33, 437-446.

Problemas de Ira*

Russell M. Grieger

La agresión y la violencia han llamado más la atención de la ciencia conductual y de las sociedades filosóficas que quizá cualquier otro fenómeno humano. Son legión los estudios experimentales sobre la psicología de la agresión, como se confirma por los textos recientes de Bandura (1973), Ellis (1977b), Geen y O'Neal (1976), Johnson (1972) y Novaco (1975). Desde una perspectiva social, la agresión ha sido tratada en relación a variables tales como la justicia penal (Chappell y Monahan 1975), la alineación social (Daniels, Gilula, y Ochberg, 1970) y la violencia en la televisión (Feshback y Singer, 1971). En efecto, el 19 de Marzo de 1979 la revista *Look* presentó una serie de imágenes dramáticas mostrando el modelado de niños ingleses, alemanes, sicilianos, libaneses e irlandeses, de la violencia que observaron directa y vicariamente en sus propios países. Estas fotografías mostraban a los niños divirtiéndose con juegos como «pelotón de fusilamiento», «guillotina», y «soldados», entre otros.

En contraste con la agresión, la ira es una reacción humana raramente estudiada, excepto cuando sirve para instigar la agresión o reducir la agresión a través de la catársis (Berkowitz, 1970; Feshback, 1961; Kahn, 1966). Novaco (1975) explica esto por el hecho de que las dimensiones de la agresión pueden fácilmente observarse y estudiarse mientras que los elementos de la ira tienen un carácter más fenomenológico. Independientemente de esta explicación, los problemas relativos a la ira pueblan las consultas clínicas, aunque son probablemente los menos estudiados de las emociones humanas (Novaco, 1975).

Se han articulado tres perspectivas sobre la ira, y por extensión sobre todas las emociones (Lazarus, Averill, y Opton, 1970). La perspectiva biológica atribuye la emoción a las secciones filogenéticamente más antiguas del cerebro; la formación reticular (Lindsley, 1950), el hipotálamo (Bard, 1950), y el sistema límbico (MacLean, 1960). Ignorando el hecho de que estas estructuras juegan un rol vital tanto en el funcionamiento cognitivo como en la emoción (Douglas, 1967; Pribram,

* Este capítulo apareció originalmente en R. Grieger e I. Grieger (Eds.), *Cognition and Emotional Disturbance* (New York: Human Sciences Press, 1982)

1967), esta perspectiva considera la emoción como básicamente instintiva y relacionada con los pasos más tempranos de la escala filogenética. De acuerdo con esto, el control de la ira depende del desarrollo tanto de las fuerzas intelectuales como sociales para contener lo mejor de los humanos.

La perspectiva cultural sugiere que las emociones las forman determinadas sociedades para cubrir las necesidades afectivas de sus ciudadanos (Hebb y Thompson, 1954), y por tanto conservan su propia existencia. Esto se desarrolla de muchas formas, dependiendo de factores económicos, políticos, geográficos e históricos, incluyendo la influencia de la manera en que la gente percibe o aprecia el estímulo emocional (Tursky y Sternbach, 1967) y la forma en que las personas pueden expresar las emociones (LaBarre, 1947).

Siguiendo a Magda Arnold (1960), Richard Lazarus (1966, 1968), y especialmente a Albert Ellis (1962, 1971, 1973b, 1977a), la perspectiva cognitiva se basa en la convicción de que la teorización, la apreciación y la evaluación cognitivas son funciones humanas primarias y que las reacciones emocionales están directamente determinadas por tales actividades cognitivas. Además, los determinantes cognitivos de la emoción pueden ser en esencia o bien disposicionales (reflejando los valores, actitudes o filosofías básicas de un individuo) o bien situacionales (una interpretación y evaluación del individuo de las indicaciones situacionales específicas). De este modo, para comprender una reacción emocional particular, la ira en este caso, es esencial una comprensión de la naturaleza de las cogniciones subyacentes.

Este capítulo en su mayor parte sigue el modelo cognitivo de la excitación emocional en general y el modelo RET de perturbación emocional en particular. Después de perfilar en primer lugar este modelo, trataré con más detalle los mediadores de la ira y propondré una distinción entre la ira saludable y la que no lo es.

LA MEDIACION COGNITIVA DE LA IRA

Como fenómeno afectivo, la ira puede verse tanto como una reacción del sistema nervioso autónomo (Ax, 1953; Funkenstein, King y Drolette, 1954, 1957; Schacter, 1957) como del central (Moyer, 1971, 1973) a algún suceso real o imaginado, además de un etiquetamiento cognitivo de esa excitación como ira basada tanto en bases fisiológicas como conductuales (Konocni, 1975a, 1975b; Lazarus, 1967; Schachter y Singer, 1962). De este modo, en un nivel descriptivo, la ira es una combinación de excitación fisiológica y etiquetamiento cognitivo.

Etiológicamente hablando, las teorías cognitivas siguen generalmente la máxima del filósofo Estoico, Epicteto, que afirma: «Los hombres no están perturbados por las cosas, sino por la visión que tienen de ellas». De acuerdo con esto, definen la ira (y de este modo todas las demás reacciones emocionales) no tanto por la excitación fisiológica o afectiva como por las cogniciones o apreciaciones que apuntan a la excitación. Para determinar si una persona está enfadada, el teórico cognitivo se ocupa de los pensamientos o ideas de la persona, no de sus sentimientos.

El modelo cognitivo presentado aquí es una ampliación de la ahora famosa teoría ABC de la RET (Ellis, 1962, 1971, 1973, 1975, 1977a, 1977b). Haciendose

eco de Epicteto, la RET afirma que los sucesos percibidos, imaginados, recordados o anticipados (en el punto A) no provocan directamente la ira (en el punto C); sólo sirven para apuntar la actividad cognitiva que determina la ira. Cada reacción de ira está mediatizada por algún suceso cognitivo que lógicamente conduce a esa reacción.

Como afirmé con anterioridad, las cogniciones son importantes para la excitación emocional por lo menos de dos formas (ver Figura 7-1). En la primera, las cogniciones actúan como rasgos disposicionales o fuertemente aprendidos, soportando, los valores personales o las filosofías de vida que las personas acarrean a través de las situaciones (B1). Como tales, influyen de diversos modos en la excitación emocional (1) suministrando un juego perjudicial que lleva a la gente a buscar y prestar atención a estímulos situacionales de un cierto tipo; (2) condicionando las evaluaciones o apreciaciones que las personas hacen de las experiencias particulares; (3) manteniendo directamente los sucesos pasados cargados emocionalmente «vivos» y los sucesos futuros anticipados intensos; y (4) creando indirectamente sucesos en el ambiente que apunten a la conducta de otros consistente con la reacción emocional. Por consiguiente, ejercitando la filosofía consciente o inconscientemente y de este modo experimentando tanto los sucesos percibidos como la excitación emocional selectivamente, sirve para arraigarlo y hacer su activación más probable en el futuro.

La cognición juega un segundo papel significativo en la excitación emocional por mediación de los sucesos aversivos (B2). Estas atribuciones situacionales son las apreciaciones que la gente hace del suceso experimentado en sí mismo y del resultado probable de diversas reacciones a ese suceso. Están en parte determinados por las características del suceso mismo, pero están también influidos por las filosofías de vida y las experiencias pasadas de las personas en circunstancias similares. La excitación emocional y la conducta consiguiente recíprocamente relacionadas con estos mediadores cognitivos proporcionando feedback validado a

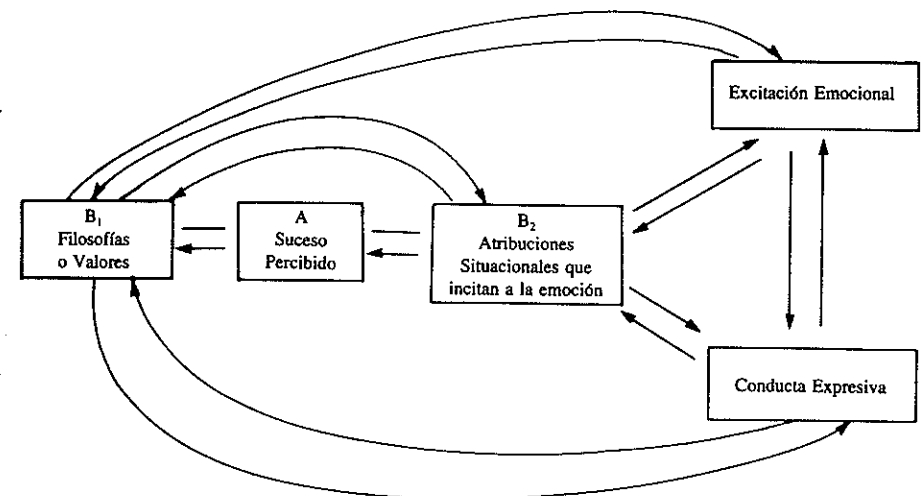


Figura 7-1. Mediadores Cognitivos de la Ira

la estimulación y desde aquí incrementando su probabilidad en el futuro. Los mediadores situacionales también sirven para validar y reforzar las filosofías de vida asociadas.

Ambas variedades de cognición pueden llevar a la excitación emocional de forma singular, pero es más probable que actúen de común acuerdo una con otra. De esta forma, la excitación emocional y la conducta expresiva se influyen mutuamente una a otra. Por ejemplo, la excitación de ira tiende a apuntar a la conducta agresiva (Rule y Nesdale, 1976). Por otra parte, responder agresivamente a los sucesos negativos lleva a uno a definir la excitación emocional propia como ira, lo que progresivamente aumenta esa ira (Konocni, 1975a, 1975b).

Una vez delineado brevemente el modelo, me centraré ahora en un planteamiento más detallado de los mediadores cognitivos de la ira. Primero trataré las filosofías irracionales y las atribuciones situacionales de la ira y después presentaré los procesos por medio de los cuales la gente consigue enfadarse por estar enfadado.

Filosofías Irracionales de la Ira

Consistente con la teoría racional-emotiva (Ellis, 1962, 1971, 1975, 1976b, 1977b), la ira, como todas las demás reacciones emocionales, en gran medida resulta de (y se mantiene por) que una persona tiene ideas o filosofías que lógicamente llevan a la ira. De acuerdo con esto las personas que ardientemente ratifican ideas de enfado (o instigan la ira) son propensas a ella y a actuar agresivamente. Llevando estas filosofías con ellos, tenderán a ser extremadamente sensibles a elementos de injusticia o a signos de peleas en las situaciones; atribuirán motivaciones hostiles a las acciones de los otros; generalmente evaluarán las situaciones a la luz de sus filosofías de enfado; se re-encolerizarán al recordar (incluso obsesivamente) desaires pasados; y sobreactuarán a la menor frustración. En un sentido muy real, están «programando» bombas de relojería listas para explotar.

Albert Ellis (1973a, 1975) ha propuesto dos formas de ira independientes aunque conceptualmente similares. En la *ira autística*, el individuo infantilmente confirma la idea de que debido a que no le gusta personalmente algo o no quiere que suceda algo, o debido a que encuentra la conducta de alguien indeseable o incluso detestable, ese hecho *no debería* suceder o la persona *no debería* comportarse de esa forma. Después, cuando los sucesos o actos ocurren, la persona concluye que es una cosa *horrible* que es demasiado *inaguantable* para resistirlo. Finalmente, la persona condena tanto al mundo por permitir que una cosa tal suceda como a la persona que ofende por hacer una cosa parecida. El centro de estas ideas es el «yo»; «porque yo lo digo, no debería suceder».

En la *ira impersonal*, la persona invoca la magia de la validación consensual. De esta forma concluye que, debido a que todo el mundo estaría de acuerdo en que un suceso o acción es malo, *no debería* haber sucedido. Bajo este paraguas de grupo, entonces la persona va a concluir que es *demasiado horrible tolerarlo* y que él o ella, como todo el mundo, puede legítimamente valorar a la persona como tan completamente *despreciable* como para merecer un castigo severo. En esta forma de ira, por tanto, la persona se ofende debido a una lealtad a un código de normas explícito o implícito que pertenece a una comunidad, y entonces actúa como un representante vengador de esa masa colectiva.

Ambas formas de ira tienen al menos tres elementos filosóficos comunes que directamente conducen a la ira. El primero es la suposición de que una acción o suceso considerado malo *no debería*, *no tiene que* ocurrir. Al poseer esta visión la persona actúa como hacedor de normas arrogantes, imponiendo leyes a los demás y al universo que son absolutas e incontrovertibles. Ellis (1977a, pp. 12-13) lo expone de la siguiente forma:

1. Los otros *deben* comportarse de la forma que yo creo mejor, de la manera que considero justa, moral, apropiada, ética, considerada, etc.
2. El mundo, y en particular las condiciones bajo las que vivo, *deben* estar organizadas de la forma que creo mejor, de manera que sean justas, compasivas y libres de peleas, etc.

Un segundo elemento filosófico común a ambas formas es que la persona percibe la acción o suceso como negativo (por ejemplo inoportuno, desventajoso, inconveniente, deplorable) y entonces concluye que es tan *horrible* por ser virtualmente *inaguantable*. Cuando, por ejemplo, una persona es tratada groseramente en el teatro y sólo concluye que tiene un dolor en el cuello o que ha sido molesto por estar sujeto a tal tratamiento, que estará, en el peor de los casos, sólo irritado o molesto. Pero, cuando concluye que es una cosa tan terrible que el culpable no tenía derecho a hacer, casi seguro que llegará a estar ultrajado y probablemente actuará de alguna forma vengativa.

El tercer elemento filosófico común a ambos tipos de ira propuestos por Ellis se centra en la persona que realiza el acto declarado ilegal. Consiste en concluir que los actos de la persona culpable no son sólo malos o despreciables, sino que la persona culpable es *despreciable* y por lo tanto debería ser severamente castigada por *ser* de esa forma. Esta actitud es expresada en frases tales como, «Ya que has cometido esta cosa horrible que no deberías haber hecho, eres un ser *totalmente despreciable* y puedo condenarte justificadamente a una vida de sufrimientos»; o, «Ya que todos estamos de acuerdo en que no deberías haber hecho una cosa tan horrible, podemos condenarte y podemos llegar a la conclusión de que se lleve a cabo la pena severa y merecida».

La suposición que subyace a todo esto es que la gente es propensa a la ira al tomar la posición filosófica de que pueden imponer Jehováticamente demandas absolutas a los otros por ciertas conductas y que es legítimo para ellos condenar a los otros si violan las normas. A pesar de todo, aunque esto es verdad para la mayoría, si no lo es para toda, la gente enfadada, otros dos temas, ya descubiertos por ser centrales en un gran número de otras perturbaciones emocionales, subyacen a la mayoría de las reacciones de enfado (Grieger, 1977; Grieger y Boyd, 1979). Estos estimulan las ideas irracionales propuestas por Ellis y aprovisionan de combustible la ira. Un tema tiene que ver con la auto-valía y el otro con la tolerancia a la frustración.

La Auto-valía y la Ira

A menudo, la ira flotante es percibida como una amenaza para el sentimiento de ser valioso. Sin embargo, aunque no directamente relacionado con la ira, la

evidencia experimental sugiere que los sujetos que se presentan a sí mismo con alta auto-estima responden con menos agresión a las provocaciones que los sujetos que cuentan lo contrario (Green y Murray, 1973; Rosenbaum y de Charms, 1960; Rosenbaum y Stanners, 1961; Veldman y Worchel, 1961; Worchel, 1960). Toch (1969), por ejemplo, sugiere que la baja auto-estima era un determinante significativo tanto en la excitación de la ira como de la conducta agresiva en las interacciones entre la policía y los criminales que estudió.

En términos de la terapia cognitiva, la gente se inclina a auto-valorar la ira creyendo que su auto-valía depende de lo que los otros piensen de ellos y de lo bien que lo hacen para ganar el reconocimiento, la aceptación y el amor de los otros. Además de a los temas de la ira impersonal y/o autística, se adhieren ardientemente a la idea de que «Yo debo hacerlo bien y ganar la aprobación, en especial de aquellos que considero significativos, o si no me evalúo como una persona despreciable». Los sujetos que sostienen esta idea bastante a menudo interpretan las acciones negativas de los otros como desvalorándolos, como de algún modo amenazando o restándoles su auto-valía. Estando en juego la mercancía preciosa de la auto-valía, esta persona ve un acto injusto o insultante como una afrenta horrible que de ninguna manera debería suceder y ve al responsable como una persona terrible por hacer eso. De este modo, cuando se enfrenta con los devenires de la fortuna, la persona reflexivamente concluye, «Sus acciones comunican que él me encuentra insignificante. Si eso es cierto, me hace insignificante. El no debería hacerme eso a mí, ¡SOLLOZO!»

De este modo opera un problema a doble-nivel en la auto-valía de la ira. En el nivel más consciente y accesible, tiene lugar el debería y la censura típicos. En un nivel menos consciente, menos accesible surge la predisposición del individuo a generalizar desde las acciones negativas de los demás a su auto-valía. En lugar de aceptar simplemente la validez del insulto e internalizarlo para condenar el yo, esta persona ataca y condena a la otra persona en el recuerdo. El punto importante es que el atacar a la otra persona o suceso es una acción auto-protectora proyectada para evitar a la persona hacer frente a sus miedos y a su falta de carácter. Una analogía que pienso capta el concepto de auto-valía en la ira tiene que ver con dos camareras que sirven el típico cliente rudo y criticón. La camarera que experimenta ira autística o impersonal sólo lleva comida en la bandeja y protesta enérgicamente al cliente cuando este la somete a tal conducta crítica. La camarera que experimenta la auto-valía de la ira lleva su auto-valía, a la vez que la comida del cliente sobre la bandeja, y protesta enérgicamente al cliente porque este le quita su auto-respeto. Se siente personalmente herida.

Permítanme ilustrar lo que estoy diciendo a través de dos ejemplos clínicos. En cada ejemplo, un rasgo significativo de la ira del cliente era una amenaza percibida para la auto-valía.

1. *Caso 1.* Carol era un miembro de un grupo de RET y quería vencer sus problemas de ira. Rápidamente sacó provecho de la situación de grupo; reconoció en seguida el hecho de que exigía deberías a otras personas y les condenaba como despreciables por comportarse de las formas concretas que lo hacían y que no le gustaban. También reconoció la irracionalidad de estas posturas y, con nuestra ayuda, las consideró correctamente. Pero, no mejoró.

Después en una sesión de grupo Carol trató de cuanto enfado había llegado

a tener con una mujer a la que había alquilado una habitación en su casa. Parecía que esta mujer usaba la plancha de Carol y dejaba su cocina en desorden, a pesar del hecho de que Carol le dijo repetidamente que no lo hiciera. Después ella y el grupo volvieron de nuevo sobre el mismo tema, la siguiente conversación tuvo lugar entre Carol y yo.

- TERAPEUTA: Parece que así no vamos a ninguna parte. Permíteme una pregunta, Carol. ¿Encuentras la conducta de esta mujer positiva, negativa o neutra?
- CAROL: Bueno, negativa desde luego.
- TERAPEUTA: Entonces, termina esta frase por mí «No me gusta que use mi plancha, en especial después de que le he dicho que no, porque...»
- CAROL: (Pausa) Porque me rebaja.
- TERAPEUTA: ¿Qué significa cuando dices que te rebaja?
- CAROL: Me anula.
- TERAPEUTA: Eso suena un poco místico para mí. ¿Significa que ella de algún modo anula tu trabajo por ignorar tus deseos?
- CAROL: Sí. Eso es exactamente.
- TERAPEUTA: Bien, ¿no estás confundiendo su valoración negativa sobre ti, asumiendo que eso es verdad, con tu propia valoración de ti misma como persona? ¿No estás poniendo tu auto-valía dependiendo de si ella te hace caso o no?
- CAROL: De alguna forma, supongo que sí.
- TERAPEUTA: Estando en juego eso, puedo ver por qué estás así de enfadada con ella y por qué demandarías su sometimiento. Es una reacción lógica desde una premisa ilógica. Pero, ¿no es el problema real el hecho de que no te aceptes realmente a ti misma?
- CAROL: Sí, supongo que ése es el problema.

Caso 2. Bill era un profesor relativamente nuevo en la facultad de una escuela privada para jóvenes perturbados emocionalmente y con dificultades de aprendizaje para los que yo actuaba como un asesor. En el transcurso de un taller en funcionamiento sobre la ira, Bill se acercó a mí para hablarme de su intensa ira hacia los estudiantes. Expresaba su preocupación de que podría perder pronto el control y pegarles físicamente. Tuvo lugar la siguiente conversación.

- BILL: Ciertamente he perdido mis ideales en este tema. Cuando comencé el trabajo, llegaba a casa cada noche preguntándome cómo podría ser más eficaz el próximo día. Ahora fantaseo ajustar cuentas con ellos.
- ASESOR: Bien, ¿qué hacen ellos exactamente que encuentras tan irritante?
- BILL: Cualquier cosa, desde las típicas como hablar en clase y negarse a recordar mi nombre. Realmente me he preocupado por algunos de ellos y he puesto esfuerzo extra en trabajar con ellos, pero no escuchan. ¡No me aprecian!
- ASESOR: Bill, suena como que pudieras tener un problema de ira bastante más parecido a lo que estábamos hablando hace poco —un problema de auto-valía de la ira.
- BILL: ¿Cómo así?
- ASESOR: Bien, tú dijiste que no te aprecian. Quédate con esto durante un minuto. ¿Qué sucede si no te aprecian? ¿Qué pasa? ¿Qué significa para ti?

- BILL: Mira, he puesto mi vida en esto. Si no aprecian lo que estoy haciendo, ¿de qué sirve? Mi vida no tiene sentido.
- ASESOR: ¡Tremendo! Esto es una conclusión que hay que tirar a la basura —que tu vida no tiene sentido si alguien de doce años de edad no te aprecia—. ¿No te dice eso lo que está en juego para ti en su conducta?
- BILL: Sí, tienes razón. Pienso que ellos quitan el sentido de mi vida con sus actos. Roban mis secretos, mi valía. Justo como lo que hablábamos con anterioridad.
- ASESOR: ¡De acuerdo! Eso es lo que tú crees. Y, ¿qué haces después con eso, en tu cabeza, cuando piensas en aquellos chavales?
- BILL: Es: ¡«Malditos! No van a llegar a dominarme, pequeños bastardos». Y luego me siento repartiendo golpes a diestro y siniestro.

Así, un tema de auto-valía se encuentra muy frecuentemente en el fondo de muchos problemas de ira. Como con Carol y Bill, la auto-valía de la ira parte, primero, de una persona que cree que el tratamiento negativo de los otros o de las condiciones adversas del mundo amenazan su auto-valía o valor, y segundo, de *demandar* apasionadamente el resultado de un tratamiento diferente para poder recuperar esta pérdida del yo. Dado esto, una cuestión interesante es por qué una persona que cree que debe tener la aprobación y el reconocimiento para ser valioso reacciona con ira en vez de con ansiedad y depresión. En mi experiencia clínica, la gente con auto-valía de la ira es también propensa a la ansiedad y la depresión, del mismo modo que sus estados emocionales negativos son a menudo más frecuentes y más complejos. Iendo incluso más allá, a menudo me encuentro que la gente con auto-valía de la ira tiene lo que Cohen (1966) llama «alta auto-estima defensiva». Es decir, con frecuencia han tenido éxito al conseguir que las personas les aprueban de modo que a menudo se sienten bien consigo mismos. Son, así, capaces de centrarse en el agente ofensivo y el insulto de una forma culpable, pero su sentido de bienestar es frágil. Es así tan dependiente del buen talante continuado de los demás que con ataques frecuentes o prolongados pueden fácilmente romper su apariencia. El resultado entonces es también una trinchera de la ira y/o depresión emparejada con baja auto-estima.

Ira y baja tolerancia a la frustración

Junto a las amenazas percibidas contra la auto-valía, la baja tolerancia a la frustración o la lucha también pueden apuntar el debería, lo horrible y la valoración de otras personas que Ellis (1973, 1975) ha mostrado que cargan de combustible las reacciones de ira. Ellis, (1976b) sostiene que la baja tolerancia a la frustración (BTF), o sobre-reacción a la frustración, es una consecuencia predecible de una persona que mantiene una o más de las siguientes ideas en la esfera de las circunstancias difíciles, combativas, o frustrantes; (1) el mundo tiene que estar organizado de tal forma que consiga bastante de lo que quiero, cuando quiero, sin demasiadas luchas; (2) es *fatal, horrible y terrible* cuando me molestan o se presentan tales circunstancias difíciles; y (3) *no puedo soportarlo* cuando las cosas van mal. Al tener estas ideas, la persona crea una exageración no realista de la maldad de los sucesos aversivos y connota un gran menosprecio de su habilidad

para tolerar o tratar el suceso, teniendo lugar probablemente una sobre-reacción emocional y/o conductual.

Para poner a prueba estos argumentos Nolan, Boyd, y Grieger (1979) tomaron a sujetos que puntuaban en los cuartiles superior e inferior de la subescala de la frustración-reactiva del Test de Creencias Irracionales de Jones (1968), para intentar resolver tres problemas, que, sin saberlo ellos, eran irresolubles. Siguiendo esta tarea, los sujetos que puntúan en el cuartil superior presenta afecto negativo significativamente más alto como medida de la Multiple Affect Adjective Checklist (Zuckerman y Lubin, 1955), que los sujetos que puntuaban en el cuartil inferior. Los resultados de esta investigación presenta un fuerte apoyo al argumento de que las valoraciones cognitivas que mediatizan las situaciones frustrantes tienen un efecto instrumental profundo sobre las reacciones emocionales de la gente hacia aquellas circunstancias frustrantes.

Para el propósito de esta discusión, es importante notar que los sujetos de este estudio que confirman altamente las creencias en la subescala de frustración-reactiva mostraban significativamente más ira (p.025) que los sujetos que sólo mínimamente confirmaban esta creencia. Para entender esto, es útil, como con la auto-valía de la ira, pensar en la frustración relacionada con la ira como un problema a doble-nivel. Sobre el primer nivel o más superficial, la persona con BTF e ira se ocupa del debería para con, lo terrible acerca de, y condena de la persona frustrante o grupo de circunstancias. En el segundo, quizá el nivel menos consciente, la persona *demand*a fuertemente que las cosas sean fáciles, suaves, y libres de lucha, y luego evalúa la frustración como horrorosa, diciendo por ejemplo, «Esta lucha es *demasiado* para aguantarla; es como una pelea que *no debería existir, en concreto para mí; y tú (o el mundo) es despreciable* por someterme a semejante cosa». En resumen, la ira con baja tolerancia a la frustración es un grito de indignación contra alguna interrupción del movimiento suave de acontecimientos.

Permítanme de nuevo ilustrar la BTF-ira con un ejemplo clínico. Michael era un cliente al que yo había mostrado previamente que tenía un profundo caso de auto-valía en la ira (Grieger, 1977). Lo que precipitó su decisión para buscar ayuda psicológica fué su aumento de ira motivada por el maltrato físico de su hijo de doce años. Después de confrontar y hacer incursiones significativas dentro de los temas de su auto-valía, volvía al elemento de la baja tolerancia a la frustración, o, por decirlo de otra manera, su creencia que no tendría que enfrentarse con los problemas que sus hijos, su mujer, su casa, y su trabajo presentaban inevitablemente. Vamos a leer a continuación la siguiente conversación:

- MICHAEL: Esta cosa maldita acude a atacarme. Si yo no estoy enfadado por una cosa es por otra.
- TERAPEUTA: ¿Qué sucedió esta semana, Michael?
- MICHAEL: Nada en particular. Parezco ponerme furioso por el día que llevo. Empieza a veces por la tarde y realmente sigo por la noche.
- TERAPEUTA: ¿Qué estás haciendo en el trabajo por la tarde?
- MICHAEL: Nada, realmente. Los estudiantes vienen continuamente por mi despacho y esperan para hablar. Y tengo este estúpido reportaje que escribir para el Dean, y...

- TERAPEUTA: Así, que están continuamente interrumpiendo el hacer lo que es importante para tí en el trabajo, y también parece ver el reportaje como una cosa inútil y burocrática. Y, ¿qué va pasando por tu cabeza en estos momentos?
- MICHAEL: (pausas) Que tengo que hacer esto y me da cien patadas.
- TERAPEUTA: ¿Es eso todo?
- MICHAEL: No. También pienso que no debería estar molesto por todas estas tonterías. El reportaje del Dean es básicamente una cuestión de trabajo, y las interrupciones de los estudiantes están inmotivadas.
- TERAPEUTA: Y ellos *no deberían* molestarme con esto.
- MICHAEL: ¡Exacto! ¡No deberían! Es todo un puñado de tonterías.
- TERAPEUTA: ¿Y que pasa en casa?
- MICHAEL: Que continua igual. Es una cosa después de otra. Las goteras necesitan arreglarse, el césped necesita contarse, y...
- TERAPEUTA: ¿Y qué? «Yo...»
- MICHAEL: ...no debería tener que luchar con ambos! Es como una patada en el trasero.
- TERAPEUTA: Esas cosas son en efecto una patada en el trasero. Pero, Michael, escucho que tienes realmente dos filosofías, una que se alimenta dentro o que realmente refleja a la otra. Una es que no deberías tener que tratar con estas luchas. ¿Exacto?
- MICHAEL: Exacto.
- TERAPEUTA: Pero también te escucho otra idea, que sospecho incluye a la primera. Esta es que la vida debería ser siempre fácil y simple para tí. ¡Simplemente no debería ser difícil! ¿Cómo te suena esto?
- MICHAEL: Totalmente correcto.

ATRIBUCIONES SITUACIONALES DE LA IRA

Lo que se ha tratado hasta aquí son las filosofías irracionales permanentes que la gente endosa y lleva consigo a través de las situaciones, lo cual les inclina a llegar a estar enfadados. Los individuos que tienen estas filosofías pueden estar viéndose como gente enfadada debido a que han adoptado ideas que (1) son científicamente no válidas y (2) predecible y lógicamente conducen a reacciones de ira frecuentes.

Sumadas a las filosofías irracionales, otro grupo de variables cognitivas también juegan un importante papel en la mediación de la ira. Estas se basan situacionalmente y reflejan las valoraciones corrientes de la misma. La valoración se refiere aquí a las interpretaciones y evaluaciones cognitivas de las situaciones que no pueden estar pero probablemente están influidas por filosofías propias más permanentes. Estas incluyen atribuciones acerca del propósito de un agresor, las arbitrariedades percibidas de las acciones de otro, el propio poder y control percibido sobre la situación, expectativas de resultado, y la maldad de la ira propia.

Intención del Agresor

Uno de los resultados más consistentes en la literatura ha sido que la magnitud de la excitación de la ira y de la agresión se relaciona con la intención percibida

en el atacante (Epstein y Taylor, 1967; Greenwell y Dengerink, 1973; Taylor, 1967). Es decir, si una persona determina que otra pretendía ser agresiva o frustrante, entonces es muy probable que responda con ira y agresión. Por otra parte, si la persona decide que la conducta del agresor fue accidental, entonces la probabilidad de ira y contrataque se reduce significativamente.

Esta proposición ha sido explorada ingeniosamente por Nickel (1974). Inicialmente tuvo cómplices que daban a los sujetos descargas de alta intensidad por detectar incorrectamente un color. Justo antes de cambiar los papeles con el cómplice, el experimentador explicó a la mitad de los sujetos que los botones habían sido invertidos accidentalmente de tal forma que aunque los sujetos hubieran recibido descargas de alta intensidad el cómplice había intentado dar descargas de bajo nivel. Aquellos sujetos que fueron inducidos a creer que la intención del cómplice era opuesta a lo que habían recibido daban significativamente descargas más bajas al cómplice que aquellos que, no tenían esta información. De esta forma, los sujetos respondían más a su percepción del intento del oponente que a la intensidad de la descarga o a la agresión recibida. Por lo tanto se muestra que la atribución del propósito hostil es el principal mediador de la ira y la agresión; será mucho menos probable responder con ira y agresión si percibes la conducta nociva de otro como siendo accidental que si lo ves como pre-planeado.

Arbitrariedades percibidas versus circunstancias mitigantes

Varios investigadores han encontrado que la atribución arbitraria, no-justificable, o las propias motivaciones de un agresor se dirigirán más probablemente a la ira y a la contra agresión que cuando la conducta del agresor es vista de otra forma. Mallick y McCandles (1966), por ejemplo, colocaron a un niño cómplice que dificultaba la ejecución de sus sujetos en una tarea por la que ellos podían ganar dinero. A todos los sujetos se les daba después la oportunidad de jugar, charlar con los investigadores sobre temas irrelevantes, o darles un explicación razonable por la conducta frustrante del cómplice. Consistente con las predicciones, los experimentadores encontraron que cuando a los sujetos se les daba una oportunidad para vengarse, los frustrados era más probable que respondiesen con la misma moneda que aquellos que no fueron frustrados, excepto aquellos a los que se les había dado una explicación razonable sobre la conducta del cómplice. Por lo tanto parece que cuando una conducta de un frustrador es etiquetada como inapropiada y arbitraria, es más probable que los niños procedan agresivamente.

También aparece que las motivaciones específicas atribuidas a un agresor son importantes en la excitación de la ira. Usando medidas de ira y hostilidad de lapiz y papel, Frodi (1976) evaluó los efectos de diferentes tipos de circunstancias mitigantes atribuidas a la ira con estudiantes de segundo ciclo. Después de ser muy criticados por un experimentador, a los estudiantes se les decía o que estaba enfermo (condición de simpatía), o que era un especialista triunfador (condición de triunfo), o que habitualmente estaba irritado (condición de hábito). Las condiciones de simpatía y de hábito produjeron una ira menor, mientras que la condición de triunfo producía la ira mayor. Para obtenerse una medida de la intencionalidad percibida, a un segundo grupo de estudiantes se les dio una descripción mecanografiada del experimento y se les pidió que juzgaran sí, dadas las circunstancias mitigantes, el

experimentador actuaba intencionalmente o no. La condición de simpatía se vio como la menos intencional, y la condición de triunfo como la más intencional. Los resultados confirmaban un estudio previo de Frodi (1973) que encontró que los estudiantes de la escuela superior eran relativamente menos hostiles cuando se atribuía la conducta del investigador estando fuera de su control.

Para determinar si las circunstancias mitigantes percibidas daban como resultado una respuesta de inhibición a la ira excitada o un fracaso real para excitar la ira, Zillman y Cantor (1976) midieron los efectos de las circunstancias mitigantes sobre los niveles de la excitación psicológica y la conducta de venganza. La circunstancia mitigante (Ej. preocupación ante un examen) se le contaba a los sujetos o bien antes de un acto agresivo, o después, o no se hacía. En las medidas fisiológicas (tasa cardiaca), el conocimiento previo daba como resultado un pequeño cambio en el nivel de excitación en respuesta a la agresión, y el conocimiento posterior a la agresión daba como resultado un significativo descenso en la excitación, el cual había aumentado a niveles altos en respuesta a la agresión. En la condición de la no-noticia, los niveles de excitación continuaron altos después de la agresión. En la medida de venganza (una evaluación del agresor que aparentemente influiría en su trabajo), los sujetos con conocimiento previo mostraron significativamente una menor conducta mitigante, mientras los sujetos con conocimiento mitigante post-agresión y los sujetos sin conocimiento mostraron significativos niveles de venganza. Con respecto a la venganza por parte de los sujetos que tenían conocimiento mitigante después del acto agresivo, los autores sugieren que, la ira excitada de forma intensa puede producir una disposición para la venganza que va más allá de los residuos excitatorios físicos. Una vez que se hace este compromiso, la información mitigante se ignora en un nivel consciente.

Percepción del Poder y Control Personal

Parece que la percepción de una persona de que puede controlar o hacer frente a una situación de provocación contenida sirve para disminuir la respuesta negativa a esa situación. Davison (1967) observó que los procedimientos de relajación no sólo enseñan a una persona a identificar y no desatar la ansiedad sino también enseñan a la persona la idea confortante de que puede controlar y regular la ansiedad. En un contexto amplio, Lefcourt (1973), después de revisar la literatura concluyó que la percepción de control mejora las reacciones situacionales negativas a través de las imágenes mentales. Expresaba, «Los estímulos productores de dolor provocan menos dolor y ruptura a los individuos que pueden predecir y controlar estos estímulos, y estos hallazgos se obtienen con diferentes tipos de datos» (p. 420).

Con respecto a la excitación de la ira, Rimm, DeGroot, Bourd, Reiman, y Dillow (1971) enseñaban a los sujetos cómo reducir su ira eficazmente por medio de la relajación muscular. Novaco (1975), siguiendo a Meichenbaum y Cameron (1973), enseñaba satisfactoriamente a los sujetos a analizar minuciosamente las provocaciones de ira en el escenario y a usar las técnicas de auto-instrucción para regular la ira. Más importante para este debate, es la afirmación de Novaco (1975) de que aprender respuestas no coléricas y no antagónicas a las provocaciones reduce la probabilidad de la ira futura en circunstancias provocativas. Especula que «cuando uno aprende a manejar las provocaciones con conductas no antagónicas, de-

sarrolla un nuevo sentido de competencia y descubre que puede hacerse cargo sin estar irritado» (p. 10)

Brehm (1966) ha expuesto una interesante variación sobre este tema. Sugirió que la ira y la hostilidad pueden ser reducidas convenciendo a una persona que tiene la opción o la libertad para agredir. Su razonamiento se basa en la asunción de que, siempre que una persona tiene una libertad (por ejemplo, llegar a estar enfadado) y se niega esa libertad, está motivado para restablecerla. Al evaluar esto, Nezlek y Brehm (1975) encontraron que induciendo a una víctima a percibir que tenía la oportunidad de contra-agredir a un instigador producía una disminución significativa en la contra hostilidad, en comparación con aquellos que no tuvieron esta percepción. De este modo, una percepción del poder o de la elección personal en una situación mediaba las respuestas de enfado y de hostilidad.

Expectativa de Resultado

El término *expectativa* se refiere a la predicción que una persona hace acerca de los sucesos actuales o futuros, basado en valoraciones de situaciones pasadas. De acuerdo con Rotter (1954, 1972) el potencial para una conducta en una situación particular esta en función de las expectativas de la persona para premiar o castigar en una situación y el valor de aquellas consecuencias para esa persona. Así pues, la acción es probable cuando hay una expectación alta para premiar junto con un valor alto por ese premio. Por el contrario, una baja expectativa de premio, un bajo valor para los premios que parecen disponibles, o una alta expectativa de castigo haría que una acción fuese altamente improbable.

La expectativa del resultado o de la consecuencia puede predecirse influyendo a la ira en al menos tres formas. La primera, las expectativas altas de consecuencias reforzantes o deseables que no ocurren pueden llevar a un resultado aversivo, terminando en ira e incluso en agresión (Novaco, 1978). Lo que sucede en este caso es que la persona da el resultado positivo por sentado y de este modo super-reacciona a la frustración.

Segunda, una percepción o creencia de que la ira y la agresión serán premiadas, o de otra forma que fracasar al responder con ira o agresión será castigado, aumentará la probabilidad de una respuesta de ira y/o agresividad. El ahora famoso estudio de Stanley Milgram (1963), en el que un sujeto «despiadadamente» descargaba shocks a los cómplices en respuesta a presiones del experimentador, demuestra esto dramáticamente.

Tercera, las expectativas altas de que la conducta de ira o agresión terminarán en consecuencias negativas de algún tipo, predictiblemente reducirán la probabilidad de ira y agresión. Burnstein y Worchel (1962) y Mosher (1965), por ejemplo, muestran que las expectativas de desaprobación social, particularmente entre aquellos con altas necesidades de aprobación, inhibirán la ira y la agresión en presencia de señales ambientales que indiquen la existencia de tales consecuencias negativas. Mosher (1965) ha ido más allá sugiriendo que un inhibidor extremadamente poderoso de la ira y la agresión es la expectativa de sufrir personalmente culpabilidad como resultado de experimentar ira o actuar agresivamente. Los estudios de Buss (1966a, 1966b), Baron (1971), James y Mosher (1967) y Knott, Lasater, y Shuman (1974) parecen corroborar esto. Finalmente, la evidencia experimental ha mostrado

que la expectativa de represalias físicas (pero sólo si es poderosa o enérgica) dará lugar a una inhibición de la ira y la agresión (Shortell, Epstein, y Taylor 1970; Dengerink y Levendusky, 1972).

Auto-evaluación de la ira

Un último mediador cognitivo específico-situacional de la ira y la agresión que merece ser mencionado es la evaluación negativa de la persona de su propia excitación de la ira. De este modo, cuando una persona llega a ser consciente de estar enfadado y lo ve como malo (por ejemplo, injustificado por las circunstancias), se incrementará la probabilidad de anular la ira y el antagonismo. En efecto, Borden (1975) demostró que esto era cierto, como hicieron Berkowitz, Lepinski, y Angulo (1969). Mediante la manipulación del conocimiento del nivel de ira, Berkowitz et al. encontraron que los sujetos muy conscientes de su alto nivel de ira tuvieron una incidencia significativamente menor de agresión a un instigador complice. Especularon que el conocimiento de la ira extrema motiva a la gente a concluir que sus reacciones no están justificadas.

ELEMENTOS COGNITIVOS EN LA IRA ACERCA DE LA IRA

Es un axioma de la RET que las personas raramente manifiestan sólo síntomas primarios de la perturbación emocional; también presentan de forma típica síntomas secundarios acerca de sus síntomas primarios (Ellis, 1962, 1978, 1979a, 1979b; Ellis y Abrahms, 1978; Ellis y Grieger, 1977; Ellis y Harper, 1975; Grieger y Boyd, 1979). Esto es, primero se hacen a sí mismos emocionalmente trastornados o perturbados y después frecuentemente se hacen a sí mismos trastornados acerca de estar emocionalmente trastornados. Los síntomas secundarios generalmente exacerban los problemas primarios y sirven para interferir con la solución del problema original.

La teoría ABC de la RET proporciona una bonita estructura con la que conceptualizar esto. Siguiendo la teoría, la persona primero experimenta algún suceso aversivo en el punto A y después se perturba a sí mismo en el punto C por pensar (y creer) algo irracional, una idea que produce perturbación en el punto B. No satisfechos de pararse aquí, observan después su propia reacción perturbada en C, de hecho hacen un nuevo A (o A2); y después producen una nueva perturbación (un C2) al pensar (y creer) de nuevo ideas irracionales, que producen perturbación, (en B2) acerca de su estado de ánimo perturbado. En efecto, crean un problema de doble-nivel, o un problema emocional sobre un problema emocional (Grieger y Boyd, 1979).

Ellis ha mostrado que esto es un fenómeno particularmente poderoso en los problemas de ansiedad. Además, los seres humanos, después de llegar a tener ira, es muy probable que observen su ira y se perturben a sí mismos más por ello. Algunos notan su ira y se hacen a sí mismos ansiosos por tener lo que Ellis ha etiquetado como pensamiento de ansiedad del yo («¿No es terrible tener esta ira? ¡No debería de sentir eso!»). Otros se crean culpabilidad a sí mismos por ponerse

a sí mismos por los suelos («Es una cosa horrible sentirme de esta forma. Soy un auténtico desastre»).

Aquellos que desarrollan ira por tener ira, con probabilidad tienen ideas o filosofías que caracterizan la baja tolerancia a la frustración (Ellis, 1979b; Nolan et al. 1979). De este modo, primero uno desarrolla ira por miedo de alguna atribución situacional o alguna filosofía irracional que lógicamente le lleva a la ira. Luego, al notar y experimentar la ira como enojosa o adversiva, evalúa el trastorno como *demasiado*, lo cual uno *no* debería tener que soportar. Consecuentemente experimenta ira acerca de tener que aguantar la carga de experimentar la ira en sí misma.

IRA SALUDABLE Y PERJUDICIAL (1)

Lo que se ha presentado hasta ahora es un modelo de mediación cognitiva de la excitación y mantenimiento de la ira. Una implicación de todo esto es que es muy fácil para los seres humanos llegar a estar enfadados, y, dadas las frustraciones miriadas que cada día la vida indudablemente presenta, es muy probable que todas las personas experimentarán periódicamente ira. Ignorando el tema de si una persona debe o no, como consecuencia de su existencia, sentir enfado, permanece la cuestión de cómo diferenciar entre ira saludable y perjudicial, o racional e irracional. ¿Cómo conceptualizamos aquellas reacciones de ira que son apropiadas y aquellas que no lo son?

Para contestar a esto, es útil, considerar primero los valores básicos que tienen los humanos. La mayoría de las personas parece que tienen un número completamente limitado de valores básicos, entre los que se encuentran (1) permanecer vivos, (2) vivir felizmente o con una aceptable cantidad de placer y un mínimo de dolor, (3) vivir confortablemente en un grupo o comunidad social en la que uno esté básicamente aceptado, y (4) relacionarse íntima y amorosamente con una persona o unos pocos sujetos seleccionados (Ellis, 1973a). Las personas verdaderamente adoptan muchos subvalores o submetas, tales como escuchar música, jugar al golf, y todo tipo de aficciones, pero pueden ser fácilmente catalogados bajo una o más de estos cuatro valores básicos ya listados.

Asumiendo que los humanos generalmente adoptan estos valores básicos y que es legítimo para ellos hacerlo así, se sigue que «algunos pensamientos, emociones, o acciones (que) ayudan o fomentan estas metas son racionales, sensibles, o saludables; mientras, que de la misma forma, una conducta (que) bloquea o sabotea estas metas es irracional, insana, o dañina» (Ellis, 1973a, p. 2). Por lo tanto, la ira saludable puede verse como ira que ayuda e incita los valores (o metas) humanos de permanecer vivos, ser felices, relacionarse satisfactoriamente con un pequeño grupo social, y relacionarse íntima y agradablemente con una persona o unos cuantos sujetos seleccionados... La ira dañina, por lo tanto, es la ira que impide, bloquea, o mina estas metas básicas. Ni la definición de ira saludable ni perjudicial se ofrecen de forma absoluta, sino más bien en términos de probabilidades.

(1) Este apartado ha sido modelado después de una ponencia de Albert Ellis titulada «Agresión saludable y perjudicial», presentada en el Encuentro Anual de la Asociación Psicológica Americana de 1973.

Yendo más lejos, un terapeuta cognitivo además define la ira saludable y perjudicial a través de los pensamientos o ideas que se encuentran situados detrás y apuntan a la ira, más bien que por la cualidad de la experiencia afectiva en sí misma o por algún correlato conductual como la agresión. La ira saludable (o, mejor, la irritación o enojo) se define como la persona que tiene pensamientos que predecible (aunque no inevitablemente) conducen a la satisfacción de las metas básicas de uno, siendo lo contrario verdad para el caso de la ira perjudicial. Así, usando los ABC de la terapia racional-emotiva, si yo soy insultado por tí en el punto A, y siento ira en el punto C, puedo estar teniendo tantos pensamientos racionales como irracionales en el punto B. (1) «No me gusta lo que me hiciste, y deseo que te abstengas de hacerlo en el futuro; (2) *No deberías haberme hecho eso tan horrible, y eres una persona despreciable por haberlo hecho*».

El primero de estos pensamientos es saludable o racional porque lógicamente deriva de mis valores básicos. Siendo insultado, puedo todavía sobrevivir, pero en algún grado ha interferido con mi felicidad y puede posiblemente haber interferido con mi satisfacción relacionada con otros. Puedo por lo tanto legítimamente concluir que no me gusta ser insultado, que fue una cosa mala, y que fue desagradable y probablemente me comportaré en el futuro de forma segura, determinada y asertiva, para reducir la posibilidad de que me lo vuelvan a hacer y dar a entender mi mensaje.

Mi segundo pensamiento es perjudicial o irracional porque no deriva de mis valores humanos básicos, no tiene base empírica u objetiva, y probablemente me llevará a conductas que más adelante minarán mis metas (Ellis, 1973a; Ellis y Abrahms, 1978; Goodman y Maultsby, 1974). No hay evidencia en absoluto de que tú no deberías comportarte dañinamente, que comportarte así es peor que malo e inconveniente, o que tú eres totalmente malo por comportarte dañinamente (Ellis, 1977a). Teniendo estas creencias, sin embargo, probablemente llegaré a ser opoisionista, combativo, ofensivo, discutiador y quizá incluso violento. Este proceso además, se enfrentará con mi felicidad e interferirá con mis relaciones interpersonales.

Resultan obvias las implicaciones para el tratamiento de diferenciar la ira saludable (o irritación) de la ira perjudicial de esta forma. El sentido común combate un aplastamiento o rechazo de la ira, por esto pasa que la gente ignora las ideas irracionales que están detrás de la ira. También aboga por un programa destinado a enseñar a la gente a expresar su ira «creativamente», por esto enseña a la gente que la ira es tan inevitable como aceptable. Finalmente, expone razones contra la expresión libre de ira, ya que la evidencia muestra que tal expresión, al proporcionar a la persona una oportunidad para repetir las filosofías que producen ira, tiende a arraigar las filosofías e incitar la ira (Bandura y Walters, 1963; Feshback, 1971).

Más bien, una diferenciación tal sugiere estrategias de tratamiento que ayudan a la persona enfadada insanamente a cambiar radicalmente sus filosofías irracionales (Ellis, 1973a). Abogado por terapeutas y por programas de tratamiento como los de la RET y otros de tipo cognitivo conductual, que primero ayudan a la persona a conocer su ira perjudicial y luego les anima a (1) asumir la responsabilidad plena por su ira; (2) buscar y encontrar sus filosofías de instigación de la ira; (3) discutir estas filosofías por medio cognitivo, emotivo, y conductual, y (4) actuar y practicar ideas que son contrarias a las perjudiciales (Ellis, 1976b)

RESUMEN

He delineado en este capítulo un modelo de mediación cognitiva, basado en la RET, de cómo la ira se desarrolla y mantiene. Dentro de este modelo, la ira se ve como siendo estimulada cuando un individuo tiene ideas o filosofías irracionales y/o cuando una persona hace suposiciones específicas situacionales que lógicamente le conducen a la ira. De la misma manera, una persona puede estar afirmando tener un problema de ira cuando confirma con fuerza estas filosofías irracionales o habitual y frecuentemente hace estas suposiciones a lo largo de las situaciones. Las ideas irracionales articuladas por Ellis (1977) que están detrás de la ira, son apoyadas por la auto-valía y/o por temas de baja tolerancia a la frustración, y las suposiciones situacionales que incluyen atribuciones en cuanto al intento de un agresor, las arbitrariedades percibidas de las acciones de otro, el sentido de poder personal que uno tiene en una situación, las expectativas de resultado por obtener ira, y la maldad percibida por tenerla. Finalmente, siguiendo a Ellis (1973a), la ira saludable (por ejemplo, la irritación, el enojo) es diferenciada de la ira perjudicial por las cogniciones diferentes que se encuentran detrás de las dos, una se sitúa dentro de lo racional y facilitando las metas y la otra dentro de lo irracional y bloqueando las metas.

REFERENCIAS

- Arnold, M. B. *Emotion and personality*. New York: Columbia University Press, 1960.
- Bandura, A. *Aggression: A social learning analysis*. New York: Prentice-Hall, 1973.
- Bandura, A., & Walters, R. H. *Social learning and personality development*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1963.
- Bard, P. Central nervous mechanisms for the expression of anger in animals. In M. L. Reymert (Ed.), *Feelings and emotions: The Mooseheart symposium*. New York: McGraw-Hill, 1950.
- Baron, R. A. Magnitude of victim's pain and level of prior anger arousal as determinants of adult aggressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1971, 17, 236-243.
- Berkowitz, L. Experimental investigations of hostility catharsis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1970, 35, 1-7.
- Berkowitz, L., Lepinski, J., & Angulo, E. Awareness of our anger level and subsequent aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1969, 11, 293-300.
- Borden, R. J. Witnessed aggression: Influence of and observer's sex and values on aggressive responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1975, 31, 567-573.
- Brehm, T. *A theory of psychological acceptance*. New York: Academic Press, 1966.
- Burnstein, E., & Worchel, P. Arbitrariness of frustration and its consequence for aggression in a social situation. *Journal of Personality*, 1962, 30, 528-541.
- Buss, A. H. The effect of harm on subsequent aggression. *Journal of Experimental Research in Personality*, 1966, 1, 249-255. (a)
- Buss, A. H. Instrumentality of aggression, feedback and frustration as determinants of physical aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1966, 3, 153-162. (b)
- Chappell, D., & Monahan, J. *Violence and criminal justice*. Lexington, Mass.: D. C. Heath, Lexington Books, 1975.
- Cohen, A. R. Some implications of self-esteem for social influence. In I. L. Janis & C. I. Houland (Eds.), *Personality and persuasibility*. New Haven, Conn.: Yale University Press, 1966.

- Daniels, D. N., Gilula, M. F., & Ochberg, F. M. *Violence and the struggle for existence*. Boston: Little, Brown, 1970.
- Davison, G. C. Anxiety under total curarization: Implications for the role of muscular relaxation in the desensitization of neurotic fears. *Journal of Mental and Nervous Diseases*, 1967, 143, 443-448.
- Dengerink, H. A., & Levendusky, P. G. Effects of massive retaliation and balance of power on aggression. *Journal of Experimental Research in Personality*, 1972, 6, 230-236.
- Douglas, R. J. The hippocampus and behavior. *Psychological Bulletin*, 1967, 67, 416-442.
- Ellis, A. Razón y emoción en psicoterapia. Bilbao. Desclée De Brouwer, 1975.
- Ellis, A. *Growth through reason*. Palo Alto, Calif.: Science and Behavior Books, 1971; Hollywood, Calif.: Wilshire Books, 1974.
- Ellis, A. *Healthy and unhealthy aggression*. Paper presented at the First Annual Convention of the American Psychological Association, Montreal, Canada, August, 1973. (a)
- Ellis, A. *Humanistic psychology: The rational-emotive approach*. New York: Julian Press, 1973. (b)
- Ellis, A. *How to live with a neurotic*. New York: Crown, 1975.
- Ellis, A. The biological basis of human irrationality. *Journal of Individual Psychology*, 1976, 32, 145-168. (a)
- Ellis, A. Techniques of handling anger in marriage. *Journal of Marriage and Family Counseling*, 1976, 2, 305-315. (b)
- Ellis, A. The basic clinical theory of rational-emotive therapy. In A. Ellis & R. Grieger (Eds.), *Manual de terapia racional emotiva*. Bilbao. Desclée De Brouwer, 1982.
- Ellis, A. *How to live with and without anger*. New York: Reader's Digest Press, 1977. (b)
- Ellis, A. *Discomfort anxiety: A new cognitive-behavioral construct*. Invited address to the Association for Advancement of Behavior Therapy Annual Meeting, November, 17, 1978. New York: BMA Audio Cassettes, 1978.
- Ellis, A. A note on the treatment of agoraphobics with cognitive modification versus prolonged exposure *in vivo*. *Behavior Research and Therapy*, 1979, 17(2), 162-163. (a)
- Ellis, A. *A theoretical and empirical foundation of rational-emotive therapy*. Monterey, Calif.: Brooks/Cole, 1979. (b)
- Ellis, A., & Abrahams, E. *Brief psychotherapy in medical and health practice*. New York: Springer, 1978.
- Ellis, A., & Grieger, R. *Handbook of theory and practice*. New York: Springer, 1977.
- Ellis, A., & Harper, R. A. *A new guide to rational living*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1975.
- Epstein, S., & Taylor, S. P. Instigation to aggression as a function of degree of defeat and perceived aggression intent of the opponent. *Journal of Personality*, 1967, 35, 265-289.
- Feshback, S. The stimulating vs. cathartic effects of a vicarious aggressive activity. *Journal of abnormal and social psychology*, 1961, 63, 381-385.
- Feshback, S. Dynamics and morality of violence and aggression. *American Psychologist*, 1971, 26, 281-292.
- Feshback, S., & Singer, R. D. *Television and aggression*. New York: Jossey-Bass, 1971.
- Frodi, A. Alternatives to aggressive behavior for the reduction of hostility. *Guteborg Psychological Reports*, 1973, 3, 11.
- Frodi, A. Effects of varying explanations given for provocation on subsequent hostility. *Psychological Reports*, 1976, 38, 659-669.
- Geen, R. G., & O'Neal, E. C. *Perspectives on aggression*. New York: Academic Press, 1976.
- Goodman, D., & Maultsby, M. C. *Emotional well-being through rational behavior training*. Springfield, Ill.: Thomas Press, 1974.
- Green, R., & Murray, E. Instigation to aggression as a function of self-disclosure and threat to self-esteem. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1973, 40, 440-443.

- Greenwell, I., & Dengerink, H. The role of perceived vs. actual attack in human physical aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1973, 26, 66-71.
- Grieger, R. M. An existential component of anger. *Rational Living*, 1977, 12, 3-8.
- Grieger, R., & Boyd, J. *Rational-emotive therapy: A skills-based approach*. New York: Van Nostrand Reinhold, 1979.
- Hebb, D. O., & Thompson, W. R. The social significance of animal studies. In G. Lindzey (Ed.), *Handbook of social psychology. Vol. 1; Theory and method*. Cambridge, Mass.: Addison-Wesley, 1954.
- James, P., & Mosher, D. Thematic aggression, hostility-guilt, and aggressive behavior. *Journal of Projective Techniques*, 1967, 3, 61-67.
- Johnson, R. *Aggression in man and animals*. Philadelphia: W. B. Saunders, 1972.
- Jones, R. G. *A factored measure of Ellis's irrational belief system, with personality and maladjustment correlates*. Unpublished doctoral dissertation, Texas Technological College, Lubbock, Texas, 1968.
- Kahn, M. The physiology of catharsis. *Journal of personality and social psychology*, 1966, 3, 278-286.
- Knott, P. D., Lasater, L., & Shuman, R. Aggression-guilt and conditionality for aggressiveness. *Journal of Personality*, 1974, 3, 332-344.
- Konocni, V. T. Annoyance, type, and duration of post-annoyance activity, and aggression: «The cathartic effect». *Journal of Experimental Psychology*, 1975, 104, 76-102. (a)
- Konocni, V. T. The mediation of aggressive behavior: Arousal level vs. anger and cognitive labeling. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1975, 32, 706-712. (b)
- LaBarre, W. The cultural basis of emotions and gestures. *Journal of Personality*, 1947, 16, 49-68.
- Lazarus, R. S. *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill, 1966.
- Lazarus, R. S. Emotions and adaptation: Conceptual and empirical relations. In W. J. Arnold (Ed.), *Nebraska symposium on motivation*. Lincoln, Neb.: University of Nebraska Press, 1968.
- Lazarus, R. S., Averill, J. R., & Opton, E. M. Towards a cognitive theory of emotion. In M. Arnold (Ed.), *Feelings and emotions*. New York: Academic Press, 1970.
- Lefcourt, H. The functions and illusions of control and freedom. *American Psychologist*, 1973, 28, 417-425.
- Lindsley, D. B. Emotions and the electroencephalogram. In M. R. Raymert (Ed.), *Feelings and emotions: The Mooseheart symposium*. New York: McGraw-Hill, 1950.
- Look, March 19, 1979, pp. 18-24.
- MacLean, P. D. Psychosomatics. In H. W. Magoun (Ed.), *Handbook of physiology. Action 1: Neurophysiology* (Vol. 3.). Washington, D. C.: American Physiological Society, 1960.
- Mallick, S. K., & McCandless, B. R. A study of catharsis of aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1966, 4, 591-596.
- Meichenbaum, D., & Cameron, R. *Stress inoculation: A skills-training approach to anxiety management*. Unpublished manuscript, University of Waterloo, Ontario, Canada, 1973.
- Milgram, S. Behavioral study of obedience. *Journal of abnormal and Social Psychology*, 1963, 67, 371-378.
- Mosher, D. K. Interaction of fear and guilt in inhibiting unacceptable behavior. *Journal of Consulting Psychology*, 1965, 29, 161-167.
- Nezlek, T., & Brehm, W. Hostility as a function of the opportunity to counteraggress. *Journal of Personality*, 1975, 43, 421-433.
- Nickel, T. W. The attribution of intention as a critical factor in the relation between frustration and aggression. *Journal of Personality*, 1974, 42, 482-492.
- Nolan, E. J., Boyd, J. D., & Grieger, R. M. *Influences of irrational beliefs and expectancy of success on frustration tolerance*. Unpublished manuscript, 1979.

- Novaco, R. W. *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington, Mass.: D. C. Heath, Lexington Books, 1975.
- Novaco, R. W. Anger and coping with stress. In J. P. Foreyt & D. P. Rathjew (Eds.), *Cognitive behavior therapy*. New York: Plenum Press, 1978.
- Rimm, D. C., DeGroot, J. C. Bourd, P., Reiman, J., & Dillow, P. V. Systematic desensitization of an anger response. *Behavior Research and Therapy*, 1971, 9, 273-280.
- Rosenbaum, M. E., & de Charms, R. Direct and vicarious reduction of hostility. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1960, 60, 105-111.
- Rosenbaum, M. E., & Stanners, R. F. Self-esteem, manifest hostility, and expression of hostility. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1961, 63, 646-649.
- Rotter, J. B. *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1954.
- Rotter, J. B. An introduction to social learning theory. In J. Rotter, J. E. Chance, & E. J. Phares (Eds.), *Applications of a social learning theory of personality*. New York: Holt, Rhinehart and Winston, 1972.
- Rule, B., & Nesdale, A. Emotional arousal and aggressive behavior. *Psychological Bulletin*, 1976, 83, 851-863.
- Shortell, J.R., Epstein, S., & Taylor, S. P. Instigation to aggression as a function of degree of defeat and the capacity for massive retaliation. *Journal of Personality*, 1970, 38, 313-328.
- Taylor, S. P. Aggressive behavior and physiological arousal a function of provocation and the tendency to inhibit aggression. *Journal of Personality*, 1967, 35, 297-310.
- Toch, H. *Violent Men*. Chicago: Adline, 1969.
- Turksy, B., & Sternbach, R. S. Further physiological correlates of ethnic differences in response to shock. *Psychophysiology*, 1967, 4, 67-74.
- Veldman, D., & Worchel, P. Defensiveness and self-acceptance in the management of hostility. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1961, 63, 319-325.
- Worchel, P. Status restoration and the reduction of hostility. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1960, 63, 443-445.
- Zillman, D., & Cantor, J. R. Effects of timing of information about mitigating circumstances on emotional responses to provocation and retaliatory behavior. *Journal of Experimental Social Psychology*, 1976, 12, 38-55.
- Zuckerman, M. & Lubin, B. *Manual for the Multiple Affect Adjective Check List*. San Diego: Educational and Industrial testing Service, 1965.

8

Un Complemento para la Comprensión y Tratamiento de Personas con Déficits Motivacionales*

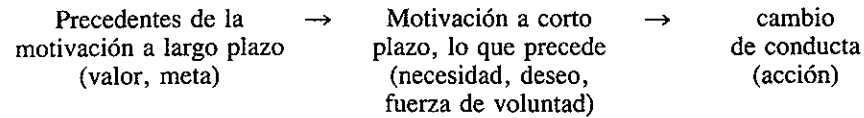
Barry A. Bass

Generalmente, los pacientes acuden al gabinete del psicoterapeuta para modificar o bien sus circunstancias o bien a sí mismos. Cuando se establece la meta de cambiarse a sí mismos, a menudo desean que cese una conducta indeseable (por ej. fumar, beber) o que comience una deseable (por ej. hacer ejercicio). Con bastante frecuencia nos dicen que lo único que les impide hacer lo que quieren es la falta de voluntad. Es decir, creen —como la mayoría de los terapeutas— que uno necesita estar motivado en el aquí y el ahora para poder cambiar.

A menudo estos sujetos nos dicen que aunque realmente «quieren» cambiar, simplemente están «bloqueados» y necesitan un «empujón». En este sentido no es inusual que los clientes soliciten ser hipnotizados para de ese modo poder recibir ese empuje extra de motivación necesario para permitirles llevar a cabo sus deseos. Nuestros clientes más sofisticados pueden describir el dilema que las circunstancias a corto plazo interfieren con la motivación a largo plazo. De este modo la ausencia de motivación casi nunca significa una ausencia de deseo sino más bien una incapacidad para convertir la motivación o el deseo a largo plazo en el esfuerzo requerido a corto plazo para llevar a cabo un objetivo.

Sin lugar a duda este punto de vista se enmarca en la literatura-conductual. La secuencia cognitiva en la que tanto los clientes como los terapeutas parecen estar de acuerdo es que lo necesario para que ocurra el cambio de conducta puede esquematizarse como sigue.

* Este capítulo es reimpresión del Journal of Rational Emotive Therapy, 1984, 2.



En esta línea, May y Yalom (1984), dos destacados terapeutas existenciales, han escrito que «la decisión es el puente entre el deseo y la acción» (p.375). Ellis, fundador de la terapia racional-emotiva (RET) y terapeuta existencial por derecho propio, afirma que la mayoría de los clientes desmotivados son simplemente individuos con baja tolerancia a la frustración (BTF). Frecuentemente estos individuos padecen lo que Ellis (1982) ha denominado «ansiedad perturbadora» y consideran que no pueden y no tienen por qué tolerar el sufrimiento, la incomodidad, o la adversidad. Fundamentalmente la BTF se caracteriza por una ausencia de motivación. La RET orienta este problema animando a los clientes a abandonar su filosofía BTF de vida e insistiendo para que puedan iniciar lo que necesariamente no les gusta. Autores de gran prestigio en la RET (Walen, DiGiuseppe, y Wessler, 1980) han escrito que «la BTF es quizá la razón principal por la que los clientes no mejoran después de haberse visto incrementado el conocimiento de su problema y de cómo lo han originado» (p. 12).

De este modo la suposición tanto del terapeuta existencial tradicional como del existencialista de la RET es que en cuanto nuestros clientes paralicen las expectativas o demandas de que la vida sea fácil o no produzca dolor, conseguirán hacer lo que han estado evitando. Sin embargo, mi experiencia como terapeuta racional-emotivo no siempre confirma esta afirmación. En más de una ocasión los pacientes han desechado su filosofía de BTF y han aprendido a aceptar el hecho de que su vida no tiene por qué ser fácil, libre de dolor y no frustrante. Sin embargo, con frecuencia no cambian su conducta. En una ocasión un cliente me dijo, «Si las circunstancias de la vida son a menudo difíciles y penosas, y con lo mejor de mi capacidad intento no quejarme y lamentarme de las trabas y dificultades que encuentro. Sin embargo, a pesar de eso no quiero aceptar el sufrimiento del cambio y permanezco anclado».

Este aparente cambio de actitud, acompañado del fracaso para cambiar un modelo de conducta, está lejos de ser insólito en terapia. Es decir, aunque «los humanos tienden a percibir, pensar, sentir y actuar simultáneamente» (Ellis 1984), está claro que un cambio en el pensamiento a menudo no es suficiente para producir un cambio en la conducta.

Afirmo que la motivación a corto-plazo no necesita a la fuerza producir un cambio en la conducta. Todo lo que se requiere es el objetivo para cambiar (motivación a largo-plazo), un compromiso para ello y la posesión de las habilidades necesarias para producir el resultado deseado. Con respecto a esto se afirma que una creencia irracional frecuentemente mantenida tanto por los clientes como por sus terapeutas es que uno debe «querer» hacer algo ahora para producir esa conducta en este momento o en el futuro inmediato. Esto es, a menudo creemos que sólo si estamos motivados en el presente podemos producir la acción en el futuro cercano que habíamos deseado en el pasado.

Aquí afirmamos que «esperar» y «hacer» son conceptos localizados en campos separados y están relacionados casualmente sólo por aquellos individuos que creen erróneamente que el querer debe preceder a la acción. Cada día la experiencia nos

dice que con cierta frecuencia nos comprometemos en conductas que no tienen un momento inmediato para su ejecución a corto-plazo. Por ejemplo, podemos decidir la noche anterior levantarnos a las seis de la mañana, y posteriormente hacerlo así aunque por la mañana podamos no tener el deseo real de levantarnos de la cama. En otras palabras, no hacemos necesario estar motivados (en el sentido de corto-plazo que se está usando aquí) para cambiar una conducta que previamente habíamos decidido.

Por esta razón opinamos que los sujetos que tienen una mayor dificultad para cumplir sus propias promesas no son sólo aquellos con baja tolerancia a la frustración, sino también aquellos que creen que el querer debe preceder inmediatamente a la acción. La siguiente conversación con un paciente que se quejaba de ausencia de motivación sexual puede servir para ilustrar este punto.

Bob y Doris llevaban seis años casados y no habían consumado todavía su matrimonio. Bob manifestaba que su meta a largo-plazo era tener relaciones sexuales con su mujer. Sin embargo, encontraba imposible realizar ninguna tarea sexual asignada porque según nos contaba no encontraba atractivos (o motivación a corto plazo) a su mujer.

TERAPEUTA: Llevamos cinco semanas seguidas en las que prometiste ducharte con Doris y no has conseguido cumplir tu palabra. Parece que estás en un callejón.

BOB: Cada semana al hacer la promesa tengo realmente buenas intenciones. Pero cuando estoy en casa con la realidad de que Doris está a mi alcance, me doy cuenta una y otra vez que no estoy atraído hacia ella —ni en lo más mínimo. No estoy nada motivado.

TERAPEUTA: ¿Así que crees que debes estar motivado o *tienes que querer* ducharte con Doris para entrar en la ducha con ella?

BOB: Sí. En cuanto llego a casa me doy cuenta que realmente *no quiero* ducharme con Doris —por lo menos no en este momento.

TERAPEUTA: Bueno, veamos si estoy en lo cierto. Como meta a largo plazo te gustaría ducharte con Doris, pero *no quieres ahora*.

BOB: Sí, como meta a largo plazo quiero ducharme con ella; pero no esta semana.

TERAPEUTA: Bien, Bob, a la luz de lo que estás diciendo creo que tengo una estrategia que podrías usar para conseguir ducharte con Doris esta semana. No quiero ducharme con Doris ...y voy a ducharme con Doris.

BOB: Pero No quiero.

TERAPEUTA: De acuerdo. Continua no queriendo, pero hazlo de todos modos.

BOB: Pero no puedo.

TERAPEUTA: Esto no es del todo correcto. Es cierto que no has conseguido todavía entrar a la ducha con Doris, pero esto puede haber sido porque piensas que necesitas estar motivado, o piensas que necesitas querer para entrar en el baño con Doris, para ducharte con ella. Pero sabes perfectamente que puedes hoy decidir hacer algo mañana, e incluso aunque pueda cambiar tu idea e incluso si ya no quieres hacerlo mañana *puedes* hacerlo porque dijiste que lo harías.

BOB: Pero no disfrutaría haciendo algo que no quiero hacer.

TERAPEUTA: Puede que tengas razón; pero nunca estarás seguro al menos que lo experimentes. Esta semana, continúa no queriendo ducharte con Doris *pero* dúchate con ella de todas formas.

Esta conversación fue un progreso para este paciente. De hecho se duchó con su mujer y, más tarde, utilizó un razonamiento similar para ayudarse a superar los obstáculos que encontraba ante otras metas sexuales. Un enfoque parecido ha sido beneficioso para romper el modelo destructivo de abuso de drogas en un individuo que creía que si quería (a corto plazo) tomar drogas, no podría a largo plazo cumplir su compromiso de dejar de tomarlas. Así mismo, otros clientes han aprendido a ignorar los deseos a corto plazo temporalmente para lograr metas antes inalcanzables.

Basado sobre mis experiencias con estos y otros clientes «inmotivados» y frustrados con facilidad, he desarrollado el siguiente régimen terapéutico en tres fases para ayudar a los sujetos a alcanzar sus metas. Debería recalcar que este enfoque pretendo que sea usado en conjunto con, y no en lugar de, aquellas técnicas cognitivo-conductuales ya mostradas que benefician a los individuos con déficits de fuerzas de voluntad.

1. *Identificación del problema.* Esta fase consiste en un análisis cognitivo-conductual de las áreas del problema presente. Una de las cosas que los clientes con problemas de evitación hacen es eludir enfocar cuidadosamente los problemas; no es inusual en estos sujetos llegar al tratamiento bastante tiempo después de que otros puedan ya haber solicitado y recibido ayuda. Como consecuencia, los problemas están incrustados tan afondo que incluso tomando la historia de un caso acabado puede provocar gran evitación y ansiedad en la mayoría de estos clientes. En particular es importante que no permitamos a estos individuos evitar examinar todos los temas relevantes, incluyendo sus características de personalidad de BTF. Es así mismo importante centrarse en los problemas de déficit motivacional en este momento.

2. *Pedagógico.* Esta fase incluye la discusión de las creencias irracionales. Para los clientes con BTF estas creencias se centran a menudo en sus demandas de que los acontecimientos se presenten de la forma que desean, catastrofizando sobre las circunstancias difíciles, y evitando la experiencia de malestar que a menudo se necesita para cambiar. En suma esta fase permite a nuestros clientes extraer la distinción entre los dominios del querer, el desear, o la fuerza de voluntad, y el de la acción. Para obtener esta distinción a menudo es útil definir la falta de motivación como el resultado inafortunado de creer que los dominios deben estar conectados. En este sentido debemos señalar que, aunque puede que no queramos algo, podemos actuar de todas formas como en el ejemplo anterior de Bob. Así mismo, podemos tener algo que no queremos, tal como cansancio o depresión, pero podemos actuar de cualquier forma para conseguir metas, tales como levantarse para ir a trabajar cuando estamos cansados.

3. *Tareas.* La asignación de tareas, llevadas a cabo fuera del gabinete de terapia, permite a los pacientes demostrarse a sí mismos la validez y utilidad de su filosofía recién adquirida. Además para llevar a cabo la práctica de una habilidad, la tarea siempre se presenta como un experimento u oportunidad para descubrir los límites por los cuales un sistema de creencias cognitivo y filosófico puede ampliarse. Por este motivo el énfasis se pone menos en obtener ciertos resultados y más en arriesgarse, acumular datos y, quizá lo más importante de todo, cumplir compromisos.

CONCLUSION

De forma breve he tratado en este artículo de presentar una filosofía complementaria al tratamiento cognitivo conductual tradicional de sujetos con déficits motivacionales. He trazado la distinción entre metas a largo plazo y fuerza de voluntad a corto plazo. Se ha explicado que el déficit de fuerza de voluntad es auto-definido típicamente por los individuos como contando que no desean hacer algo y por lo tanto se creen incapaces de obrar sobre un compromiso previo o meta. Además de utilizar las estrategias ya establecidas para tratar este tipo de sujetos, se sugiere que el trazar la distinción entre motivación y acción puede a menudo servir para movilizar a clientes inmotivados.

REFERENCIAS

- Ellis, A. (1982). Psychoneurosis and anxiety problems. In R. Grieger & I. Z. Grieger (Eds.), *Cognition and emotional disturbance*. New York: Human Sciences Press.
- Ellis, A. (1984). Rational-emotive therapy. In R. J. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies* (3rd ed.). Peacock.
- May, R., & Yalom, I. Existential psychotherapy. In R. J. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies* (3rd ed.) (pp. 354-391). Itasca, Ill.: Peacock.
- Walen, S. R., DiGiuseppe, R., & Wessler, R. L. (1980). *A practitioner's guide to rational-emotive therapy*. New York: Oxford University Press.

9

Problemas de Auto-Aceptación*

John Boyd y Russell M. Grieger

La auto-estima es un concepto que los profesionales de salud mental confirman como central para entender la personalidad y la psicopatología. Está entre esos conceptos raros que casi todos los enfoques terapéuticos parecen intentar realzar o aumentar su valor (Adler, 1974; Berne, 1964; Brander, 1971, Freud, 1963; Jung, 1954; Perls, 1969; Rogers, 1961).

Los sistemas cognitivos, en general, y la RET en particular, toman una posición más bien radical con respecto a la auto-estima. Expuesto de forma simple, una premisa principal de la RET es que perseguir o fomentar la auto-estima es indudablemente un esfuerzo destructivo y que los esfuerzos terapéuticos estarían mejor encaminados a conseguir que la gente renuncie a su auto-estima (Ellis, 1973, 1974, 1975, 1976). Nosotros apoyamos esta posición y nos esforzaremos por definir lo que es la auto-estima y por qué es destructiva. Después describiremos un concepto alternativo, la auto-aceptación, y mostraremos por qué el hecho de auto-aceptarse, más que de auto-estimarse, es teóricamente más válido y pragmáticamente más sostenible. Finalmente, discutiremos las perturbaciones emocionales en las que los temas de auto-estima son aspectos tanto centrales como secundarios.

AUTO-ESTIMA

El primer teórico de la personalidad que se centró en la auto-estima como un concepto teórico central fue Alfred Adler (1927). Postuló que los humanos tienen una inferioridad innata resultante de su experiencia infantil de desamparo total, y que el resto de sus vidas están motivados en gran medida por los esfuerzos por superar su sentido básico de inadecuación. Desde este punto de vista, muchas conductas humanas están motivadas por un mecanismo para compensar la baja auto-estima.

* Este capítulo se publicó originalmente en 1982 en R. Grieger e I. Grieger (Eds), *Cognition and Emotional Disturbance*, publicado por Human Sciences Press (New York, 1982).

Otros teóricos de la primera época que prestan atención a la auto-estima, tales como James (1890), Mead (1934), Horney (1950), y Fromm (1947), no daban al concepto una posición tan principal como Adler, y generalmente la auto-estima fue tratada como una de las diversas partes del yo total, o el producto de otros procesos fundamentales de personalidad. Estos teóricos también tendían a ver la auto-estima como una función de la *atribución aprendida de la valía propia*. Una de las explicaciones contemporáneas más fuertes que apoya la naturaleza adquirida de la auto-estima proviene de Rogers (1951, 1961). Ha enfatizado que durante los años de formación los niños internalizan las actitudes que perciben que los otros significativos tienen hacia ellos. Desde estas percepciones e internalizaciones forman las actitudes propias que acarrearán el resto de sus vidas. «La auto-consideración» fue un término que acuñó Rogers para la valía personal que los individuos crean sobre sus percepciones de las reacciones de los demás hacia ellos.

Esta breve revisión no pretende ser exhaustiva. Hay numerosas teorías de la personalidad que incluyen la auto-estima como el constructo principal, y cada una da una explicación algo diferente para los antecedentes de la atribución propia de valía. No obstante existen dimensiones similares y comunes entre estas teorías, y el análisis que Coopersmith (1967) hace de ellas ha deparado cuatro factores interrelacionados y solapados que contribuyen al desarrollo de la auto-estima; (1) tratamiento de otros significativos, (2) historia de éxitos, (3) valores y aspiraciones, y (4) estilo de defender la auto-estima.

El primer factor antecedente ha sido ya mencionado en relación a la posición de Rogers y otros fenomenólogos. Rogers hace hincapié en que las condiciones facilitadoras de empatía, aceptación incondicional, y honestidad en la relación, expresadas por medio de la conducta de otros significativos, anima al destinatario a valorarse a sí mismo. Nuestra auto-estima se construye sobre la actitud de que otros nos valoran, y esta actitud es más probable que surja cuando recibimos condiciones facilitadoras en la relación.

La historia de éxitos es el segundo antecedente de la auto-estima. Se refiere al nivel al que hemos llegado de logros en relación al nivel del que partimos, y del grado de reconocimiento social recibido por estos logros. Alcanzando las metas valoradas desarrollamos una creencia de «puedo hacerlo» o un sentido de poder y competencia, y el reconocimiento por parte de otras personas es generalmente también un subproducto. Pero las experiencias de éxito esencial son valores y aspiraciones, el criterio por el que determinamos si un triunfo ha sido logrado. La obtención por parte de una persona de una meta codiciada puede verse como un triunfo por ese individuo pero no tener sentido para otra persona que no aspira a o valora esa meta. Consecuentemente, el desarrollo y constelación de los valores y aspiraciones propios es un determinante fundamental en la auto-estima.

El cuarto factor antecedente es la manera de responder a los sucesos negativos personales, tales como fracasar en una tarea importante, recibir valoración negativa de otros significativos, y tener limitaciones personales. Sullivan (1953) ha señalado en repetidas ocasiones la noción aceptada comúnmente de que las personas continuamente evitan una pérdida de auto-estima, y experimentan ansiedad cuando anticipan devaluación o son degradados por otros o por sí mismos. Los individuos difieren en su habilidad para tratar satisfactoriamente las circunstancias amenazantes y en sus estilos de respuesta. Muchos recurren al distorsionamiento de la realidad como una medida defensiva y de este modo renuncian a un grado de lucidez.

Carecen de la habilidad de juicio mental decisiva para «(definir) un suceso lleno de implicaciones y consecuencias negativas de tal forma que no menoscabe el sentido de merecimiento, habilidad, o poder (propio)» (Coopersmith, 1967, p. 37).

Estos cuatro antecedentes de la auto-estima ofrecen un asidero ecléctico a la cuestión de dónde proviene la auto-estima. Pero en la RET estos antecedentes se ven como experiencias que dan salida a diversas proposiciones *defectuosas y contraproducentes*; a continuación se presentan las tres principales (Ellis, 1974, 1976).

La primera es la noción de que la gente es igual a sus rasgos, en particular a sus rasgos de carácter. Así, si tienen rasgos significativamente malos, entonces se valoran como malas personas y justificadamente tienen baja auto-estima; por el contrario, si tienen buenos rasgos se valoran como gente buena y pueden tener legítimo derecho a una auto-estima positiva.

Esta proposición representa un razonamiento fallido porque fundamentalmente es una sobre-generalización, al indicar que un rasgo individual o grupo de rasgos pueden legítimamente generalizarse a la persona total. ¿Cómo puede uno o varios aspectos de una persona ser iguales a todo el conjunto? Es como decir que toda una cesta de fruta está podrida porque una manzana está estropeada. ¿No tiene la gente casi ilimitados rasgos que cambian día a día? ¿Cómo puede una persona saber todos sus rasgos para hacer un juicio? ¿Dónde está la tabla de los pesos por la que valorar unos rasgos sobre otros? ¿Con qué fórmula sopesamos, aritmética, geométrica y exponencialmente? Son muchas las preguntas parecidas a las propuestas, y las respuestas sugieren que la proposición en sí misma no tiene sentido.

La segunda proposición fallida es que la gente debe triunfar en la vida, debe ganar el amor de aquellos que encuentran significativos, y deben sobrevivir comfortable y felizmente. Hacerlo así les da valía personal o alta auto-estima; fracasar en hacerlo les hace indignos o de baja estima.

Esta proposición es descaradamente falsa por varias razones. Una de ellas es que establece estándares absolutos para la auto-valía, todos los cuales son mágicos y tautológicos (Ellis, 1974, 1976). Simplemente no hay estándares científicos y universales para el éxito. Además, si la gente tiene baja auto-valía porque fracasa en sus diversas iniciativas, intentos amorosos, y esfuerzos para estar contento, entonces por definición debemos juzgar a todo el mundo como inútil, porque ha fallado seguramente en uno o más de estos estándares en algún momento de sus vidas. Nadie es tan notable e infalible como para tener éxito siempre. Finalmente, hay numerosas desventajas prácticas para mantener tal postura, no siendo la menor el hecho de estar ansiosos por fracasar y por la pérdida de creatividad y espontaneidad.

La tercera es que la gente debe tener auto-valía, o demostrarse a sí mismo que tiene auto-valía, para poder aceptarse y respetarse. Además, deben estar convencidos de que son valiosos para poder ser felices y disfrutar de sus vidas.

Además de todas las falacias de las primeras dos proposiciones, esta última es descaradamente tautológica, al argüir que la auto-valía es un criterio para la felicidad ya que no existe evidencia, de que sea así. De hecho, como pronto expondremos, aquellos que son los más felices, satisfechos, y libres de síntomas psicológicos son aquellos que básicamente acaban con la preocupación de si son o no son valiosos.

Estas son pues las proposiciones fallidas sobre las que se basa la estimación propia, ¿pero cuál es la consecuencia del proceso de estimación? ¿Qué sucede

cuando un individuo se valora a sí mismo como inútil y acaba con baja auto-estima (BAE)?

Una revisión de la literatura sobre auto-estima, una empresa monumental debido a la plétora de artículos y libros sobre el asunto, mostrará muchas características de personalidad y psicopatológicas que han estado clínicamente y/o empíricamente asociadas con la BAE. Por ejemplo, la investigación ha mostrado que los individuos con alta auto-estima (AAE) frente a aquellos con BAE, exhiben un grado alto de influencia interpersonal, es menos probable que se identifiquen con sus atributos negativos, son más difíciles de persuadir con comunicaciones amenazantes, y mejoran más después de un éxito (Schneider y Turkat, 1975).

La visión panorámica de Coopersmith (1967) de los estudios sobre auto-estima propios y de otros amplian el perfil anterior incluso más allá. La evidencia sugiere que cuando se comparaba a las personas con BAE con aquellos con AAE, estos últimos tienden a:

1. Tener ansiedad más baja y menores síntomas psicósomáticos, y en general ser mejores al tratar con situaciones amenazantes;
2. Ser más activos y sensibles emocionalmente, y tener más probabilidad de tener relaciones interpersonales profundas;
3. Ser más competentes y eficaces y tener más expectativas positivas hacia el éxito y menos anticipación del fracaso e inutilidad;
4. Conseguir metas altas para sí mismos y ser propensos a alcanzarlas;
5. Ser más independientes y creativos;
6. Tener más probabilidad de ser socialmente aceptados y poseer equilibrio y habilidades sociales.

A la vista de las características descritas, está claro que la BAE es un riesgo psicológico. Debería acentuarse, sin embargo, que la BAE ciertamente no garantiza una personalidad inadecuada, ya que hay individuos que luchan con un sentimiento de auto-valía y todavía mantienen vidas estables y productivas. Hay probablemente muchas personas con baja auto-estima que tienen en un nivel bajo las características problemáticas que se han descrito. Además, la BAE parece existir en grados (Coopersmith, 1967) y un nivel moderado de BAE no es tan destructivo para el funcionamiento del individuo como un nivel crónico. Pero la principal evidencia clínica y empírica indica que la BAE es una dimensión dentro de la psicopatología que está muy extendida, es perjudicial para la salud psicológica, y merece un tratamiento terapéutico.

La otra cara de la moneda es tenerse en alta auto-estima. No obstante, ¿no es esto sin lugar a dudas una meta deseable, por la que merece la pena esforzarse? ¡La respuesta es no! Cuando la persona se tiene a sí misma en alta estima, está enganchada en el mismo proceso irracional de evaluar su valía total basándose en algunas características personales o en el afecto ofrecido por otro. Así para mantener AAE, la persona *debe* continuar demostrando sus características de valía y mantener el afecto de los demás —un estado de cosas altamente ansioso. Si fracasa en esta tarea pierde su tenue dominio sobre la auto-estima.

Aquellas personas que están bendecidas con muchas de las características que asociamos con la valía personal a veces se crean un problema particularmente fastidioso. Llegan a ser egoístas y narcisistas. Genuina aunque neuroticamente

creen que tienen más valor que otros y actúan según esta creencia de maneras interesadas y auto-centradas. Cuando sus criterios para el engrandecimiento se escabullen, como en definitiva suele suceder, su grandiosidad se desvanece y caen rápidamente a la profundidad de la BAE. Los suicidios consiguientes a los fracasos comerciales se presentan con frecuencia en la sociedad contemporánea.

AUTO-ACEPTACION

El concepto de auto-aceptación es central en la teoría de la RET y una meta principal en un buen número de esfuerzos de la RET. En contraste con la auto-estima, la auto-aceptación parte de la premisa de que los seres humanos son demasiado multifacéticos para ser clasificados o evaluados como una entidad total. Con tal complejidad humana, y sin métodos o herramientas para hacer una valoración tal de ninguna forma, la auto-aceptación intenta renunciar al juego filosófico de clasificar a la persona y simplemente presta atención a los rasgos, habilidades, o realizaciones propios, tanto de forma individual como en pequeños grupos.

Dado que la auto-aceptación tiene más solidez filosófica y es más útil psicológicamente que la auto-estima, tenemos varias proposiciones básicas que expondremos a continuación (Ellis, 1976). Estas son afirmaciones objetivas y validadas acerca de la naturaleza humana que reemplazan a la auto-evaluación y al juicio del yo basado en un pensamiento evaluativo.

1. A pesar de las casi infinitas manifestaciones individuales, la gente generalmente tiene dos metas o propósitos principales en la vida; (a) continuar vivos y (b) vivir con un grado máximo de felicidad y un grado mínimo de sufrimiento.
2. La gente tiene una continua plenitud que dura un cierto periodo de tiempo y después desemboca en un final.
3. Las personas tienen una multitud de rasgos que les hace distintos y diferentes de los demás, haciéndoles únicos. Aunque algunos de estos rasgos cambian, un buen número tiene consistencia a lo largo del tiempo, dando a la persona una «identidad» o un «yo» a todo lo suyo.
4. La gente tiene conocimiento de su continuidad y de sus rasgos. Puede, por tanto, dentro de unos límites, planear su futuro, cambiar alguno de sus rasgos, descubrir lo que le gusta, y trabajar para alcanzar su satisfacción.
5. Las personas tienen conocimiento de sí mismas. Pueden elegir valorarse a sí mismas basándose en cómo consiguen sus metas; pueden elegir valorarse a sí mismas sobre la base de que simplemente se sienten mejor y elaboran un sentido más práctico para hacerlo así; o pueden elegir aceptarse incondicionalmente, por la sencilla razón de que están vivas y comprenden que auto-evaluarse es imposible y perjudicial.

Para resumir estas proposiciones, la RET aconseja con fuerza a la gente que cesen en su proceso de auto-evaluación, no salten nunca desde la auto-aceptación y la valoración de los rasgos hasta la auto-estima y la auto-evaluación. ¿Por qué? Porque la auto-aceptación sigue las reglas de la evidencia científica; porque la auto-aceptación no impide a la gente lograr sus metas básicas y, de hecho, sirve para

facilitárselas; y porque la auto-aceptación no acarrea, desde luego, los problemas emocionales a los que lleva la auto-estima más pronto o más tarde.

En el análisis final, la RET propone dos alternativas a la auto-evaluación (Ellis, 1976; Ellis y Harper, 1975). La alternativa menos concreta es para la gente que se define a sí misma arbitrariamente como buena o estimable simplemente porque existen, y eso les hace sentirse valiosos. La alternativa más concreta es para la gente que reconoce su extrema complejidad, saben que un intento de evaluarse es científicamente condenable, y reconoce que no tienen valía intrínseca, sino más bien sentido de estar vivos. La gente puede y desde luego «debe» evaluar sus rasgos, porque esto le facilitará el encuentro con sus metas; pero además puede aceptarse totalmente a sí misma no importando los rasgos útiles o perjudiciales que descubra.

AUTO-EVALUACION Y PERTURBACION EMOCIONAL

La RET sitúa un foco central en la BAE y considera que es un factor etiológico primario en muchas formas de psicopatología. En palabras de Ellis (1965), «Quizá la creencia contraproducente más común de un paciente fuertemente perturbado es su convicción de que es un individuo inútil e inadecuado que esencialmente es indigno de auto-respeto y felicidad» (p. 1).

Nosotros confirmamos la afirmación de Ellis y sugerimos que la mayoría de los clientes que solicitan tratamiento de salud mental tienen problemas de auto-estima que son o primarios o concomitantes a otras preocupaciones. Una explicación de cómo la BAE se encaja dentro de diversos problemas emotivo-conductuales se dará más adelante en este capítulo, pero primero es apropiado describir la auto-evaluación con más detalle.

Como mencioné anteriormente, el proceso ideacional por el que los individuos crean la BAE y la acompañan de perturbación emocional se denomina «auto-evaluación», la tendencia a valorar los actos, conductas y realizaciones propias como buenas o malas y generalizar esta evaluación a la valía entera de uno. Es una tendencia habitual que puede ocurrir sin el conocimiento consciente del individuo y puede existir de forma episódica o como un flujo crónico y continuo de sentido que puede monopolizar la mente.

Ellis (1977b) afirmó que todos los seres humanos están propensos a auto-evaluarse, y existe bastante soporte para esta afirmación. La necesidad clínica no pregunta si el cliente se auto-evalúa, sino más bien cuánto y de qué manera. Los individuos desajustados de forma crónica se empeñan en auto-evaluarse y lo hacen como forma de vida, e incluso la gente más estable se auto-evalúa antes o después. Por ejemplo, los terapeutas podíamos degradarnos a nosotros mismos sólo en contadas ocasiones por hacer el tonto algún día, pero si alguien más critica nuestra terapia ¡que tenga cuidado! Restringimos nuestra auto-valía a nuestra habilidad terapéutica, y defendemos airadamente nuestra competencia percibida y/o nos criticamos por no alcanzar mejores niveles de éxito.

La auto-evaluación varía no sólo en el grado sino también en la forma. Mientras cada persona probablemente tiene su propia forma de auto-evaluarse, y es esencial que el terapeuta empático descifre estas patologías únicas, también es posible identificar formas comunes de auto-evaluación. Una forma totalmente estándar

entre los adolescentes es su preocupación por la apariencia física. Un caso ilustrativo es un estudiante de bachiller en terapia con uno de los autores. Este muchacho paseaba de un lado a otro del campus con sus ojos iendo de un hombre a otro, comparando continuamente su apariencia con la de ellos. Prestaba particular atención a las parejas, haciéndose la pregunta, «¿Me elegiría esa chica por encima del mamarracho con el que vá?» Esta forma de auto-evaluación no es inusual, y la mayoría de los adolescentes pasan por cómo aprender a aceptar su apariencia física.

Otra forma común de auto-evaluación la representa el siguiente ejemplo experimentado por una cliente que se guiaba por una auto-imagen ideal. Cuando sus realizaciones y características no se acercaban estrechamente a la persona ideal que se reclamaba ser, experimentaba depresión aguda. En otras ocasiones, cuando tenía no estar a la altura de su imagen ideal, tenía ataques de ansiedad. La profundidad de su esfuerzo fué expresada directamente un día cuando el terapeuta le preguntó, «¿Cómo te sentirías si te dijera que hay un límite en tu desarrollo y que nunca alcanzarás tu yo ideal, y que debes vivir el resto de tu vida de la forma en que estás?» La cliente reflexionó durante un breve momento y luego dijo con un tono muy convincente y determinado, «No quisiera vivir más tiempo».

Este caso es un ejemplo clásico de lo que Horney (1950) ha denominado el «yo ideal» en la estructura neurótica. Algunas personas tienen un déficit tal de auto-estima que crean un yo perfecto por el que esforzarse, un yo que es indudablemente de alta valía. Representa una sobrecompensación de su baja valía percibida y sirve como criterio para auto-evaluarse.

Una tercera forma de auto-evaluación que generalmente lleva a la BAE, la culpa y la depresión, es compararse uno mismo con la moral inflexible e irreal y con los estándares religiosos y después condenarse a sí mismo por no ser totalmente moral y santo. La patología en esta forma de auto-evaluación no se encuentra en la moral o religión sino en la idea de que uno es primaria y principalmente inútil y que el único camino para la auto-valía es el cumplimiento y consecución de una moralidad y santidad perfectas.

Recientemente un cliente solicitó ayuda precisamente para un problema semejante. Era un estudiante graduado brillante y exageradamente concienzudo que estaba siendo influido por una secta religiosa fundamentalista. Estaba lleno de culpa y ansiedad, y tenía fugas periódicas de pánico. Cada día se le ofrecía más evidencia de que era un «alma perdida», no había dado *totalmente* su vida a la iglesia; sospechaba que alguna de sus conductas estaba originada por motivos inconscientes e inmorales; y no podía descifrar «signos» de Dios tan bien como sus amigos religiosos. Solicitar terapia para sus problemas emocionales fué también un acto pecaminoso, porque se le había dicho que los verdaderos cristianos «ponen sus vidas en las manos del Señor».

Dentro de las formas y estilos de la auto-evaluación hay algunas características cognitivas similares. La personalización y la introspección excesivas están en general presentes como cuando una sobre abundancia de estímulos se examina por su relación con el yo y la valía propias. Así mismo, Beck (1976) y Berger (1974) aconsejan a los clínicos buscar los pensamientos trastornados tales como la sobre-generalización, el razonamiento dicotómico, el pensamiento polarizado y la adhesión a reglas absolutistas. Estos mecanismos crean distorsiones de la realidad, y mezcladas con esta génesis existen creencias irracionales como las citadas anteriormente.

Para resumir, la teoría de la RET dice que la auto-evaluación es un rasgo especialmente humano que causa defensividad y BAE y precipita toda una serie de perturbaciones emotivo-conductuales. La auto-evaluación es un proceso cognitivo irracional basado en cuestiones de auto-estima improbable, razonamiento ilógico, y auténticos trastornos de pensamiento.

Ansiedad de aprobación y ejecución

Dos criterios que la gente usa a menudo como indicadores de la auto-valía son la aprobación de los otros y las ejecuciones exitosas. Las inferencias irracionales son «tengo valía si otros me valoran» y «soy valioso porque soy bueno en esta ejecución y porque otros me dicen que soy bueno cuando lo realizo bien».

La gente que usa la aprobación de los otros y las ejecuciones excelentes como criterios de auto-evaluación están poniendo en tela de juicio su auto-valía constantemente. Están permanentemente bajo amenaza, y por consiguiente experimentan una gran ansiedad. Desgraciadamente esta ansiedad tiende a satisfacer sus peores expectativas ya que les conduce a ser socialmente ineptos y torpes, subordinados en exceso y a comportarse de diversas formas inadecuadas. Por lo que se refiere a las ejecuciones, la ansiedad puede arruinar la destreza, e incluso en el caso de que los individuos puedan, de algún modo producir una ejecución de alto nivel su ansiedad no vale el precio que pagan. En la RET la corriente de significado que se sitúa detrás de la ansiedad de aprobación y de ejecución provoca el conocimiento, el desafío, y el trabajar hacia. Aunque cada persona tiene propiedades únicas en su movimiento mediacional, se destacan habitualmente cuatro temas de irracionalidad, como se expresa en las siguientes frases:

1. «Debo tener su aprobación; sería *terrible* que me tenga antipatía. *No puedo aguantar eso; si no les gusta debe querer decir que hay algo erróneo en mí -que no soy digno de su aprobación».*
2. Puesto que esta ejecución es terriblemente importante para mí, tengo que *conseguir* hacerlo bien; *no puedo* estar satisfecho con una actuación mediocre; «si no lo hago bien comprobarán lo vulgar que soy, que no soy realmente bueno en nada, soy un *incompetente».*

La ansiedad de aprobación y de ejecución son síntomas de BAE que aceleran el desarrollo de la auto-evaluación. A veces indican un problema de auto-estima primario, y frecuentemente revelan BAE como un concomitante de otros problemas de primer orden.

Depresión producida por la Auto-Derrota

La mayoría de los clínicos están entrenados para tratar la depresión solamente como una perturbación afectiva con síntomas secundarios. En contraste con esta visión, el trabajo de Beck (1972, 1976), Ellis (1962), y Seligman (1975) postula que las visiones deformadas de las personas deprimidas son centrales al desarrollo y mantenimiento de su perturbación.

La auto-evaluación es una de las principales dimensiones cognitivas asociadas con la depresión. Mientras la anticipación de mostrarse un inútil ante los demás conduce a la ansiedad, ponerse realmente a sí mismo por los suelos o evaluarse como malo por un acto o por alguna otra razón producirá culpa y depresión. De hecho, la secuencia ansiedad-depresión es un modelo típico en la gente con problemas emocionales de larga duración, ya que experimentan ansiedad antes de la ejecución por que pueden encontrarse a sí mismo inútiles, y se produce una depresión posterior al concluir que son inútiles.

Los clínicos cometen un error crítico cuando fracasan al ver la auto-derrota en la depresión. Es más fácil ver las exigencias y el catastrofismo del cliente, tal como en el siguiente monólogo; «la vida es tan abrumadora; perdí mi trabajo, mi mujer me dejó, que utilidad tiene seguir... No hay nada por lo que vivir». En esta breve expresión la persona depresiva exhibe la actitud de que la vida debería ser más fácil, una serie de catástrofes han caído injustificadamente sobre él, y el futuro será malo. También oculto entre estas ideas depresivas está la auto-derrota.

- La vida es abrumadora, y soy demasiado débil para luchar.
- Perdí mi trabajo, porque soy un incompetente.
- Mi mujer me dejó, lo que demostró que soy indigno de ser amado descubrió que no valgo para nada.
- No hay nada por lo que vivir, soy tan inútil que mi vida no tiene valor para nadie más, ni incluso para mí.

A veces los individuos deprimidos se sienten también culpables, y no hacen más que defender su propia falta de valor; de hecho, fomentan su maldad. Al «auto-culparse» se enredan en el «soy despreciable, totalmente y para siempre, porque hice una cosa mala». Esta actitud les lleva a la culpa y a la depresión agudas, y el clínico deberá estar alerta a los pensamientos y planes suicidas.

Ganancias Secundarias y Auto-Evaluación

La auto-evaluación y la auto-culpa genuinas conducen a serios niveles de ansiedad, culpa y depresión —a un nivel de angustia que es debilitante. La gente que hace esta auto-evaluación no es a menudo consciente de su hábito cognitivo, y de forma ignorante expresan una creencia verdadera en su indignidad sin darse cuenta de lo que están diciendo. Sus creencias irracionales y su auto-evaluación se ocultan entre líneas y se expresan simbólicamente, y solo en contadas ocasiones se vislumbran en el exterior.

Otro tipo de auto-evaluación tiene síntomas diferentes. El nivel de angustia emocional es problemático pero no crónico, y los auto-evaluadores debaten abiertamente su BAE. Estos son a menudo síntomas de auto-evaluación que han llegado a ser una forma neurótica de vida, un modo de conducta que es recompensado con ganancias secundarias tales como simpatía y atención de los demás, aligeramiento de responsabilidades, y una evitación de otros problemas inmediatos tales como dificultades matrimoniales, toma de decisiones, o fracasos en la carrera. Los que se auto-culpan de forma masoquista tienen una interesante ganancia secundaria.

Se amonestan a sí mismos para a continuación completar esta cadena con la gran idea de que «soy bueno por reconocer lo malo que soy y castigarme a mí mismo».

Las ganancias secundarias no son la única razón que los clientes esgrimen al explicar ampliamente su BAE durante la terapia. Su táctica de auto-flagelación puede estar realmente camuflando otros temas amenazantes, y el terapeuta debe cortar por lo sano esta maniobra defensiva.

En una reciente sesión de supervisión, uno de los autores escuchaba una cinta de una cliente que inició y ocupó al terapeuta en la discusión de su BAE durante la sesión. La intuición del supervisor de «que algo marcha mal» iba en aumento; después finalmente se dió cuenta de que la discusión de la BAE había abarcado dos sesiones, y que las piezas no encajaban. Al reevaluar el caso se llegó a un nuevo diagnóstico; la cliente había sido *exigente* más que auto-evaluadora. Los deberías, las obligaciones y los tengo que hacer, fueron responsables de más ansiedad que la auto-evaluación, y cuando el terapeuta siguió este curso de diagnóstico el caso mejoró rápidamente. Aunque la cliente ofreció alguna resistencia al principio, consiguió rápidamente insight sobre sus demandas, y los cambios emocionales y conductuales siguieron cuando el terapeuta y la cliente entraron en la «etapa de trabajar hacia» de la RET.

Auto-evaluación y Problemas de Ira

Otra clase de problemas que a menudo implica a la auto-evaluación tiene que ver con la ira. Grieger (1977) ha descrito una reacción de ira que en su esencia está compuesta de BAE y auto-evaluación (ver Capítulo 7). El síndrome empieza cuando la auto-estima de uno está ligada a un criterio externo (aprobación, ejecución, etc) y la ansiedad que uno siente cuando estos criterios son amenazados. En vez de centrarse en la auto-valoría propia y en los sentimientos de ansiedad o depresión por el contrario el individuo enfadado toma la dirección protectora de condenar al agente amenazante. La conducta agresiva de defensa en la que el individuo ataca para proteger su auto-estima.

Esta clase de ira defensiva es difícil de diagnosticar, debido a que los temas irracionales de exigencia, catastrofismo y condena de los demás están enmarañados. Pero la causa de estos temas —la razón más importante de una persona enfadada— es una amenaza para su auto-estima. Por ejemplo, en respuesta al tratamiento irrespetuoso, la persona con ira del yo o de su auto-valoría concluye, «sus acciones muestran falta de respeto, parece que no soy importante y por consiguiente no debo ser importante. Estos tontos no deberían hacerme algo tan horrible; ¡se lo demostraré!».

La ira en la auto-valoría ilustra cómo la auto-evaluación interactúa con otros temas irracionales para crear un formidable problema emotivo-conductual. También muestra cómo la auto-evaluación y la baja auto-estima pueden ser tan altos en los niveles más profundos de una dificultad neurótica que parece contradecir la inseguridad. Cuando tratan con la ira y la agresión los clínicos pueden querer tener en cuenta el consejo de Ellis (1977a): «El primero, y quizá el más importante de los métodos emotivos de vencer la ira, consiste en la auto-aceptación o el auto-reconocimiento incondicional» (p. 8).

Indecisión y Auto-estima

La indecisión es uno de esos «pequeños problemas» que pueden reflejar mayores dificultades psicológicas. Esto es, los clientes de los centros de salud mental y de otros centros psiquiátricos se presentan a sí mismos a menudo como «el aro de la canasta», completamente debilitados por la ansiedad, la depresión, o cualquier otro problema. Cuando describen sus síntomas y dolencias, dicen de pasada, «No puedo conseguir hacer nada; De alguna forma no puedo conseguir hacer las cosas que quiero hacer», y así constantemente. Los terapeutas no consideran a la indecisión como el diagnóstico en tales casos, pero la indecisión puede bien ser un microcosmos del conjunto de dificultades del cliente.

En los centros de counseling y clínicas de conducta la indecisión a menudo es el único problema que se presenta; y a veces también es frecuente que los consejeros lo den por sentado. En marcos académicos donde las fechas límites para los exámenes y para la entrega de trabajos abundan, el aplazamiento de las decisiones es intrínseca a la vida del estudiante.

Existen muchos antecedentes ideacionales con respecto a la indecisión, y Ellis y Knaus (1977) han dedicado un libro entero al tema. Una falta de auto-disciplina y baja tolerancia a la frustración son las causas mejor conocidas de la indecisión, pero la auto-evaluación y la BAE también ascienden con la indecisión, de una forma recíproca. Primero, los individuos son libres para hacer un cierto acto y sin saberlo tienen miedo de fallar o de ser rechazados y sienten amenazada su auto-estima. Así aplazan el acto amenazante, incluso aunque su realización tuviera consecuencias deseables para ellos, por miedo a probar su valía. Segundo, observan la dilatación que han elegido, la encuentran aversiva y se condenan por ella, favoreciendo así la BAE.

Diversas Perturbaciones Emocionales y Auto-Evaluación

Como se ha mencionado anteriormente, hay una multitud de perturbaciones y síntomas emocionales que pueden estar precipitados, en primer lugar o en parte, por la auto-evaluación. En alguna de estas perturbaciones de auto-evaluación es también obvio que la persona no experta puede reconocerlo, pero en otros los síntomas de los clientes pueden parecer demasiado raros o serios para ser vinculados con la BAE. Los siguientes ejemplos servirán para mostrar cómo la auto-evaluación puede estar presente de manera solapada en la psicopatología.

Frank era un hombre joven que en sus primeros veinte años estuvo colmado de problemas que justificaban la etiqueta de «neurosis obsesivo-compulsiva». Lo que más preocupaba a Frank eran sus obsesiones sensitivas que interferían con y a veces impedían su trabajo y su vida social. Estas obsesiones consistían en contar los parpadeos, los tragos, las respiraciones; así como en sensaciones obsesivas de tener la vejiga llena que le empujaban a salir corriendo al baño. Frank también era susceptible de preocuparse por cualquier cosa; y por último un miedo irracional de ser abordado por homosexuales le producía suspicacias paranoicas.

Existían unas cuantas circunstancias de aprendizaje/situacional en los antecedentes de Frank que podían explicar alguno de los orígenes de sus síntomas. El comienzo de las sensaciones en la vejiga se remontaban a un examen académico que fué crítico para su carrera profesional; estuvo sentado durante las cuatro horas del examen mientras luchaba por no sucumbir ante los dolores de la vejiga, con

la urgencia de orinar, y con el miedo de deteriorar su ejecución si perdía tiempo en ir al baño. Otro origen histórico fue una experiencia infantil que implicaba una pedofilia aparente, y un comentario jocoso años más tarde de un amigo adolescente que comentó que Frank tenía apariencia física de «pítillo». Frank juntó estas dos experiencias y se creó el miedo de que de algún modo atraía a homosexuales y que podía tener tendencias homosexuales latentes.

El núcleo mediacional de los síntomas obsesivos de Frank era doble. Un síntoma comenzaría siempre con pensamientos «horribles» acerca de alguna cosa que temiera pudiera suceder, tal como suspender un examen, ser criticado socialmente, o llegar a ser homosexual. Como después llegaba a estar ansioso empezaría a tener miedo de que esta ansiedad causara una obsesión y, de acuerdo a su profecía, ocurriría. La escena terminaba cuando Frank se obsesionaba durante horas.

El entrenamiento en relajación, la desensibilización, y la RET tuvieron éxito al ayudar a Frank a reducir su temor y sus ansiedades de aprobación y de realización. Aprendió a debatir muchas de sus ideas irracionales; por medio de la asignación de tareas confrontó y trabajó hacia las tendencias obsesivas, y después de diez sesiones sus síntomas eran mínimos. Incluso cuando la ansiedad y las obsesiones afloraban podía eliminarlas de forma efectiva con pensamientos racionales. Tanto Frank como el terapeuta estaban satisfechos con el éxito de sus esfuerzos. Los problemas presentados fueron vencidos. Sin embargo había habido una omisión costosa en la terapia. No trabajaron bastante tiempo o con bastante intensidad la BAE y la auto-evaluación de Frank. Aunque se tocó este aspecto de los problemas de Frank, la mayor parte del tiempo de terapia se dedicó a otras formas de distorsión.

Dos años más tarde Frank volvió a terapia con lo que parecía un nuevo juego de tendencias obsesivas. Estaba siendo influido por una secta religiosa fundamentalista, experimentaba excesiva culpa y ansiedad, y hacía cosas inspechadas para probar su honestidad y moralidad a los otros. En resumidas cuentas, esta vez el terapeuta desafió directamente las costumbres de auto-evaluación de Frank, junto a un ataque exitoso sobre su baja opinión de sí mismo. Esta estrategia debería haber sido vigorosamente empleada en la primera tarea de terapia de Frank, ya que la auto-evaluación siempre había estado detrás de sus obsesiones sensoriales. Era el establecimiento irracional lo que fomentaba la ansiedad de aprobación y de ejecución que eventualmente se infiltraba en sus obsesiones.

Otro juego de perturbaciones emocionales que puede ofuscar la auto-evaluación está en relación con las dificultades sexuales. Síntomas tales como emociones volátiles, comunicación pobre, y achaques psicósomáticos tienden a encubrir el hecho de que la auto-estima de ambos compañeros es crítica en su relación. Cuando uno o ambos compañeros tienen BAE y utilizan la conducta del otro con propósitos de auto-evaluación, se desarrollará una relación débil y dependiente. Este punto ha sido maravillosamente expresado en el *El Profeta* de Gibran (1976, p. 16).

Dad vuestros corazones, pero no los tengáis guardados dentro de otro.

Pues sólo la mano de la vida puede contener vuestros corazones.

Y permaneced juntos pero no demasiado cerca:

Como las columnas del templo permanecen separadas,

Y el roble y el ciprés no crecieron para darse sombra mutuamente.

La relación de Hank y Millie es un trágica historia de una pareja en la que ambas partes tenían BAE. Se habían casado a los 18 años, estaban en la mitad de los cuarenta, y desde el principio su matrimonio había mantenido una continua serie de luchas hostiles. Cada compañero se sentía inseguro y demandaba un flujo constante de afecto del otro. Esperaban estar totalmente dedicados el uno al otro y conseguir su total antojo. Cuando su compañero fallaba al ir en busca de estas demandas y expectativas, se sentían heridos (una pérdida de estima), condenaban al compañero, y se vengaban negando el afecto (incluyendo el sexo) y haciendo comentarios crueles y despectivos.

La terapia marital para Hank y Millie fue infructuosa porque en presencia uno del otro rehusaban hacer nada sin pelear. La terapia individual para cada uno ha tenido un éxito relativo, sólo funcionaba cuando el terapeuta empleaba la sesión completa a la auto-estima. La calma relativa en su matrimonio sólo estaba presente en raras ocasiones, cuando cada uno había tenido sesión de terapia provechosa y cesaba temporalmente en la auto-evaluación propia y del compañero.

LA RET PARA LOS PROBLEMAS DE AUTO-ESTIMA

El grueso de este capítulo ha explicado la auto-estima desde una perspectiva RET, y se ha esbozado el perfil de una estructura diagnóstica. Sin embargo, lo que se ha dejado sin tocar ha sido el tratamiento terapéutico. ¿Cómo pueden los problemas de auto-estima ser resueltos eficazmente por medio de la psicoterapia? Grieger y Boyd (1979) han contestado esta cuestión del «cómo» extensamente; para concluir este capítulo se ofrecerá una panorámica de la RET para abortar los problemas de auto-estima. Como se ha comentado, el demonio que genera la BAE es la predisposición humana a la auto-evaluación. Para producir esto, o una aproximación a esto, la RET avanza por cuatro etapas que influyen al cliente a efectuar cambios constructivos en las esferas cognitiva, emotiva y conductual.

La primera etapa de la RET, *el psicodiagnóstico*, se dirige a ayudar a los clientes a describir sus perturbaciones emocionales mientras el terapeuta simultáneamente solicita información relevante para el diagnóstico. Se alcanza un diagnóstico cuando el terapeuta entiende la perturbación total por medio del paradigma A-B-C. El diagnóstico puede hacerse rápidamente cuando los terapeutas RET son experimentados y los problemas de los clientes son típicos, aunque el terapeuta permanece abierto y puede alterar el diagnóstico más adelante en el transcurso de la terapia. Puede requerirse una etapa diagnóstica prolongada para perturbaciones desconocidas o complejas. Considerando los problemas de auto-estima, las tareas diagnósticas son categorizar la auto-evaluación como un proceso cognitivo primario o secundario, descubrir el contenido idiosincrático del cliente en la auto-evaluación, y determinar si y cómo otras creencias irracionales están contribuyendo a la perturbación.

Siguiendo al diagnóstico está la etapa de insight de la RET. Aquí el objetivo es promover la comprensión por parte del cliente de sus creencias irracionales y la forma que usa para crearse esa perturbación emocional. Los insights relacionados con la BAE giran alrededor de la auto-evaluación; los clientes aprenden que son ellos los que se auto-evalúan, cómo lo hacen, y las consecuencias emocionales y conductuales de la auto-evaluación. Se presta atención a los antecedentes de la

BAE sólo si hay una razón clínica extraordinaria para hacerlo así. El conocimiento de la historia pasada no disipa las perturbaciones presentes o el hábito de la auto-evaluación, pero a veces un cliente gana motivación para vencer la auto-evaluación si puede ver que estaba alentada y era empleada por otras personas significativas.

La etapa de la RET de *trabajar hacia* se solapa con la etapa del insight. Trabajar hacia consiste en emplear esfuerzos de forma persistente que son designados terapéuticamente para rehabilitar los aspectos cognitivos, emocionales, y conductuales de un problema psicológico. La RET está controlada por la constitución tripartita de los problemas de auto-estima: creencias irracionales y deformaciones cognitivas, manipulaciones emocionales e imaginativas, y conducta manifiesta. Hay una multitud de técnicas para cada modalidad tales como debatir cognitivamente las creencias irracionales y sustituirlas por actitudes racionales, practicar ejercicios de imaginación-emotiva, y asignar tareas conductuales que fuerzan a uno a confrontar y renunciar a acciones contraproducentes. Para aclararles, a los clientes que tienen BAE se les anima, generalmente dentro de la sesión de la RET, a desafiar y alegar razones lógicas contra sus ideas de auto-evaluación, o quizá a intercambiar roles con el terapeuta y resolver un problema de BAE simulado semejante al suyo. La asignación del ejercicio «ataque de la vergüenza», un método emotivo, anima a los clientes con BAE a hacer algo de manera deliberada que neuroticamente consideran vergonzoso y de este modo confrontan, experimentan, y desarticulan el criterio de auto-evaluación. Un auto-evaluador con indecisión puede usar la técnica conductual de auto-manejo de recompensas y castigos para poder conseguir hacer algo.

A medida que la etapa de trabajar-hacia progresa se dan cambios terapéuticos en las ideas, emociones y conductas de los clientes con BAE. El cambio más importante es retardar el proceso de auto-evaluación y librar batalla contra él. Los clientes aprenden a observar cuándo están auto-evaluándose y debaten estas cogniciones activamente en vivo. La conducta comienza a cambiar hacia el reino del atrevimiento-asertividad, a través del esfuerzo más bien que de la magia. Las nuevas acciones pueden sentirse extrañas y sitúan a los clientes dentro de experiencias amenazantes, tales como devolver asertivamente un aparato en mal funcionamiento a un empleado de la tienda con mal genio, o iniciar una competición donde su ejecución llena de errores será vista por una multitud de espectadores. De tales experiencias parte la libertad psicológica para ser uno mismo.

A medida que cambian la cognición y la conducta, también lo hace la emoción. La ansiedad, la culpa, la depresión, y la ira se disipan en función de la disminución de la auto-evaluación y el aumento de la auto-aceptación. La proposición tripartita a los problemas de BAE puede encadenar el progreso, cognitiva, emotiva, y conductualmente, justo cuando el proceso de auto-evaluación entra en declive.

La última etapa de la RET, la *re-educación*, entra en escena, simultaneándose con trabajar hacia, cuando los cambios terapéuticos de los clientes han empezado. El propósito de la re-educación es fortalecer y arraigar las formas racionales de pensar y comportarse, para ayudar a los clientes a adquirir habilidades adicionales (por ejemplo, asertividad, toma de decisiones) que les estimularán a vencer sus perturbaciones, y les ayudarán a sintetizar sus aprendizajes terapéuticos y generalizar estos a sus vidas y al futuro.

Las soluciones concretas de la RET se desarrollan en la etapa de re-educación, cuando los clientes hacen cambios en sus filosofías de vida. El cliente obsesivo-

compulsivo citado dos veces en este capítulo ha hecho cambios significativos en sus aspiraciones profesionales y en sus creencias religiosas. Ha abandonado mucha de la irracionalesidad en ambas facetas. No siendo por más tiempo un adicto al trabajo, no se ha sentido obligado a ser presidente de la corporación y ha elegido una vida basada en valores personales más bien que comerciales. Espiritualmente, su ataque de RET sobre la auto-censura ha creado un mundo interior de auto-aceptación que actualmente mantiene a través de su religión.

EPILOGO

Los problemas de auto-estima son uno de nuestros enemigos más viejos y peores —el precio que pagamos por ser la única especie animal con auto-conciencia—. En estos años 2000 hemos sabido que el enemigo está dentro de nosotros, que ciertas interpretaciones de los sucesos llevan a la perturbación emocional; pero hasta ahora hemos hecho poco hincapié en este fenómeno. Parece adecuado que la misma capacidad cognitiva por la que nos hemos censurado durante tiempo vuelva hacia la lógica y la razón para la obtención de auto-aceptación, felicidad, y satisfacción. Este es un ideal que vale nuestros mejores esfuerzos, y nuestra salud emocional está avanzando hacia ese resultado.

REFERENCIAS

- Adler, A. *The practice and theory of individual psychology*. New York: Harcourt, 1927.
- Adler, A. *Understanding human nature*. New York: Fawcett World, 1974.
- Beck, A. T. *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1972.
- Beck, A. T. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press, 1976.
- Berger, E. Irrational self-censure: The problem and its correction. *Personnel and Guidance Journal*, 1974, 53(3), 193-198.
- Berne, E. *Games people play*. New York: Grove Press, 1964.
- Branden, N. *Psychology of self-esteem*. New York: Bantam, 1971.
- Coopersmith, S. *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: W. H. Freeman, 1967.
- Ellis, A. Razón y emoción en psicoterapia. Bilbao: Desclée De Brouwer, 1975.
- Ellis, A. *Sex without guilt*. New York: Lyle Stuart, 1965.
- Ellis, A. *Growth through reason*. Hollywood, Calif.: Wilshire Books, 1973.
- Ellis, A. *Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach*. New York: McGraw-Hill, 1974.
- Ellis, A. *How to live with a «neurotic.»* New York: Crown, 1975.
- Ellis, A. RET abolishes most of the human ego. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1976, 13(4), 343-348.
- Ellis, A. *How to live with and without anger*. New York: Thomas Y. Crowell, 1977. (a)
- Ellis, A. Rational-emotive therapy: Research data that supports the clinical and personality hypotheses of RET and other modes of cognitive-behavior therapy. *The Counseling Psychologist*, 1977, 7, (1), 2-42. (b)
- Ellis, A., & Harper, R. A. *A new guide to rational living*. Hollywood, Calif.: Wilshire Books, 1975.
- Ellis, A., & Knaus, W. *Overcoming procrastination*. New York: Institute for Rational Living, 1977.

- Freud, S. *Collected papers*. New York: Collier, 1963.
- Fromm, E. *Man for himself*. New York: Rinehart, 1967.
- Gibran, Kahlil. *The prophet*. New York: Knopf, 1976.
- Grieger, R. M. An existential component of anger. *Rational Living*, 1977, 12(2), 3-8.
- Grieger, R.M., & Boyd, J. *Rational-emotive therapy: A skills-based approach*. New York: Van Nostrand Reinhold, 1979.
- Horney, K. *Neurosis and human growth*. New York: W.W. Norton, 1950.
- James, W. *Principles of psychology*. New York: Holt, 1890.
- Jung, C. *The practice of psychotherapy*. New York: Pantheon Press, 1954.
- Mead, G. H. *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press, 1934.
- Perls, F. *Gestalt therapy verbatim*. Lafayette, Calif.: Real People Press, 1969.
- Rogers, C. R. *Client-centered psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin, 1961.
- Schneider, D. J., & Turkat, D. Self-presentation following success or failure: Defensive self-esteem. *Journal of Personality*, 1975, 43, 127-135.
- Seligman, M. *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: W. H. Freeman, 1975.
- Sullivan, H. S. *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: W. W. Norton, 1953.

10

Aplicación de la Terapia Racional-Emotiva a los Problemas de Amor*

Albert Ellis

La terapia racional-emotiva (RET) en su mayor parte es una teoría y una práctica de relaciones interpersonales y lo más probable es que nunca hubiera sido creada y desarrollada si yo no hubiera estado dedicado de lleno, desde la infancia hasta el presente, a mis propios problemas de amor y de relación (Ellis, 1949a, 1946b, 1983). Debido a mi interés personal en el amor, estuve motivado a desarrollar una cantidad considerable de investigación sobre la emoción del amor como pionero (Ellis, 1949a, 1949b, 1949c, 1950, 1951, 1954, 1961). También empecé en 1955 a centrar el trabajo clínico de la RET en ayudar a la gente con sus problemas de amor, maritales, y sexuales (Ellis, 1957, 1958, 1960, 1962, 1963a, 1963b, 1965b, 1965c, 1972, 1973c, 1975b; Ellis y Harper, 1961a, 1961b). Algunos de los primeros clínicos de la RET también se dedicaron a los problemas de amor y a las relaciones interpersonales e hicieron contribuciones significativas a estas áreas (Ard, 1967; Ard y Ard, 1969; Blazier, 1975; Demorest, 1971; Grossack, 1976; Harper, 1960, 1963; Harper y Stockes, 1971; Hauck, 1972, 1975, 1977, 1981; Hibbard, 1975, 1977; Maultsby, 1975; McClellan y Stieper, 1973; y Shibles, 1978).

Como resultado de este énfasis, la RET ha estado siempre especialmente interesada en el diagnóstico y tratamiento de los problemas de amor, en este capítulo expondré las teorías y prácticas más relevantes.

AMOR SUPER-ROMANTICO

El amor romántico, apasionado, o el enamoramiento exagerado ha existido desde tiempos inmemoriales, pero recibió un empuje enorme en la Edad Media y

* Este capítulo fue originalmente publicado en Albert Ellis y Michael Bernard (Eds.), *Clinical Applications of Rational Emotive Therapy* (New York: Plenum, 1985).

ha llegado a ser un requisito necesario para el emparejamiento o el matrimonio en el siglo veinte (Burgess y Locke, 1953; de Rougemont, 1956; Ellis, 1954, 1961; Ellis y Harper, 1961a; Finck, 1987; Falsom, 1935; Hunt, 1959; Lucka, 1915; Murstein, 1974). Tiene grandes ventajas, ya que los que aman románticamente experimentan a menudo sentimientos extremadamente placenteros y están motivados a grandes obras y excepcionales esfuerzos.

Los amores románticos se reconocen porque encierran varios factores significativos, especialmente la idealización del amado; un alto grado de exclusividad; sentimiento intenso de apego, generalmente con un fuerte componente sexual; la convicción poderosa de que el amor durará para siempre; obsesionarse con pensamientos del amado; un fuerte deseo de unirse con el amado; una urgencia para hacer y sacrificar casi cualquier cosa para ganar al amado; la convicción de que el amor romántico es la cosa más importante del mundo; y la creencia de que uno puede prácticamente fundirse con el amado y llegar a ser uno con el otro (Christie, 1969, Ellis, 1949a, 1949b, 1949c, 1950, 1951, 1954; 1961; Hunt, 1959; Katz, 1976; Kremen y Kremen, 1971; Stendhal, 1947; Tennov, 1979).

Los fieles del romance tienden a crear y mantener un número de creencias irracionales (Ci) o mitos que interfieren con sus relaciones íntimas y con su felicidad. A continuación se presentan como ejemplos algunos de los mitos románticos comunes de nuestra cultura:

1. Pueden amar apasionadamente a una, y sólo a una persona a la vez (Ellis, 1954).
2. El amor romántico verdadero dura toda la vida.
3. Los sentimientos profundos de amor romántico aseguran un matrimonio estable y compatible.
4. El sexo sin amor romántico no es ético ni satisfactorio. Amor y sexo siempre van juntos (Bach y Wyden, 1969; Ellis, 1954, 1961).
5. El amor romántico puede utilizarse fácilmente para desarrollar y crecer en las relaciones maritales.
6. El amor romántico es muy superior al amor conyugal, al amor de amigos, al amor no sexual, y a otras clases de amor, y su existencia será dura si no lo experimentas intensamente.
7. Si pierdes a la persona que quieres románticamente debes sentirte profundamente afligido o deprimido durante un largo período de tiempo y no puedes experimentar amor de nuevo de forma legítima hasta que haya finalizado el luto.
8. Es necesario percibir amor todo el tiempo para reconocer que alguien te ama (Katz, 1976).

Cuando la persona fielmente mantiene estas clases de mitos tiende a ponerlos dentro de reglas personales de conducta y los mete dentro de *deberías* y de *tendrías que* absolutistas. Así se dicen a sí mismos (o lo creen implícitamente), «Debo amar románticamente sólo a una persona al tiempo y soy un sinvergüenza si amo a otras personas simultáneamente». «Me casaré sólo con una persona a la que ame románticamente y me sentiré desolado si el otro no se adapta a mí». «Mis sentimientos románticos deben durar siempre, y hay algo que no marcha bien en mis sentimientos si se marchitan después de un espacio relativamente corto. Eso demuestra que no

amo *realmente*». «Si no experimento amor romántico intenso y duradero, no puedo sentirme satisfecho con otros tipos de sentimientos amorosos, a lo sumo tendré una existencia medianamente feliz». «Mi compañero debe amarme total y apasionadamente todo el tiempo o sino es que no me ama realmente».

La RET, utiliza dos modos principales de debatir cuando se encuentra con románticos altamente irrealistas que se convierten a sí mismos en ansiosos, depresivos, hostiles, o con compasión de sí mismos debido a su posesión de mitos y creencias irracionales como las que han sido expuestas anteriormente:

1. Muestra a la gente cómo sus creencias son anti-empíricas y les ofrece evidencia sobre su invalidez. Así, se presenta datos de que uno puede amar positivamente a dos o más personas simultáneamente (Murstein, 1974); que el amor romántico genralmente se marchita, especialmente cuando los amantes viven juntos (Finck, 1887); que los sentimientos profundos de amor no sólo no asegura un matrimonio estable y compatible sino que a menudo interfieren con él (de Rougemont, 1956); y que ese amor romántico no significa siempre que sea superior y que produzca más felicidad que otras clases de amor (Lederer y Jackson, 1968).

2. Como hace con las creencias irracionales de las personas en relación con otros aspectos de sus vidas, la RET en particular revela y debate sus *deberías* y *tienes que* absolutistas acerca del amor romántico. Les muestra que, independientemente de lo mucho que *preferan* compromisos apasionados, será inconveniente, lamentable y deplorable en alto grado pero no será *horrible* y *terrible* (Ellis, 1957, 1962, 1975b, 1984; Ellis y Becker, 1983; Ellis y Grieger, 1977; Ellis y Harper, 1975).

Además de estas técnicas cognitivas para ayudar a las personas a renunciar a sus mitos y *deberías* contraproducentes acerca de su amor romántico, la RET utiliza otros métodos emotivos y conductuales. De este modo, puede mostrar a los clientes que su relación con su terapeuta es no-romántica pero no obstante es satisfactoria y útil; demuestra que el terapeuta puede respetarlos y aceptarlos *tanto si* son felices románticamente *como si no*; les asigna tareas *in vivo*, tales como permitirse a sí mismos llegar a estar románticamente enganchados con algún compañero «inadecuado» y ver que no tiene que vivir con o casarse con este compañero; y puede proporcionarles entrenamiento en habilidades para ayudarles a encontrarse con, comunicarse con, y ganar al amor de compañeros románticos (Ellis, 1962, 1973b, 1976, 1979b, 1984). Especialmente trata con amores obsesivo-compulsivos, como se muestra en la siguiente sección de este capítulo.

AMOR OBSESIVO-COMPULSIVO, O «AMOR-ADICTO» (1)

El amor obsesivo-compulsivo extremo, o lo que Tennov (1979) ha llamado «amor-adicto» es en general pero no necesariamente romántico. Así, una madre puede amar obsesivamente a su hijo o hija, un patrón puede amar su trabajo compulsivamente, y un adolescente puede obsesiva y compulsivamente adorar a

(1) N.T.: Traducimos el neologismo inglés «Limerence» por el español «amor-adicto», ya que este último reúne las principales características que atribuye Tennov al primero.

sus amigos del mismo sexo sin querer tener relaciones sexuales o casarse con este amigo. Pero en gran parte, sin embargo, «amor-adicto» es una forma extrema de amor romántico que frecuentemente incluye:

1. Conductas perturbadas tales como pensar obsesiva e intensamente acerca del amado;
2. La imperiosa necesidad de reciprocidad;
3. Oscilaciones de humor dependiendo de la interpretación que da el que ama sobre la reciprocidad del amado;
4. Sentimientos severos de ansiedad y depresión cuando el amado no parece corresponder al amor de uno;
5. La idealización del amado y la negativa de ver o aceptar alguno de sus defectos.
6. El ansia de hacer cosas temerarias para ganar o conservar el favor del amado (Tennov, 1979).

De acuerdo con la RET, el amor obsesivo-compulsivo o amor-adicto normalmente incluye que el que ama tiene de manera fiel y absolutista una o más de estas creencias irracionales (Ci):

1. «Debo tener la reciprocidad de mi amado, o sino ¡soy una persona inadecuada, indigna!»
2. Es *horrible* perder a mi amado. *¡No puedo aguantarlo!»*
3. «Si mi amado no tiene interés por mí, o si muere, la vida no tiene valor y ¡mejor sería estar muerto!»
4. «Mi amado es el *único* en el mundo para mí, y *¡sólo* su amor puede hacerme a mí y a mi vida valiosos!»
5. «Porque *debo* ganar el favor de mi amado y *tengo que estar triste sin él, vale cualquier cosa*, incluso arriesgar seriamente mi vida, para ganarlo»

Estas Ci se han descrito a lo largo de toda la literatura de la RET (Ellis, 1962, 1973b, 1973c, 1979b, 1984; Ellis y Grieger, 1977; Ellis y Whiteley, 1979).

La RET emplea diversos métodos cognitivos para ayudar a la gente a vencer sus perturbaciones obsesivo-compulsivas acerca del amor, a continuación se describen un buen número de ellos:

1. Les enseña a debatir activa y persistentemente sus creencias irracionales (Ci) y a cambiarlas por preferencias relativas (Ellis, 1957, 1962, 1973a, 1973b, 1975b, 1984).
2. La RET muestra cómo usar las creencias racionales (Cr) o afirmaciones de enfrentamiento y cómo analizarlas detenidamente y seguir repitiéndolas hasta que las sientan verdaderamente. Son típicas auto-afirmaciones racionales: «¡Me gustaría tener la reciprocidad de mi amado, pero no la *necesito* para vivir y ser feliz», «¡Sería *mala suerte* perder a mi amado, pero no llegaría a ser *horrible* y podría aguantarlo», «¡Mi amado no es el *único* al que puedo cuidar y podría tener una existencia satisfactoria incluso si *no* me amase»
3. La RET enseña a la gente a usar las técnicas de distracción cognitiva —tales como el método de relajación progresiva de Jacobson (1942), el Yoga, o la meditación— para desviarles de pensamientos no adaptados acerca de su amado.

4. La RET muestra a los que aman obsesiva-compulsivamente cómo pueden querer *también* a otras personas además de a su amado «verdadero» y pueden de este modo ser menos obsesivo.

5. La RET ayuda a las personas a redactar una lista y revisar con firmeza diversas desventajas de su apego excesivo a su amado y las distintas ventajas, beneficios, y compromisos de querer a alguna otra persona, que les ayuda a llegar a estar menos obsesionados con un amado especial.

6. La RET muestra en concreto a los que quieren obsesiva-compulsivamente (o «amor-adictos») a trabajar en sus síntomas secundarios de la perturbación. En el nivel primario, se vuelven más obsesivos y compulsivos; y a continuación, de forma secundaria, se dan cuenta de ello y se auto-envían creencias irracionales (Ci) tales como, «¡No *debo* estar obsesionado! Es estúpido ser irracional en el amor, y por lo tanto soy un *estúpido, una persona inútil!*» La RET les muestra cómo debatir estas Ci de auto-destrucción preguntándose a sí mismos «¿Por qué *debo* no estar obsesionado?» y «¿Dónde está la evidencia de que soy una *persona estúpida, inútil* por ser compulsivo en el amor?» Por lo tanto se les ayuda a aceptarse a pesar de su conducta absurda, la RET alivia sus perturbaciones secundarias y les da un «tiempo muerto» para trabajar sobre ellas y abandonar sus ataduras obsesivo-compulsivas primarias (Ellis, 1962, 1979a, 1980; Ellis y Harper, 1975).

La RET también emplea diversos métodos conductuales con los individuos que aman de forma obsesivo-compulsiva. Para empezar, los seguidores de la RET esperan aceptar a tales amantes incondicionalmente, a pesar de su disparatada adición al amor. Después, a través de métodos de role-playing, la RET les enseña a resistir las demandas no razonables de sus compañeros; les asigna la tarea de resistirse a estas demandas y les enseña a reforzarse a sí mismos por resistirse; o a penalizarse (por ejemplo quemando el dinero) cuando dan demasiada rienda suelta a dar vueltas sobre su amado o telefonarle con demasiada frecuencia (Ellis y Abrahms, 1978).

CELOS Y POSESIVIDAD

Podemos distinguir entre dos formas de celos: racionales e irracionales. Estamos racionalmente celosos cuando deseamos una relación continua, y a veces monogáma con nuestro amado y cuando estamos preocupados porque esta relación está rota porque ama (o presta demasiada atención) a alguien más, en consecuencia nos priva de la presencia del amor y probablemente nos amenaza con perderlo completamente. Cuando estamos racionalmente celosos, nos sentimos frustrados y decepcionados cuando nuestro amado presta «demasiada» atención a los otros, pero no estamos gravemente perturbados.

Estamos irracional (o insensatamente) celosos cuando demandamos o imponemos de forma absolutista que nuestro amado siempre nos cuide y nos preste atención exclusivamente a nosotros y cuando estamos horrorizados con la idea de que está ligado emocionalmente y quizá nos abandone por otra persona. Con celos irracionales, tendemos a sentirnos seriamente ansiosos, hostiles, y/o deprimidos; rumiamos obsesivamente acerca del grave peligro de perder a nuestro amante; somos suspicaces a sus atenciones; seguimos demandando muestras y palabras de

afecto; e intentamos estar con el amado practicamente todo el tiempo (Clanton y Smith, 1977; O'Neill y O'Neill, 1972).

La RET presupone que las personas celosas y posesivas insensatamente tienden a tener diversas creencias irracionales (Ci) mantenidas dogmaticamente que crean su celotipia, tales como:

1. «¡Debo tener una garantía de que me amas fuertemente sólo a mí y continuarás haciendolo así indefinidamente!»
2. «Si tu no me amas como yo te amo, debe haber algo extraordinariamente malo en mí, y por eso apenas merezco tu afecto».
3. «Debido a que te amo intensamente y sigo estando dedicado a tí, tienes que devolver mi amor siempre, si no me causarás un gran sufrimiento, y entonces serás una persona vil y detestable».
4. «A no ser que tenga la absoluta certeza de que me adoras y de que siempre será así, mi vida es demasiado confusa y desagradable y apenas parece valioso continuar con ella» (Ellis, 1972a; Harper, 1963; Hauck, 1981).

Cuando las personas son irracionalmente celosas, la RET en particular intenta ayudarles a reconocer sus creencias irracionales (Ci) y cambiarlas por creencias racionales (Cr). De este modo, les muestra cómo debatir sus irracionalidades y finalizar con estas filosofías más realistas y no dogmáticas de amor y vida:

1. «Me gustaría mucho que tu me cuidaras a mí como yo te cuido a tí, pero no hay razón para que tú tengas que hacerlo así. Todavía puedo ser feliz, aunque no tan feliz, si no lo haces.»
2. «Puedes bien ser el mejor compañero de amor que yo probablemente encuentre durante mi vida y por lo tanto valoro mucho tu amor y tu compañía. Pero si de algún modo te pierdo, puedo casi con certeza amar a otros y lograr una relación amorosa, satisfactoria con uno de ellos».
3. «Aunque te amo tiernamente y soy bastante servicial al dedicarme a tí, mi amor no te obliga a amarme en recompensa o restringirte a mí. Tienes perfecto derecho a tus propios sentimientos y conductas con respecto a mí, y puesto que no puedo hacer que tú los cambies, intentaré aceptarlos como mejor pueda y a pesar de ello seguir amándote».
4. «Si me mientes o niegas los sentimientos de amor que dices que me tienes y traicionas nuestra relación, consideraré tu conducta poco cariñosa e indigna de confianza, pero no te condenaré como persona por actuar de esta manera indeseable» (Ellis, 1972a; Harper, 1963; Hauck, 1981).

La RET usa otros métodos cognitivos para ayudar a la gente a combatir sus sentimientos contraproducentes de celotipia:

1. Les anima a hacer una lista comprensiva de las desventajas de los celos, la posesividad, y el odio y una lista de las ventajas de los celos racionales y de los sentimientos de preocupación y frustración. También les anima a hacer una lista de las ventajas de lo conveniente de las relaciones abiertas que permiten a ambos compañeros comprometerse en relaciones no monogámicas y revisar estas ventajas cuidadosamente cuando uno de los compañeros sienta celos. Alguna de

las ventajas de las relaciones abiertas son (a) les conduce a una gran variedad de experiencias sexuales y amorosas y al alivio del aburrimiento y la monotonía, (b) proporciona a ambos compañeros máxima libertad y mínima restricción, (c) les proporciona satisfacciones cuando los dos cónyuges están separados durante algunos días o semanas, (d) a veces ayuda a los cónyuges a apreciarse mutuamente más y llegar a estar más cercanos y confiados, (e) pueden proporcionar amor y experiencias sexuales y aprender que pueden ayudarse significativamente ambos compañeros a crecer y madurar y relacionarse mejor uno con otro, (f) pueden satisfacer la curiosidad de los compañeros que previamente han tendido amor y experiencias sexuales restringidas, (g) pueden compensar la privación sexual y/o amorosa de uno de los cónyuges que puede tener impulsos libidinosos más altos que el otro compañero, y (h) pueden ayudar a construir los sentimientos de auto-eficacia o confianza en la ejecución de los compañeros relativamente inexpertos.

2. La RET enseña a los amantes celosos cómo asignar un tiempo específico del día y/o tiempo-limitado durante el cual permitirse dar rienda suelta a los pensamientos celosos cada día. Por ejemplo, pueden permitirse dar rienda suelta a sus reflexiones celosas (y ¡homicidas!) de 8:00 a 8:15 de la tarde cada día y pueden forzarse a sí mismos a pensar en otras cosas durante el resto del tiempo.

3. La RET anima a leer artículos y libros que muestran a las personas celosas que es posible vivir intensamente y no sentir celos irracionales. Así, se recomiendan libros como *Sex without Guilt* (Ellis, 1958), *The Civilized Couple's Guide to Extramarital Adventure* (Ellis, 1972a), *Infidelity* (Boylan, 1971), *Jealousy* (Clanton y Smith, 1977), *Over Coming Jealousy and Possessiveness* (Hauck, 1981) y *Open Marriage* (O'Neill y O'Neill, 1972).

Emotivamente, la RET usa varios métodos para ayudar a la gente a renunciar a sus sentimientos de celos insanos, uno de los cuales es emplear la imaginación racional-emotiva (Maultsby, 1975; Maultsby y Ellis, 1974). Con uno de mis últimos clientes la usé como sigue:

TERAPEUTA: Cierra los ojos. Ahora imagina, tan intensamente como puedas, que tu mujer está realmente, como a veces piensas que lo está, teniendo una aventura con uno de tus mejores amigos y que ella le quiere muchísimo pero continua negando que tiene algún interés por él. Pero tú encuentras cartas de amor suyas para él, confirmando que está enamorada de él y que tiene relaciones sexuales regulares con él. ¿Puedes imaginar con viveza este suceso?

CLIENTE: ¡Facilmente! A menudo imagino algo parecido a eso.

TERAPEUTA: Bueno, ¿cómo te sientes, honestamente, cuando te imaginas esto con viveza?

CLIENTE: Muy indignado. ¡A punto de cometer un asesinato!

TERAPEUTA: ¡Bien! Ahora continua imaginando este suceso y mientras lo haces así, sientete sólo desilusionado, sólo apenado —pero no enfadado y homicida.

CLIENTE: Tengo dificultad para cambiar mis sentimientos.

TERAPEUTA: Lo se, es duro, pero puedes hacerlo. Se que puedes hacerlo. Ahora cambia tus sentimientos sólo por desilusión y tristeza.

CLIENTE
(DESPUES DE
UNOS POCOS
MINUTOS): Conforme.

- TERAPEUTA: ¿Estás sintiendo en este momento *sólo* desilusión y tristeza y no indignación?
¿Es así?
- CLIENTE: Sí.
- TERAPEUTA: ¡Muy bien! Abre los ojos. Ahora ¿Cómo lo haces? ¿Cómo haces para cambiar tus sentimientos? ¿Qué hiciste para cambiar tus sentimientos?
- CLIENTE: Yo... pienso que les veo hacer el amor... y en nuestra propia cama, donde mi mujer y yo dormimos, y ¡me pongo rabioso!, pero me relajo y consigo estar menos enfadado.
- TERAPEUTA: Eso funcionará. La relajación se llevará tu ira, pero no hace que te sientas desilusionado. ¿Qué hiciste para sentirte sólo desilusionado?
- CLIENTE: Oh, si, claro. Después de relajarme me dije a mi mismo, «Eso es realmente muy malo, no puedo confiar en ella. Pero ella tiene derecho a amar a quien quiera, incluso a él. Odio que haga el amor con él. Pero es sólo triste, no es el fin del mundo, y si ella sigue con él, encontraré otra mujer que realmente me quiera».
- TERAPEUTA: ¡Eso ha estado muy bien! Ahora lo que quiero es que continúes haciendo lo que hiciste, imaginación racional-emotiva, al menos una vez al día durante los próximos treinta días. Primero imaginas lo peor y te dejas sentir muy celoso, muy enfadado. Luego cambias tus sentimientos por desilusión y tristeza, de la misma forma que acabas de hacer y de otras formas que se te irán ocurriendo. Hay muchas cosas que puedes decirte para crear sentimientos de desilusión. La tuya ha sido una buena forma, pero puedes encontrar otras.
- CLIENTES: ¿Puedo?
- TERAPEUTA: Sí, puedes. A partir de ahora harás esta imaginación racional-emotiva al menos una vez al día durante los próximos treinta días hasta que llegue a ser prácticamente automático el sentirte de forma apropiada, desilusionado en vez de inapropiadamente homicida cuando imaginas a tu mujer siendo infiel.
- CLIENTE: Si lo haré. Pero supongo que empezaré sintiendo ansiedad e inseguridad en vez de ira.
- TERAPEUTA: Oh, bueno. Esos sentimientos acompañan generalmente los celos. Si los sientes, haces el mismo proceso; te llevas a sentirte muy ansioso e inseguro y después cambias los sentimientos por otros de preocupación real acerca de la posibilidad de perder a tu mujer —pero no de ansiedad o sobrepreocupación—. Sientete muy pesaroso por su posible pérdida, pero no autoderrumbado. ¿Entendido?
- CLIENTE: Sí. Creo que sí.
- TERAPEUTA: Bueno. Desde ahora vas a practicar la imaginación racional-emotiva al menos una vez al día durante los próximos treinta días.

También, de forma emotiva la RET usa el role-playing para ayudar a los clientes celosos a confrontar y trabajar hacia las situaciones que provocan celos. Les muestra cómo decirse a sí mismos, muy energicamente, frases de enfrentamiento tales como «*Quiero* que mi cónyuge me ame a mí y sólo a mí, ¡pero todavía puedo ser feliz si no lo hace!» Les ofrece aceptación incondicional, incluso cuando son muy celosos por tonterías y les enseña a aceptarse así mismos por completo cuando se encuentran en su peor momento en este aspecto.

En el aspecto conductual, la RET asigna a los clientes tareas que les ayudan a contradecir sus pensamientos y sentimientos celosos. Así, les anima a quedar con compañeros que están también implicados emocionalmente con otros compañeros. A veces, les anima a organizar una relación abierta con un compañero, en el curso de la cual pueden trabajar activamente hacia alguno de sus sentimientos celosos. La RET tiende a ratificar las reglas de Taylor (1982), que aconseja a los amantes celosos: (1) No espiar o curiosear. (2) No enfrentarse o entraparse. (3) Cuando pienses que tu compañero está teniendo una aventura, no tomes parte de ello. O, como añadiríamos en la RET, si estás decidido a enfrentarte o inmiscuirte en una aventura del compañero, primero deshace de tu hostilidad y de gimotear compasión de tí mismo, y después, y sólo después, enfrenate.

Usando, por lo tanto, diversos métodos cognitivos, emotivos y conductuales, la RET ayuda a la gente a conservar los sentimientos racionales o apropiados de celos, empujefeciendo los celos y la posesividad insensata e irracional.

ENCONTRAR COMPAÑEROS ADECUADOS

Ya que las relaciones amorosas satisfactorias son a menudo difíciles de encontrar, debido a que la mayoría de las personas son mucho más selectivas con respecto al amor de lo que son acerca del compañerismo y del sexo, y debido a que los compañeros de amor a largo-plazo y a alto-nivel son difíciles de mantener, literalmente millones de candidatos a ser ese amor raramente o nunca disfrutan esa intimidad duradera. Es importante bloquear la timidez, la no asertividad social, y el miedo al rechazo, para encontrar compañeros de amor adecuados, y la RET se ha especializado siempre en ayudar a las personas a vencer sus bloqueos.

La gente que se bloquea a sí misma por encontrar un buen número de compañeros potenciales y por reducir quizá sus relaciones íntimas a uno o a unos pocos, casi siempre tienen arraigada la misma clase de Ci, que aquellas que poseen otros individuos trastornados, especialmente estas tres: (1) «¡Debo ganar la aprobación de todos los amores altamente deseables que encuentro, y si no soy bastante inútil!» (2) «¡Los compañeros que elijo deben ser considerados y amarme y son personas despreciables si no!» (3) «Las condiciones deben estar organizadas de tal forma que encuentre fácil y suavemente amores potenciales; ¡y es horrible y no puedo soportarlo cuando estas condiciones son bastante difíciles y cuando ponen bloqueos reales en mi camino!» La RET muestra a los amantes aspirantes tímidos e indecisos que están manteniendo estas Ci explícitas o implícitamente y les enseña métodos activos de debatirlas y vencerlas (Ellis, 1957, 1962, 1971, 1973b, 1973c, 1975b, 1984).

El siguiente es un ejemplo de un diálogo cognitivo que un practicante de la RET probablemente tendría con una cliente que quisiese encontrar un hombre con el que pudiese relacionarse emocionalmente pero que raramente haría nada por iniciar o facilitar los encuentros.

- TERAPEUTA: Cuando ves la posibilidad de estar con un hombre atractivo y bien parecido en un baile, una fiesta, u otra situación social, y quieres conversar con él pero huyes de esa situación, ¿qué te dices a tí misma para batirte en retirada?
- CLIENTE: Me digo que no es para mí, que ya tiene una mujer; o cualquier cosa parecida a esa.

- TERAPEUTA: Bien, eso es una racionalización. Tu te das a ti misma una excusa, algo que parece ser plausible (pero realmente no lo es), para no tener que hablar con él. ¿Pero cual es la *razón* que está detrás de la racionalización? ¿Qué estás diciendote realmente; que hace que tengas miedo de hablar con él?
- CLIENTE: No lo sé.
- TERAPEUTA: ¡Si lo sabes! «Si lo intento y le hablo...» ¿Qué?
- CLIENTE: «Puede que no le guste. Puede que me rechace»
- TERAPEUTA: ¡De acuerdo! Eso es lo que estás diciendote. «¿Y si no le gusto, si me rechaza...?» ¿Qué?
- CLIENTE: «Nunca conseguiré a nadie que deseo. Ningún hombre bueno me querrá».
- TERAPEUTA: Sí, eso es lo que te estas diciendo. Pero esa es una afirmación antiempírica o no realista que sigue de alguna filosofía absolutista, de algún tendría que o debería. ¿Cual piensas que es la filosofía absolutista?
- CLIENTE: «Nunca *debo* ser rechazada por un hombre al que realmente deseo. *Tendría* que tener siempre éxito con ellos. De otra forma, soy antipática y nunca conseguiré a nadie».
- TERAPEUTA: Bien. Ahora vamos a revisar ese juego de creencias irracionales. En A, el suceso activador, encuentras un hombre con el que realmente te gustaría hablar, probablemente salir, y quizá eventualmente hacer el amor. En B, tu juego de creencias irracionales, te dices que no *debes* ser rechazada por él o por ningún otro hombre decente; que *tendrías* que tener éxito con todo hombre que es bueno para tí. A continuación, en C, la consecuencia emocional y conductual, te sientes ansiosa y te retiras y rehusas hablar con este hombre.
- CLIENTE: Sí, esa es la forma en la que parece que sucede siempre.
- TERAPEUTA: Esa es la forma que *haces* que suceda. Pero vas a conseguir hacerlo de otra manera. Vamos a ayudarte a acercarte a muchos o a la mayoría de los hombres que encuentres deseables.
- CLIENTE: ¿Cómo?
- TERAPEUTA: Primero, vamos a actuar sobre D —discutir—. Vamos a hacer ahora un debate activo. Lo primero de todo. ¿Por qué *debes* conseguir a todos los hombres deseables que te encuentras? ¿Donde está escrito que no *tendrías* que ser rechazada por ellos?
- CLIENTE: Uh... supongo que no tengo que.
- TERAPEUTA: «¡Pero realmente *debería!*»
- CLIENTE (RISAS): Sí. Supongo que siento que realmente debería.
- TERAPEUTA: Y ¿a donde te conducirá ese *tengo* que y ese *debería*?
- CLIENTE: A la ansiedad y a retirarme.
- TERAPEUTA: ¡Exactamente! Pero tu has de revisar mejor eso, mostrartelo mejor, muy cuidadosamente y en detalle, que, mientras insista en que *debes* hacerlo bien y conseguir lo que quieres, estarás siempre inevitablemente ansiosa y te retirarás.
- CLIENTE: Mmmm.
- TERAPEUTA: Sí ¡Mmmm! ¿Suponte que no consigues a ese hombre atractivo —realmente lo intentas y no obstante no lo consigues? ¿Cómo te sentirás entonces?
- CLIENTE: ¡Horrible!
- TERAPEUTA: ¿Por qué sería *horrible* ser rechazada?

- CLIENTE: Porque no me gustaría.
- TERAPEUTA: Eso es por qué sería *malo e incómodo*. Una patada en el trasero. ¿Pero por qué esa maldad sería horrible?
- CLIENTE: Bien, supongo que realmente no sería.
- TERAPEUTA: ¿Por qué no sería?
- CLIENTE: Bien... uh... porque sería sólo realmente molesto y hay otros hombres disponibles.
- TERAPEUTA: Estupendo. Y si fuese *horrible*, sería *totalmente* malo o molesto —o 101% malo—. ¡Y difícilmente es así! No importa lo molesto que sea, siempre puedes vivir y ser feliz con probabilidad, y después buscar algo menos inconveniente.
- CLIENTE: Sí, supongo que sí.
- TERAPEUTAS: ¡Lo dirías mejor con más entusiasmo!
- CLIENTE: Sí, conjeturo que podría ser feliz sin este hombre. Pero presumo que *nunca* conseguiré un buen amante o marido. ¿Podría *entonces* ser feliz?
- TERAPEUTA: ¿Por qué no? Tu no serías *tan* feliz como si consigues uno. Pero indudablemente podrías ser feliz de *alguna* forma, ¿no es así?
- CLIENTE: Oh, sí. Veo lo que quieres decir. Incluso si nunca tuviera éxito en el amor podría todavía ser feliz de otras formas, con otras cosas.
- TERAPEUTA: Efectivamente.

De esta forma, cognitiva y filosóficamente, el terapeuta sigue mostrando a la cliente que puede exponerse al rechazo, y que si no lo hace es probable que sea mucho *menos* feliz que si lo hace. El practicante RET toma sus visiones absolutistas y sus derivaciones no realistas, las rompe, y le muestra cómo debatirlas y usar el método científico para continuar probándose que: (1) No *tiene* que encontrar amor; (2) no es tan *horrible* si no lo encuentra; (3) *puede* aguantar que le rechacen los hombres; (4) su valía como humano no decrece cuando es rechazada; (5) los hombres que le tratan mal cuando se encuentra con ellos son unos inconsiderados pero no son unos bastardos; y (6) sería bonito si las condiciones hiciesen fácil y agradable el encuentro con un buen número de hombres hasta que finalmente encontrase a su compañero de amor idóneo, pero el mundo no es un lugar terrible si las condiciones son difíciles y si tiene que seguir intentándolo para poder conseguir lo que quiere.

Con clientes de este tipo, la RET utiliza algunas de sus otras técnicas cognitivas comunes. Se le puede mostrar a la cliente cómo hacer una lista de todas las ventajas que tiene correr el riesgo aunque conseguirán probablemente muchos rechazos si lo hacen así, y todas las desventajas de rehusar «la comodidad» de correr tales riesgos y esperar sentados a hombres atractivos que se le acerquen. Se le puede informar sobre los mejores lugares para encontrar hombres y qué métodos de aproximación utilizar para encontrarlos. Se le puede enseñar a usar técnicas de distracción cognitiva —tales como las técnicas de relajación de Jacobson (1942)— cuando se encuentre bastante ansiosa en una situación de encuentro. Se le puede enseñar a imaginarse encuentros con hombres y hablarles de forma prolongada. Finalmente, se le puede ofrecer materiales bibliográficos para leer sobre la RET y las citas, tales como *The Intelligent Woman's Guide to Dating and Mating* (Ellis, 1979) y *First Person Singular* (Jahnson, 1977).

Con los clientes que tienen dificultades para relacionarse con otros y para encontrar compañeros de amor, la RET usa sus habituales técnicas emotivas. Estas incluyen:

1. *Auto-afirmaciones enérgicas*: Se enseña a los clientes a decirse a sí mismos, muy enérgicamente, frases tales como, «Es difícil encontrar nuevos compañeros potenciales, ¡Pero es mucho más duro si no lo intento!» «Si fallo en mis métodos de relación, ¡es demasiado terrible! ¡pero es mejor haberlo intentado y perder que nunca tener ninguna relación!»
2. *Imaginación racional-emotiva*. Se muestra a los clientes a imaginarse a sí mismos fracasando rotundamente al relacionarse con otros y sentirse sólo tristes, pesados, frustrados, y molestos, no deprimidos o auto-abatidos.
3. *Role-playing*. Hacen prácticas, a través del role-playing para encontrar compañeros que consideren adecuados y les enseña cómo se vuelven a sí mismos ansiosos, y no es necesario que se sientan así, cuando tienen encuentros.
4. *Ejercicios de ataque de la vergüenza*. Se induce deliberadamente a los clientes a hacer algo que consideran ridículo o vergonzoso en sus procedimientos de encuentro, tales como llevar un vestido estafalario o decir deliberadamente un cosa errónea. Se les muestra cómo sentirse descarados y auto-aceptarse cuando actúan así.

La RET usa diversos métodos conductuales para ayudar a los clientes a vencer su miedo a encontrar posibles compañeros de amor:

1. *Desensibilización in vivo*. Se les asigna tareas en las que se incluye que encuentren compañeros potenciales realmente al menos varias veces a la semana, hasta que lleguen a desensibilizarse al rechazo.
2. *Tareas implosivas*. Se induce a los clientes a encontrar compañeros potenciales muchas veces en un paseo —por ejemplo, 20 veces al día— hasta que pronto vean que no hay «peligro» real al hacerlo así.
3. *Refuerzos*. Se muestra a los clientes cómo reforzarse a sí mismos cada vez que llevan a cabo uno de sus encuentros en sus tareas asignadas.
4. *Castigar*. Se enseña a los clientes cómo castigarse a sí mismo cada vez que rehúen llevar a cabo un encuentro en la tarea asignada.
5. *Entrenamiento en habilidades*. Se les da a los clientes entrenamientos en habilidades (o se manda a alguien para que les entrene) que les ayudarán a encontrar a otros. Esto incluye entrenamiento en asertividad, entrenamiento en comunicación, y entrenamiento sexual.

PERDIDA DEL AMOR

Uno de los principales problemas del amor es el de perder el amor de un compañero que se elige, ya desde el principio, cuando uno ama y es rechazado por el otro, o más tarde, después de que uno ha experimentado reciprocidad durante algún tiempo y luego lo pierde porque el compañero rechaza el amor o muere. En algunos de estos casos, la pérdida de amor puede conducir a la ansiedad, depresión,

auto-compasión, auto-abatimiento, rabia o incluso (en no pocos casos) suicidio u homicidio. La teoría de la RET postula que, en la mayoría de los casos donde la gente sufre mucho al perder el amor y no se siente simplemente pesados o afligido en extremo, sino que también se auto-aborrece y auto-compadece, tiende a creer y mantener fuertemente diversas Ci, tales como:

1. «No debo ser rechazado por tí, pero si tu me rechazas hay algo radicalmente erróneo en mí, y si eso es cierto soy una persona bastante inadecuada, lo más probable es que no sea digno de ganar el amor de una buena persona ni en el presente ni en el futuro».
2. «Yo quisiera, si fuera verdaderamente atractivo y competente, ser capaz de ganar el amor de prácticamente cualquier persona que realmente quisiese; y ya que nunca he ganado o ya que he perdido el amor de mi amado, ¡soy totalmente inatractivo e incompetente!»
3. «¡Realmente soy una excelente persona, y no me aprecias y me apruebas como debieras! ¡Eres mezquino y vil por rechazarme, y tendré que ajustar cuentas contigo aunque sea la última cosa que haga!»
4. «Las condiciones deben estar organizadas de tal forma que siempre sea capaz de ganar el amor de la persona a la que realmente deseo y de modo que no tenga demasiada dificultad para conseguirlo. Cuando las condiciones están en contra mía, ¡la vida es completamente horrible, no puedo soportarlo, y no puedo ser otra cosa que totalmente despreciable!»
5. «Es completamente injusto cuando alguien que amo y que me ama muere o se separa de mí de cualquier otra forma, ¡y no puedo aguantar un mundo que es tan injusto y cruel! No hay nadie más en el mundo que pueda tener conmigo la clase de relación que tuve con esa persona. No puedo ser feliz de ninguna manera y podría incluso suicidarme!»

Cuando la gente posee estas Ci y se adhiere a ellas inflexiblemente, tenderá a sentirse emocionalmente trastornado de forma excepcional. Harán poco para continuar ganando el amor del compañero elegido; cuando este compañero sea inasequible, se sentarán y rehusarán buscar otros compañeros de amor; con frecuencia se trastornarán interfiriendo su trabajo, escuela y vida social, a menudo hasta el punto de la incompetencia. A veces se obsesionarán con la pérdida del compañero durante muchos años; compulsiva (y a menudo neciamente) seguirán haciendo cualquier cosa para intentar conseguir a este compañero de nuevo y prácticamente estarán seguros de que no tendrán ninguna clase de futuro de relación íntima con nadie más.

Como es usual, la RET emplea sus métodos cognitivos más populares y efectivos con las personas que no están meramente afligidas sino que están excepcionalmente ansiosas y deprimidas por la pérdida de amor:

1. Les muestra sus principales Ci y las debate activamente; les enseña cómo hacer esta clase de debate científico por sí mismos.
2. Les da creencias de enfrentamiento o racionales (Cr) que pueden decirse a sí mismos y pensar sobre ellas, repetidas veces, tales como, «Mi amado fué un buen compañero, pero hay siempre otros compañeros con los que puedo tener una buena relación». «La persona a la que amé y perdí tiene sus propias razones (o

prejuicios) para rechazarme, y estas razones pueden tener poco que ver conmigo o con las formas en las que actúo».

3. La RET muestra a los clientes muchas técnicas de distracción cognitiva que pueden usar cuando hayan perdido un amor, tales como la meditación, los deportes, las actividades creativas, buscar un nuevo compañero, y el absorberse en el trabajo.

4. La RET puede dar a los clientes considerable información acerca del amor y sus mitos (como se reseñó anteriormente) y puede ayudarles con técnicas prácticas de solución de problemas a utilizar para obtener nuevos compañeros en sustitución del perdido.

5. La RET ayuda a los clientes a «contrarrestar», esto es, centrarse sobre las desventajas de la persona que han perdido y las ventajas de otros posibles compañeros.

6. Muestra a la gente cómo reconstruir el rechazo y la pérdida, viéndolo como un desafío en vez de como algo horrible y fijándose en sus beneficios más que sólo en sus desventajas.

7. La RET usa la bibliografía para ayudar a los clientes a vencer su necesidad desmesurada de otra persona. Por ejemplo, recomiendan libros como *How to Break Your Addiction to a Person* (Halpern, 1982), *Letting Go* (Wanderer y Cabot, 1978), y *How to Survive the loss of a Love* (Colgrove, Bloomfield y Mc Williams, 1981). Ofrece grabaciones como *Conquering the Dire Need for Love* (Ellis, 1974), *Conquering Low Frustration Tolerance* (Ellis, 1975a), y *Twenty-two Ways to Brighten Your Love Life* (Ellis, 1983).

8. La RET en concreto muestra a los clientes a aceptarse a sí mismos con su ansiedad y horror acerca de su amor perdido, a librarse de su depresión por estar deprimidos, y a tratar su culpa sobre su ira por su amor perdido (Ellis, 1979a, 1980; Ellis y Whiteley, 1979).

La RET usa la misma clase de técnicas emotivas para vencer la depresión en la pérdida del amor como con otros problemas de amor; estas incluyen imaginación racional-emotiva (Maultsby, 1975; Maultsby y Ellis, 1979), role playing racional (Ellis y Abrahms, 1978), ejercicios de ataque de la vergüenza (Ellis, 1969, 1971) auto-afirmaciones enérgicas (Ellis, 1979), y dedicación a otros pasatiempos placenteros (Ellis y Becker, 1982). Conductualmente, se utilizan los métodos predilectos de la RET, listados con anterioridad en este capítulo, tales como desensibilización *in vivo* (Ellis, 1962; Ellis y Abrahms, 1978), refuerzo y castigo (Ellis, 1969, 1973a), entrenamiento en habilidades (Ellis, 1956, 1962, 1977d), y métodos de auto-control (Ellis, 1982).

CONSERVAR VIVO EL AMOR

Para que no se piense que la RET trata sólo con los problemas y las patologías del amor, concluiré este capítulo con alguna de sus aplicaciones al deseo humano «normal» de conservar vivo el amor. La RET se dedica a ayudar a los humanos a sobrevivir y subsistir felizmente, así se centra en el alivio de la tristeza emocional para incitar la felicidad y la auto-realización (Ellis, 1984; Ellis y Whiteley, 1979). Como parte de su énfasis de doble-espiral, primero incitando a la auto-actualización y crecimiento y segundo actuando para minimizar la perturbación, aportando pen-

samientos serios que ideen métodos de crear e intensificar sentimientos de amor y de conservar estos sentimientos vivos una vez que los ha desarrollado. Debido a las limitaciones de espacio es imposible exponer todas las aportaciones destacadas de la RET para conseguir un amor positivo, concluiré con alguna de sus contribuciones para conservar vivo el amor.

Diversos autores han escrito recientemente visiones optimistas de cómo la gente puede perpetuar infinitamente y profundizar el amor romántico en el matrimonio o en los planes de vida en común, pero tienden a definir el romance de formas totalmente irrealistas (Branden, 1982). Los terapeutas, educadores, y escritores RET tienden a tomar una visión bastante realista y no utópica, dejando al lado el tema dudoso de prolongar indefinidamente aquellos que realzan y perpetúan sus sentimientos de amor intenso:

1. Permite a tus expectativas ser optimistas, pero no las dejes excederse. Asume que puedes amar de forma *estable* y *continua* pero no *siempre* y con *éxtasis*.

2. Aunque puedes amar espontáneamente o fallar en el amor catastróficamente, comprende que la conservación de tus pasiones requiere a menudo *trabajo* no espontáneo. Trama y treta; sí, haz algún *esfuerzo* de pensamientos, emoción y conducta real para mantener tus sentimientos de amor y a veces incrementarlos.

3. Preguntate, «¿qué encuentro y qué puedo encontrar amable en mi compañero? cuáles son los rasgos positivos de este compañero sobre los que me puedo centrar? ¿cuáles son las cosas con las que puedo disfrutar con él? ¿qué pensamientos amorosos puedo tener, y qué cuidados puedo dispensar a mi amado?»

4. Practica sentimientos amorosos. Recuerda e imagina situaciones que hacen que te sientas afectuoso, cariñoso, ardiente, y deseoso. Dedica tiempo, quizá un poco cada día, pensando en estas situaciones y trabajando en tus sentimientos amorosos.

5. Deliberadamente actúa de manera amorosa hacia tu amado. Envía flores, compra regalos, escribe poemas, di palabras amorosas, cuenta a otro cuanto le quieres. No importa cómo te resulte de difícil decir «Te amo», dílo, una y otra vez (Ellis y Harper, 1961b; Hauck, 1977).

6. Planea y lleva a cabo pasatiempos agradables para los dos con tu amado, tales como leer en voz alta juntos, hacer deporte, ver una película, visitar a los amigos, hacer el amor, y acampar (Buscaglia, 1982).

7. Observa tus sentimientos de ira, irritación, resentimiento, fastidio y frustración con tu amado. Observa cuando parten de deseos o preferencias («Deseo que mi compañero sea más atento conmigo») o de demandas y órdenes absolutistas («Mi compañero *tiene que* prestarme más atención durante todo el tiempo»).

8. Si tú principalmente deseas que tu amado piense, actúe o sienta de manera diferente intenta expresar tu deseo como una preferencia, afectuosamente y sin hostilidad, animando a tu compañero a realizarlo. Si no puedes organizar este tipo de satisfacción, trabaja en aceptar tu frustración y abstente de hacer demasiado alarde de ello (Ellis, 1979b; Garrity, 1977).

9. Si te sientes resentido porque tu amado te frustra, busca tus ordenes autoritarias, tu insistencia de que *debe* absolutamente darte lo que demandas, y usa las técnicas de debatir de la RET para abandonar tus demandas. Dite vigorosamente, «*Preferiría* mucho más tener a mi compañero totalmente a mi disposición, pero él nunca *tiene* por qué hacerlo así» (Blazier, 1975; Ellis, 1977c; Hauck, 1974, 1977).

10. Si tienes baja tolerancia a la frustración acerca de las condiciones que bloquean que disfrutes totalmente con tu amado, busca tus «tienes que» y «deberías» acerca de estas condiciones y usa la RET activamente para debatirlas. Dite duramente a tí mismo, «Sería agradable si las condiciones económicas, sociales y otras me ayudarían a disfrutar más de mí mismo con mi amado, pero si se frustran o sabotean, ¡malo! ¡Pero puedo aguantarlo!»

11. Ser considerado no es lo mismo que amar, pero ciertamente ayuda. Si sales a descubrir lo que a tu amado le gusta e incitas esas preferencias y si sales en especial a descubrir lo que a tu compañero le disgusta u odia y evitas hacer esas cosas, recorrerás un largo camino para conservar su amor durante tu vida (Taylor, 1982).

12. ¡No seas compulsivamente sincero siempre! El silencio es a menudo de oro, especialmente cuando tu compañero sigue haciendo cosas irritantes que puedes aguantar. No pienses que *tienes* que hablar, expresarte, o ser totalmente sincero. Pero si él hace algo que está en contra de tus metas y valores básicos y que pueden ser cambiados, entonces gritalo.

13. ¡Conserva un buen sentido del humor! Reduce hasta el absurdo tus propias y demasiado serias ideas sobre la conducta «odiosa» de tu amado. Aprende alguna de las canciones humorísticas racionales de la RET acerca del amor y la perturbación y cantatelas fuertemente en ocasiones apropiadas (Ellis, 1977a, 1977b). Intenta, por ejemplo, estas canciones:

¡Amame, Amame, Sólo a mí!

(Con la música de «Yankee Doodle»)

Amame, amame, sólo a mí o ¡moriré sin ti!

Haz de tu amor una garantía, ¡para que nunca dude de ti!

Amame, amame totalmente, inténtalo realmente, realmente, ¡cariño!

Pero si no estás encima mío, te odiaré hasta que muera, ¡cariño!

Amame, amame todo el tiempo, a fondo y totalmente;

La vida se vuelve fangosa ¡menos cuando me amas solamente!

Amame con gran ternura sin ninguna duda o pena, ¡cariño!

Pero si me amas, algo menos te odiaré tus entrañas malditas, ¡cariño!

(Letra de Albert Ellis, © 1977 Instituto de Terapia Racional-Emotiva)

Te amo con exceso

(Con la música de «I love You Truly» de Carrie Jacobs Bond)

Te amo con exceso, cariño con exceso

Como un negro ¡persevero!

Cuando tu estás vago y actúas como un pesado,

Soy así de loco, ¡más te amo!

Te amo verdaderamente, cariño verdaderamente,

Sin aplausos y muy excesivamente,

Aunque seas ingobernable y desgarras mi corazón,

Te amo verdaderamente —porque soy un loco sin razón.

(Letra de Albert Ellis, © 1977 Instituto de Terapia Racional-Emotiva)

Soy un amor detestable

(Con la música de «Annie Laurie» de Lady Scott)

Soy un amor detestable

Que necesita que le digas

Que serás completamente mío

¡Por siempre jamás!

Si no garantizaras

Ser mío siempre

Me quejaría y gritaría y haría la vida tempestuosa,

Y después me condenaría y ¡moriría!

(Letra de Albert Ellis, © 1977 Instituto de Terapia Racional-Emotiva)

14. Admite francamente tus propios deseos e inclinaciones sexuales y de tu compañero. Reconoce que el sexo *no* es igual al coito sino que incluye muchos placeres no coitales y en colaboración con tu compañero dispón su ejecución sexual regular satisfactoria para ambos (Ellis, 1960, 1965c, 1976, 1979b).

15. Estate con y comparte con tu compañero en un grado considerable, pero intenta organizar que ambos *también* mantengáis una apreciable individualidad e identidad personal.

16. Haz esfuerzos constantes para comunicarte bien con tu amado, especialmente usando el método RET de facilitar la comunicación desarrollado por Ted Crawford (1982). Este incluye escuchar activamente a tu compañero, usar una secuencia de discusión giratoria (donde se esté seguro de entender las visiones uno del otro antes de estar de acuerdo o en desacuerdo con ellas), y eliminar los deberías y tienes que bloquean la comunicación real (Brainer, 1976; Ellis, 1983b).

17. El amor requiere algunos sacrificios, particularmente de tiempo y esfuerzo. Tu puedes amar legítimamente —estar bastante dedicado— a tu trabajo (como lo estaba Edison) o a una causa (como Lenin). Pero si tu quieres ante todo amar y ser amado por otra persona, sería mejor que estuvieses dedicado, primero, a aceptarte (y podría decir amar) a tí mismo y cuidar de tu persona. Se fiel al trabajo y a una causa —sí, algo pero no demasiado—. Trabaja duro por encontrar un compromiso y da con algún equilibrio en este aspecto (Blazier, 1975; Ellis, 1979b; Ellis y Harper, 1961b; Fromme, 1965; Kelley, 1979; Murstein, 1974).

RESUMEN Y CONCLUSION

La RET tiene sus propias teorías acerca del amor, incluyendo cómo se bloquea y cómo se satisface. En concreto tiene aplicaciones para los individuos que tienen serios problemas de amor, tales como la gente poseída por amor super-romántico, «amor-adictos» atascados en sentimientos obsesivo-compulsivos, celosos insensatos y amantes posesivos, gente que en vano interfiere con o se previene de encontrar compañeros adecuados, y aquellos que sufren angustia y depresión cuando pierden el amor. Sobre el flanco más positivo, la RET tiene cosas importantes que enseñar acerca de los deseos humanos «normales» para intensificar el amor y conservarlo vivo. Naturalmente, la RET no tiene todas las respuestas al amor o a cualquier otra cosa, pero esta haciendo contribuciones significativas a este campo fascinante de esfuerzo y cariño humano.

REFERENCIAS

- Ard, B. N., Jr. The A-B-C of marriage. *Rational Living*, 1967, 2(2), 10-12.
- Ard, B. N., Jr. & Ard, C. C. (Eds.). *Handbook of marriage counseling*. (2nd ed.). Palo Alto, Calif.: Science and Behavior Books, 1976.
- Bach, G. R., & Wyden, P. *The intimate enemy*. New York: Morrow, 1969.
- Blazier, D. C. *Poor me, poor marriage*. New York: Vantage, 1975.
- Boylan, B. R. *Infidelity*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1971.
- Brainerd, G. *Basic marriage communication training*. Pasadena, Calif.: Basic Communication Marriage Training, 1976.
- Branden, N. *The psychology of romantic love*. New York: Bantam, 1971.
- Burgess, E. W., & Locke, H. T. *The family*. New York: American Book Company, 1953.
- Buscaglia, L. *Living, loving and learning*. New York: Ballantine, 1982.
- Clanton, G., & Smith, L. (Eds.). *Jealousy*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1977.
- Colgrove, M., Bloomfield, H. H., & McWilliams, P. *How to survive the loss of love*. New York: Bantam, 1981.
- Crawford, T. *Communication and resolving discussion sequence*. Rosemead, Calif.: Unpublished manuscript, 1982.
- De Rougemont, D. *Love in the western world*. Greenwich, Conn.: Fawcett, 1956.
- Demorest, A. F. Love, romance and neurosis. *ART in Daily Living*, 1971, 1(3), 6-7.
- Ellis, A. Some significant correlates of love and family behavior. *Journal of Social Psychology*, 1949, 30, 3-16. (a)
- Ellis, A. Love and family relationships. *Journal of Genetic Psychology*, 1949, 75, 61-76. (b)
- Ellis, A. A study of the love emotions of American college girls. *International Journal of Sexology*, 1949, 3, 15-21. (c)
- Ellis, A. Love and family relationships of American college girls. *American Journal of Sociology*, 1950, 55, 550-556.
- Ellis, A. *The folklore of sex*. New York: Boni, 1951.
- Ellis, A. *The American sexual tragedy*. New York: Twayne, 1954.
- Ellis, A. *How to live with a neurotic*. New York: Crown, 1957.
- Ellis, A. *Sex without guilt*. New York: Lyle Stuart, 1958.
- Ellis, A. *The art and science of love*. Secaucus, N. J.: Lyle Stuart, 1960.

11

Factores Cognitivos en la Conducta Sexual*

Janet Wolfe y Susan Walen

Se ha dicho que, aunque el sexo es completamente natural rara vez es naturalmente completo. Esta afirmación implica que gran parte de nuestra conducta sexual supone utilizar nuevos aprendizajes. El aprendizaje puede ser normalmente entendido de dos grandes formas: aquel en el cual los artículos adquieren un nuevo significado para el individuo (condicionamiento clásico) y aquel en el cual se añaden nuevas respuestas al repertorio del individuo (condicionamiento operante). Es probable que muchos de los cambios que observamos en nuestra conducta sexual manifiesta se vean mediados por los principios del condicionamiento operante (refuerzo y castigo). La conducta sexual manifiesta, sin embargo, normalmente es producida por acontecimientos externos (por ejemplo la aproximación sexual de la pareja) o por sucesos internos (por ejemplo pensamientos sexuales o sentimientos de excitación). Estos estímulos elicitanes de la conducta sexual probablemente adquieran su significado erótico para el individuo por medio de los principios del condicionamiento clásico. De este modo, parece que las personas aprenden no solamente (a) «cómo hacer el amor», sino también, (b) dar a ciertos estímulos externos un significado sexual, e (c) identificar y etiquetar ciertos estímulos internos (excitación fisiológica) como eróticos.

Hoy en día es de conocimiento general que el mejor órgano sexual no está localizado debajo de la cintura, sino entre las orejas. La actitud cognitiva del cerebro puede aumentar o disminuir el ciclo de respuesta sexual. Las dos principales formas de conducta cognitiva que examinaremos en este capítulo son la percepción y la evaluación.

* Este capítulo fue originalmente publicado en R. Grieger e I. Grieger (Eds.), *Cognition and Emotional Disturbance* (New York: Human Sciences Press, 1982).

PERCEPCION

La percepción entraña tres procesos: detección, etiquetado y atribución. Dejenos revisar brevemente cada uno de ellos. La *detección* simplemente se refiere a la habilidad de un individuo para darse cuenta de la presencia de un estímulo o para discriminarlo de otros. Por ejemplo, una persona puede notar un cambio en su tasa cardíaca, obviamente a no ser que se cumpla este paso, el estímulo funcionalmente «no esta» para el individuo. El *etiquetado* se refiere a los descriptores que el sujeto utiliza para categorizar el suceso estimular; es una operación de clasificación. La persona que nota las sensaciones en su actividad cardíaca puede etiquetarlo como «mi corazón parece un tambor bofando». El tercer paso es la *atribución*, la búsqueda de una explicación para la percepción. La atribución elegida por el individuo dependerá en gran medida de las señales del contexto (Schachter y Singer, 1962). Usando el ejemplo precedente, el corazón latiendo como un tambor puede atribuirse a «un verdadero amor» o al miedo, dependiendo, al menos en parte, de las señales situacionales del momento.

La percepción, sin embargo, es un proceso de acumulación de datos correctos y de la extracción de conclusiones fiables de esos datos. En cierto sentido, el receptor funciona como un acumulador de datos y mas vale que coincida científicamente la exactitud de su realidad comprobada. La falta de habilidad para detectar un estímulo sexual, un etiquetado incorrecto o una mala atribución del mismo puede impedir de manera significativa la ejecución sexual.

Aaron Beck (1976, 1978) ha dedicado una buena parte de su trabajo al estudio de los errores cognitivos en los problemas de depresión. Permitásenos extraer el trabajo de Beck del campo clínico y aplicar su utilidad a la clínica sexual. Los principales errores cognitivos descritos por Beck son los siguientes:

Abstracción selectiva: centrarse solamente en ciertos detalles de una situación compleja y utilizar el detalle para describir la experiencia completa.

Inferencia arbitraria: obtener una conclusión sin evidencia o a pesar de que exista evidencia de lo contrario.

Sobregeneralización: obtener una conclusión sobre la base de un aspecto único.

Personalización: relacionar acontecimientos con uno mismo sin evidencias claras.

Pensamiento dicotómico: clasificar los hechos en categorías uno/otro o todo/nada en lugar de como parte de un continuo.

Volveremos más tarde sobre estos errores cognitivos e ilustraremos su papel en la percepción como parte del ciclo de respuesta sexual.

EVALUACION

La segunda conducta cognitiva importante que puede afectar al funcionamiento sexual es la evaluación, lo que en esencia entraña categorizar los hechos dentro de un continuo de bueno o malo. La teoría cognitiva de la RET, tal como ha sido desarrollada por Albert Ellis (Ellis y Harper, 1975), se ha centrado fundamentalmente en las creencias evaluativas.

Obviamente, cuando un individuo evalúa un estímulo sexual como bueno o positivo, el funcionamiento sexual se verá incrementado. Igualmente de forma

óbvia, cuando un estímulo es evaluado negativamente, la sexualidad se verá disminuida. Todavía más destructivas son las evaluaciones exageradamente negativas a las que Ellis se refiere como «horribles» o «catastróficas». Si un hombre no consigue una erección durante el juego sexual puede evaluar racionalmente este hecho como malo. Una evaluación tal sería sensata si hubiese tenido expectativas de relación sexual en el encuentro, pero no le inhibe otras conductas sexuales que no requieren una erección. Irracionalmente, sin embargo, puede ir más allá y evaluar su estado flácido como «terrible, horroroso y horrible». Una evaluación tan negativa normalmente le llevará a un intenso ciclo de ansiedad o culpa, el cual bloqueará cualquier otro intento de excitación sexual del individuo o de su pareja.

UNA NUEVA CONCEPCION DEL CICLO DE RESPUESTA SEXUAL

Aún cuando la excitación no necesita preceder a la iniciación de las conductas sexuales manifiestas, con certeza afectará al placer del individuo en el encuentro sexual y a su vez en cómo se comportará. La excitación, pensamos, es un producto tanto de la *percepción* como de la *evolución* de los hechos y de nuevo llevará a ulteriores apreciaciones cognitivas. De este modo, proponemos el ciclo de excitación (ver figura 11-1). Note que este sistema sugiere un modelo de feedback, en el cual cada uno de los ocho eslabones de la cadena funciona tanto como una señal para el siguiente eslabón, como un reforzador del hecho precedente. Tomemos cada eslabón por separado y comentemos su contribución para una experiencia sexual positiva.

Eslabón 1: Percepción de un Estímulo Sexual

La percepción o identificación de un estímulo como erótico en gran medida es aprendida, una conclusión que aparece claramente del examen de los estudios transculturales de la conducta sexual. Ford y Beach (1951), por ejemplo dicen:

La sexualidad humana se ve afectada por la experiencia de dos formas: primera, las clases de estimulación y los tipos de situaciones que llegan a ser capaces de evocar excitación sexual son determinadas en gran parte por el aprendizaje; segunda, la conducta manifiesta por medio de la cual se expresa esta excitación depende en gran medida de la experiencia previa del individuo. (p. 263)

¿Cómo ocurre esto? ¿Cómo aprendemos a identificar a ciertas personas o partes del cuerpo u objetos inanimados como eróticos. Varios procesos pueden entrar en juego, uno de los cuales tiene que ver con el modelado y el refuerzo social. La cultura en la que vivimos proporciona el escenario para la detección y etiquetado de un estímulo como erótico. Por ejemplo, los americanos durante mucho tiempo han localizado muchas energías eróticas en los senos de la mujer, todo un asombro para muchos europeos y con seguridad para muchas tribus africanas en la que los senos normalmente van descubiertos, y a pesar del hecho de que para un gran porcentaje de mujeres los senos no son eroticamente sensibles.

Para el proceso de percepción no solamente son importantes las expectativas culturales, también lo es la existencia de un vocabulario adecuado. Por ejemplo,

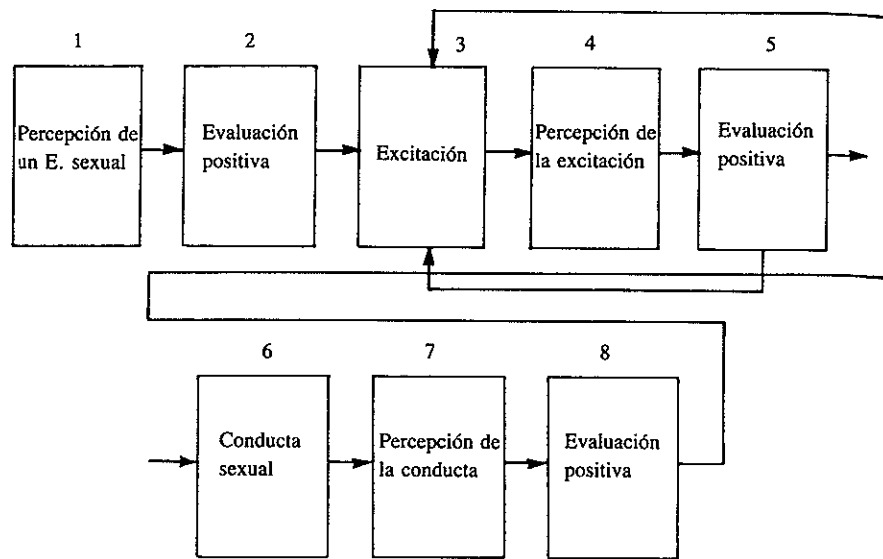


Figura 11-1. Círculo de feedback propuesto para una experiencia sexual positiva

la escasez de palabras (sinónimas o descriptores) en el idioma inglés para el órgano sexual femenino, el clitoris, puede contribuir en gran parte al relativamente alto porcentaje de mujeres que sufren disfunciones sexuales en nuestra sociedad.

Finalmente, por medio de un proceso de asociación de estímulos, un acontecimiento que ha sido repetidamente experimentado con excitación u orgasmo adquirirá potencial erótico. El estudio de Rachman y Hodgson (1968) ofrece un modelo experimental que sugiere cómo puede funcionar este proceso. Se creó un análogo de un fetiche por medio de condicionamiento clásico emparejando repetidamente diapositivas de botas negras de tacón con diapositivas de atractivas mujeres desnudas. Utilizando sujetos varones normales y midiendo los cambios del volumen del pene se demostró tanto el condicionamiento, como la generalización de estímulos, la extinción y la recuperación espontánea.

Eslabón 2: Evaluación de un Estímulo Sexual

Una vez que el estímulo es identificado como erótico, será evaluado por el individuo. Si la evaluación es positiva, procederá la excitación. Si, por el contrario, el individuo evalúa el estímulo negativamente, la excitación puede bloquearse. Así, un individuo que evalúa una película o acercamiento sexual como «fastidioso», «poco sensible» o «indecente» probablemente fracasará en ser excitado por él. Cuando el rango de estímulos sexuales que son considerados aceptables por el individuo es muy restringido, la probabilidad de excitación será menor y el repertorio sexual necesariamente será limitado.

Eslabón 3: Excitación

La excitación fisiológica es un fenómeno generalizado, y frecuentemente se darán el mismo tipo de respuestas después de una gran variedad de experiencias humanas, tanto positivas como negativas. Las primeras etapas de la excitación sexual (por ejemplo incremento de la tasa cardíaca, presión sanguínea, tensión muscular) muestran las mismas respuestas como aquellas que tienen lugar bajo diversas condiciones que van desde el simple esfuerzo físico a la estimulación dolorosa o los acontecimientos que provocan la excitación ansiosa.

De acuerdo con el modelo de emoción de Schachter (1964), la experiencia emotiva requiere dos elementos (a) un estado fisiológico de excitación y (b) señales situacionales que permitan al individuo etiquetar la excitación como una emoción específica. En el estudio clásico de este modelo realizado por Schachter y Singer (1962) la excitación fisiológica es inducida en los sujetos con inyecciones de epinefrina. Los sujetos son expuestos entonces a fuertes exhibiciones de conductas emocionales (euforia o ira) por un cómplice de los experimentadores. Aquellos sujetos a los que se les informaba verdaderamente de los efectos fenomenológicos esperados de la droga se verían menos afectados por la conducta del cómplice que aquellos otros sujetos a los que se les informaba mal o no se hacía. Estos últimos mostraban más respuestas emocionales, modeladas por el cómplice, presumiblemente debido a que el contexto les permitía ofrecer un etiquetado emocional para su estado de excitación.

Por derivación, presumimos que las señales ambientales apropiadas pueden ayudar a un individuo a etiquetar la excitación fisiológica como sensaciones de amor o excitación sexual. A pesar de que la excitación no es específica, sin embargo, puede darse fácilmente un etiquetado inexacto. Por ejemplo, una joven puede salir con un chico cuyas conductas de acercamiento son impredecibles en extremo. Puede cortejarla frenéticamente durante unos pocos días y después no llamarla durante semanas, después de lo cual se repite el ciclo. Las expectativas y esperanzas de la joven llegarán a ser muy confusas y la inconsistencia y desconsideración de su pareja puede dar lugar a un fuerte estado de excitación. Si etiqueta su excitación como sentimientos de intenso amor más que de ansiedad o ira, puede engancharse en una relación poco satisfactoria. La percepción exacta de la excitación, sin embargo, será un aspecto extremadamente importante de buen funcionamiento erótico. Una vez percibido correctamente, la excitación puede llevar a centrarse en nuevas sensaciones eróticas y a incrementar la conducta sexual, lo cual incrementará más adelante la excitación.

Eslabón 4: Percepción de la Excitación

La investigación de Julia Heiman (1977) ha indicado una diferencia sexual significativa en la habilidad para detectar e informar sobre la excitación erótica. A estudiantes de BUP de los dos sexos se les presentó un estímulo auditivo erótico y otro no erótico. Sus reacciones se midieron con registros objetivos de la vasocongestión genital y con descripciones subjetivas de la excitación. Se encontró una discrepancia significativa entre estas dos medidas para los sujetos femeninos, in-

dicando tanto que son menos capaces de discriminar su propia excitación y/o menos capaces de describirla. ¿Qué factores pueden ser responsables de esta diferencia entre los sexos?

Ciertamente pueden estar jugando un papel los tabus culturales y las rígidas normas sexuales para las mujeres. Se sabe que las mujeres utilizan con menos frecuencia la masturbación; de hecho, comunmente un primer paso en el tratamiento de las disfunciones sexuales femeninas es dar permiso e instrucciones de masturbación, de esta forma proporciona un entrenamiento creciente para reconocer y etiquetar las sensaciones genitales.

Las mujeres jóvenes frecuentemente no prestan atención a su propia excitación, concentrándose sin embargo en estar seguras de que su compañero no «va demasiado lejos». Mientras está ocupada en controlar la conducta de su compañero, se distrae de advertir sus propias sensaciones. Cuando las mujeres son totalmente activas sexualmente, también pueden desatender a su propia excitación ya que se encuentran más ocupadas en agradar a su compañero, así siguen el modelo cultural de las mujeres como cuidadoras pasivas de otros.

También, simplificando, una excitación vasocongestiva de una mujer no es a menudo tan obvia como es en un hombre. Es difícil equivocarse al detectar una erección, pero muchos de los signos de excitación primarios de una mujer son internos, sutiles y ambiguos. Un ligero humedecimiento de la vulva, si se detecta, podría ser interpretado como transpiración u orina, y los pezones realmente erectos atribuidos al frío. Muchas mujeres, de hecho, no están incluso seguras si han tenido un orgasmo. Ya que las mujeres tienden a compartir menos verbal o físicamente las experiencias masturbatorias tempranas y otras conductas sexuales que los hombres, puede verse dificultada su habilidad para detectar y etiquetar correctamente su excitación.

Otro aspecto importante de la identificación de la excitación tanto en hombres como en mujeres tiene que ver con el criterio usado en el proceso de inspección. Los primeros cambios fisiológicos en la excitación sexual consisten en el incremento de la tasa cardíaca, la tensión muscular, la temperatura de la piel, y la respiración. Todos éstos, sin embargo, son totalmente inespecíficos, y la investigación indica que no somos particularmente hábiles en discriminarlos (Heiman, 1977). Con la suma de cambios vasocongestivos más intensos y localizados (abundante lubricación o erección) los signos llegan a ser más claros.

La dificultad puede todavía presentarse, sin embargo, si el individuo sitúa el criterio mediante signos de excitación fisiológica demasiado rigurosa. ¿Cuán completa tiene que ser una erección antes de que el hombre la identifique como un signo «seguro» de excitación? ¿Cuanta lubricación debe notar la mujer? ¿Qué sucede, de hecho, si *sólo* usan la magnitud de la erección o la lubricación como signo? Una posibilidad es que el individuo puede dedicarse a una conducta sexual adicional antes de que la excitación sea máxima, de tal modo que a menudo lleva a la no consecución del orgasmo o a un orgasmo relativamente no placentero. O, si el signo específico es demorado o no encaja con un criterio rígido, el individuo puede concluir que no está excitado totalmente y abandonar intentos adicionales en el juego sexual.

Atender a múltiples señales y no colocar criterios rígidos para estas parece ser lo más útil. Si el individuo se centra sólo sobre una señal, particularmente una señal genital, no puede aumentar el ciclo de excitación mediante cogniciones auto-

reforzantes y excitación facilitadora, sino que en cambio puede reducir además la excitación con cogniciones inhibitorias.

La atribución de un estado percibido de excitación también será importante, ya que la excitación es tan inespecífica. Dos estudios de mala atribución citados por Rook y Hammen (1977) son relevantes en este punto. Cantor, Zillman y Bryant (1975) encontraron que las narraciones subjetivas de varones sobre su excitación sexual y el placer por una película erótica se incrementó por una excitación fisiológica residual producida por un ejercicio físico. Dutton y Aron (1974) dispusieron que unos sujetos varones se acercasen a una atractiva experimentadora aunque sobre un estímulo temido: un puente colgante. Estos hombres dieron más respuestas sexuales a las láminas del Test de Apercepción Temática (TAT) e hicieron más intentos de contactar con la experimentadora después del estudio que lo que lo hicieron los sujetos varones evaluados sobre un puente menos amenazante o aquellos abordados por un experimentador masculino.

Puede sugerirse, por lo tanto, que las señales situacionales son un determinante importante en la interpretación o atribución que un individuo hace a una percepción de excitación. Posiblemente un fenómeno tal está implicado en el establecimiento de conductas sexuales problemáticas o inusuales. La mala atribución de una secuencia de excitación como sexual puede llegar a elicitar excitación sexual o a la larga limitar al individuo a los estímulos elicitanes inusuales.

Eslabón 5: Evaluación de la Excitación

Si un individuo ha aprendido a etiquetar la excitación como mala, las consecuencias emocionales negativas de esta evaluación pueden bloquear el ciclo de excitación sexual. De esta forma, la mujer que piensa que su vulva es sucia o que huele mal y evalúa su propia lubricación como algo «pegajoso» o peor, como «asqueroso» puede terminar sintiéndose molesta por su excitación, una emoción difícilmente compatible con un experiencia sexual positiva. De forma similar, el hombre que decide que «no debería» tener erecciones en ciertas situaciones puede encontrarse a sí mismo consumido por la culpa más bien que con excitación adicional. Por estas razones buena parte del trabajo del consejero sexual consiste en inculcar un nuevo juego de actitudes positivas hacia el sexo en la excitación vis-a-vis.

Eslabón 6: Conducta Sexual Abierta

Si la excitación se presenta y es etiquetada y evaluada con exactitud, normalmente el individuo iniciará o se dedicará a una conducta sexual y de este modo aumentará la excitación. De nuevo aquí, sin embargo, pueden emerger diferencias entre los sexos. Muchas mujeres se inhiben a sí mismas en esta etapa, inhibiendo la búsqueda de excitación sexual con cogniciones tales como «No puedo asumir el control». «No podría hacer eso (o pedir eso)». «No le gustará si hago eso». «Con tal de que sea feliz, yo soy feliz». «No es bonito (o elegante) hacer eso». «¿Qué pensará de mí si lo hago?» Así, mientras el hombre tiende a regular su conducta y movimientos en su etapa de excitación, la mujer no puede. Ella puede

incluso estar reiteradamente comprometida en una conducta sexual cuando está en un nivel bajo o incluso cero de excitación. Si es así, es fácil imaginar cómo esta relación sexual podría desembocar en dificultades sexuales adicionales.

Eslabón 7: Percepción de la Conducta Sexual

Los individuos reaccionan a sus propias expresiones espontáneas como indicadores de su excitación. Pueden animarse los gritos, la risa, las lágrimas, o los movimientos. Si se percibe y etiqueta con exactitud, y si se evalúa positivamente, pueden además aumentar la percepción de la excitación. Además, ya que el movimiento y otras conductas expresivas pueden incrementar la tasa cardíaca, puede contribuir directamente al nivel de excitación general.

En este eslabón, sin embargo, se necesita hacer una distinción importante entre la *observación* de las conductas sexuales o expresivas y *ser espectador* de ellas. Lo último implica no meramente detectar y etiquetar, sino un proceso de *auto-evaluación* que se centra en la consecución de la meta. Cuando el individuo es espectador de su ejecución, la experiencia de placer aquí —y— ahora se pierde y el sexo llega a convertirse en un trabajo en vez de en un juego. Cuando la auto-evaluación del individuo es crítica, los resultados pueden ser ciertamente una distracción molesta del ciclo de excitación.

Eslabón 8: Evaluación de la Conducta Sexual

La evaluación de la conducta sexual propia es el núcleo del problema en la mayoría de las disfunciones sexuales comunes que llegan al consejero sexual. De hecho, los terapeutas racional-emotivos hacen una distinción entre *disfunción* sexual y *perturbación* sexual. El individuo puede tener una disfunción (por ejemplo, dificultad de erección) y optar todavía por estar relativamente no perturbado emocionalmente. Si se perturba, desde luego, el desorden emocional inhibirá además el buen funcionamiento sexual. La perturbación, de acuerdo con la RET, procede de la *evaluación* del individuo sobre su dificultad sexual.

La impotencia será problemática para el hombre y su compañera sólo si la evalúan como «horrible». Si continúan atribuyendo el fracaso a alguna característica duradera de sí mismos y evalúan esta característica como horrorosa, no sólo impedirán su ejecución en el momento sino que estarán haciéndolo calamitoso y probablemente una profecía auto-cumplidora en el futuro. Por otra parte, si son capaces de concluir que la impotencia no es catastrófica, que pueden todavía funcionar como buenos compañeros sexuales usando otras técnicas, que su «yo» está todavía intacto incluso si la erección no se produce, puede muy bien recuperarse la erección, o al menos la pareja puede continuar con sus encuentros sexuales no impedidos por el miedo, la ansiedad o la auto-derrota.

SINTEISIS

Las experiencias sexuales positivas son una amalgama nebulosa de estímulos y respuestas, un flujo suave entre las percepciones correctas y las evaluaciones

positivas. Cuando este proceso ocurre, el clima emocional del individuo será tranquilo y el juego sexual será un placer o incluso un deleite.

Las experiencias sexuales negativas tienen lugar cuando los eslabones entre estímulos y respuestas están bloqueados por cogniciones incorrectas o negativas. Los siguientes son algunos ejemplos de estos tipos de errores cognitivos:

Errores Perceptuales

1. Abstracción selectiva: «No veo rubor sexual en mi pecho... Supongo que no estoy excitado».
2. Inferencia arbitraria: «No he llegado todavía... Probablemente no lo conseguiré».
3. Sobregeneralización: «Mi erección es pequeña... se que llegaré a ser impotente».
4. Personalización: «Me he quitado la ropa y él no tiene una erección. Jamás me encontrará atractiva».
5. Pensamiento dicotómico: «No tengo orgasmo». «No soy un hombre auténtico».

Errores Evaluativos

Ninguna de las cinco afirmaciones precedentes se necesitan para impedir el proceso del ciclo de excitación, a menos que el individuo atribuya una evaluación negativa exagerada a la cognición. Por ejemplo, en el primer caso, la mujer podría concluir que no está excitada y evalúa este hallazgo no perjudicialmente: por ejemplo «Bien, así que no estoy excitada. Siempre hay una próxima ocasión. Haré de esta una super sesión de amor para mi compañero». Por otra parte, considerar lo que sucedería si percepciones tales como la precedente se siguiera por una evaluación como «¡Qué horrible!» «¡No debería ser de esta forma!» «No puedo aguantarlo» «¡Tengo que conseguir hacerlo mejor!» «¡Soy un triste desperdicio!» «¡Todo es por mi culpa» La inundación de ansiedad, sufrimiento, culpa o ira afectará en el camino del sexo feliz y placentero.

Con respecto a las disfunciones sexuales, es interesante notar que los terapeutas sexuales han desarrollado diversos sistemas clasificatorios para las disfunciones sexuales comunes, están claramente definidas la eyaculación precoz, la eyaculación retardada, y la impotencia entre los hombres, y la anorgasmia, la dispareunia y el vaginismo entre las mujeres. Estas categorías a menudo se desglozan además dentro de disfunciones primarias (ocurren bajo cualquier condición) y disfunciones situacionales (ocurren sólo bajo condiciones específicas).

Un examen más detenido de estas categorías sugiere, sin embargo, que los mismos procesos disfuncionales están operando prácticamente en todos los casos. Por ejemplo, muchos de los eyaculadores precoces *asumen* que tienen el orgasmo rápidamente porque están demasiado excitados, y los procedimientos típicamente inefectivos de auto-ayuda que desarrollan consisten en distraerse del encuentro sexual (por ejemplo, recitando tablas de multiplicar) o minimizando la estimulación (por ejemplo, no permitir a su compañera que toque sus genitales). Los consejeros que han trabajado con eyaculadores precoces encuentran, sin embargo, que más

bien que estar sobreexcitados, están generalmente infraexcitados. De hecho, cuando tales clientes adquieren la habilidad para ejercer algún control sobre el reflejo, cuentan generalmente que el orgasmo, cuando sucede, es significativamente más placentero.

Aparece, entonces, que los ingredientes centrales en todas las categorías diagnósticas son un alto nivel de angustia emocional inducido por *errores cognitivos de evaluación*, a menudo acompañados con *errores cognitivos de percepción*. El producto final es un individuo que se acerca al trabajo del sexo (en vez de al juego del sexo) como una forma de ponerse a prueba a sí mismo (más que de disfrutar) —ciertamente una actitud no muy sexy.

TERAPIA SEXUAL

Durante la primera mitad del siglo veinte el tratamiento de los desordenes sexuales se trataba en gran parte con terapia orientada psicoanalítica o psicodinamicamente. El tratamiento estaba postulado sobre la noción de que el funcionamiento sexual saludable podía conseguirse obteniendo insight de los problemas psicosexuales tempranos y resolviendo los conflictos edípicos y la envidia del pene o ansiedad de castración resultante de ello, lo cual normalmente requeriría años de exploración individual. A pesar de que en estos trastornos lo cognitivo es la esencia, las terapias orientadas psicoanalíticamente rara vez se centran directa (o incluso indirectamente) sobre percepciones inexactas y evaluaciones disfuncionales del estímulo, la excitación, o la conducta sexual. Hasta el punto de que si cualquiera de estos eslabones se debate, no se sigue de instrucciones para remediarlo. Por ejemplo, si se identifica un conflicto edípico como un «razón» de la eyaculación precoz, raramente se instruye al paciente en técnicas que podrían influir eficazmente en la percepción y la evaluación de las etapas de excitación que llevan a la eyaculación o que reduce la angustia emocional que sigue a la eyaculación precoz. Existe poca evidencia que se pueda citar sobre el éxito de este tipo de tratamiento en modificar significativamente la conducta sexual disfuncional, y en innumerables ejemplos, especialmente en casos de mujeres en psicoanálisis clásico, puede haber realmente un incremento adicional de la perturbación sexual durante y después del tratamiento.

También han existido formas más prácticas de terapia sexual hace tiempo, al menos en la primera parte del siglo veinte, en gran parte practicado por médicos no analíticos y a menudo descritos en detalle en manuales para el público en general. Los sexólogos, incluyendo August Forel (1922), Havelock Ellis (1935), Magnus Hirschfeld (1935), William J. Robinson (1929), W. F. Robie (1925), Theodore Van de Velde (1926), G. Lombard Kelly (1948), y Hannah y Abraham Stone (1935), contribuyeron con trabajos leídos por millones de personas que querían aprender qué hacer para sentirse más adecuados sexualmente. Aunque sus enfoques fueron ignorados en su mayor parte por los practicantes psicoanalíticos, existe algunas evidencia de que sus escritos tratan más directamente con los diversos eslabones de nuestro modelo y tenían efectos positivos en términos de cambios actitudinales y conductuales.

Mucho más recientemente, el centro de la investigación sexual y de la terapia sexual ha seguido un modelo conductual más o menos explícito. Uno de los primeros

psicólogos modernos que rompe completamente con el modelo freudiano y enfatiza un enfoque cognitivo y conductual activo para la terapia sexual fue Albert Ellis, (1953, 1960). Mas tarde, el trabajo experimental y clínico de Masters y Johnson (1970) estableció la eficacia del cambio conductual directo y la práctica *in vivo* como ingredientes importantes para mejorar el funcionamiento sexual, los procedimientos cuidadosamente documentados y la eficacia del trabajo de Masters y Johnson recibieron abundante publicidad e influyeron significativamente incluso en el trabajo de practicantes orientados psicoanalíticamente tales como Kaplan (1974). Desde el trabajo de Masters y Johnson, Ellis y otros pioneros, los procedimientos de terapia de conducta empezaron a ser aplicados sistemáticamente a los problemas de inadecuación y de perturbación sexual (Annon, 1974; Barbach, 1975; Feldman y Mac Culloch, 1971; Hartman y Fithian, 1972; Heiman, LoPiccolo y LoPiccolo, 1976; Lazarus, 1971; Semans, 1956; Wolpe y Lazarus, 1966).

Añadido a los métodos conductuales altamente creativos usados en terapia sexual contemporánea, un componente significativo del cambio de conducta usado por la mayoría de estos teóricos y practicantes se localiza en las cogniciones alteradas. Directa o indirectamente, las cogniciones se dirigen sobre la estimulación sexual y la conducta sexual. Las actitudes de los clientes basadas sobre mitos y mala información acerca de sí mismos, sus cuerpos, y sus funcionamiento sexual son recolocados con creencias más exactas acerca del sexo y la sexualidad. Ellis (1960, 1976, 1979), en particular, ha elaborado técnicas de reestructuración cognitiva que se centran en el cambio de actitudes hacia la ejecución sexual en general y hacia uno mismo cuando se presenta una disfunción sexual. La meta de tales procedimientos es reducir la ansiedad y el auto-abatimiento, de tal modo que proporcione un mejor marco psicológico para acercarse a aspectos más técnico-conductuales de un programa de terapia sexual.

Permitánnos examinar ahora algunos de los enfoques de terapia sexual actuales y más ampliamente practicados en términos de nuestro modelo de ocho etapas, centrándonos sobre dos de los más comunes trastornos sexuales.

Disfunción Orgásmica Femenina

La principal modalidad de tratamiento tanto para disfunciones orgásmicas primarias como secundarias es una serie de asignación de tareas de masturbación graduada (Barbach, 1975; Heiman, LoPiccolo, y LoPiccolo, 1976; Kaplan, 1974). Entre las técnicas acesorias para la disfunción orgásmica secundaria pueden incluirse las siguientes: centrarse en la sensación (Masters y Johnson, 1970), desensibilización sistemático (Wolpe, 1969), y entrenamiento en asertividad (Wolpe, 1976).

En una variedad de formas, el tratamiento se centra en conseguir que la mujer desarrolle un juego extenso de situaciones y estímulos capaces de evocar la excitación sexual (1 Eslabón). Esto se hace de diversas formas. A través de dar información correctiva acerca de la anatomía y fisiología pélvica femenina, se anima a las mujeres a tener en cuenta su clitoris, y no las paredes vaginales, por ser el lugar de estimulación erótica más probable que lleva el orgasmo. Se anima a que se use la fantasía (y no los pensamientos románticos del marido de treinta

años). Las fantasías, a menudo, usadas previamente con ansiedad (o quizá no usadas nunca) son reetiquetadas por el terapeuta como buenas, divertidas y un estímulo sexual saludable. Y a los dedos, los vibradores, las almohadas, y otros estímulos físicos se les da el «estatus» de estímulos sexuales válidos. Mientras se extiende su juego de estímulos que puede potenciar la excitación sexual y el disfrute, también se enseña a los clientes un nuevo vocabulario para describir estos estímulos, tanto a sí mismos como a sus compañeros. A través del emparejamiento repetido de los nuevos estímulos sexuales con una excitación más alta, el nuevo potencial erótico de estos estímulos consigue mayor solidez. Además, se ayuda a los clientes a identificar a aquellos estímulos que les «apagan» más bien que les encienden (por ejemplo olor corporal, heridas e iras no resueltas) y producir cambios en estos estímulos y/o en su evaluación de ellos, para reducir o eliminar su potencial de apagado.

También se da información correctiva respecto del cuarto eslabón, la percepción de la excitación, dando información a la pareja con práctica masturbatoria. Así, el cliente puede estar buscando ponerse por las nubes, una lubricación abundante, o unas ondas de choque a través de sus cuerpos como señales de la excitación. Si fracasa al experimentar estas, mediante la abstracción selectiva puede fallar en etiquetar y reconocer sus indicaciones de excitación sutiles más concretas de su cuerpo (por ejemplo, una sensación de cosquilleo u hormigueo en su vulva, tensión en sus músculos del muslo, contracciones de sus músculos abdominales y perineales, o incremento del ritmo respiratorio). Proporcionando a la cliente una variedad de indicadores de excitación, acompañados de etiquetas, y animándola a buscar sus propios cambios en la sensación durante sus sesiones de práctica de la masturbación, llega a estar entrenada para percibir más exactamente una amplia variedad de sensaciones sexuales.

En el Eslabón 5, la evaluación positiva de la excitación se facilita a través de varias clases de entrenamiento verbal, pretendiendo reeducar y tranquilizar al cliente acerca de su excitación sexual y las cosas que la apoyan o la dificultan. Además, se ayuda a la cliente a identificar y etiquetar aquellos signos físicos y mentales que la distraen de sintonizar con su excitación (por ejemplo, incomodidad por una estimulación clitoral demasiado fuerte, ansiedad al rechazo, sobre focalización en el placer de su compañero, o una forma más general de distracción), y se proporcionan formas de reducir sus pensamientos y sentimientos que interfieren con ello.

Kaplan (1974), Barbach (1975), y Heiman, LoPiccolo, y LoPiccolo (1976) acompañan este proceso de evaluación positiva de la excitación diciendo a la cliente que es correcto que lo haga mientras lo necesite, mostrándole que sus sentimientos y miedos son normales y que ella no es una persona tan mala, ya que muchas otras mujeres tienen este problema. Sin embargo, quizá no hay ninguna terapia que ataque tan eficaz y directamente la evaluación negativa y la ansiedad, la culpa, o la depresión concomitantes que bloquean la excitación e interfieren con el orgasmo tan bien como la RET de Ellis (1960, 1975, 1979), en la que se enseña vigorosa y activamente a la cliente a debatir sus ideas de que «Es horrible no sentirse excitada»; «Debería llegar más rápidamente»; o «Soy una fracasada sexual sin esperanza».

Uno de los elementos esenciales en el armamento del terapeuta sexual, especialmente útil en el tratamiento de la anorgasmia secundaria, es centrarse en la sensación. Este procedimiento consiste en una secuencia de dos fases de ejercicios

de estimulación mutua de la pareja designada para quitar el foco en el coito y redirigirse al placer sensual de muchas partes del cuerpo. También proporciona un medio para que los compañeros sexuales comuniquen lo que les gusta y lo que les desagrada y los sentimientos hacia el otro. En la primera fase, primero un compañero, después el otro, acaricia el cuerpo de su compañero desde la cabeza hasta los dedos de los pies, experimentando con diferentes tactos y recibiendo feedback sobre lo que gusta y lo que no. Se excluye el pecho y los genitales. En la segunda parte, se añade el pecho y los genitales con instrucción adicional para no experimentar un orgasmo pero encontrando formas de tocar que produzcan niveles altos de excitación. De nuevo, ambos participantes aprenden a reducir su rígida fijación sobre las zonas erógenas usuales y extienden sus fuentes de estimulación erótica y de excitación a toda una serie de áreas a menudo no percibidas con anterioridad como estimulantes. Aprenden a hablar de estas zonas de una nueva forma, a tocarla de una manera nueva, y a evaluar la excitación y la conducta sexual positivamente (por ejemplo sensaciones en el cuero cabelludo, en los pies, en las orejas, etc.). El efecto cognitivo/emotivo total es generalmente una reducción de la tensión en las interacciones sexuales, una libertad en la presión de tener un orgasmo (o una erección) o un coito. Debido a que llega a ser casi imposible fallar cuando las metas sexuales de orgasmo, erección y coito son eliminadas, todos los tipos de estimulación y excitación que suceden tienden a ser evaluados de forma más positiva, con una concomitante reducción de la interferencia de pensamientos y sentimientos negativos.

Si la mujer tiene que transmitir a su compañero alguna nueva información acerca de qué conductas sexuales le producen excitación para que puedan ser incorporadas dentro de sus encuentros sexuales, puede aprovechar el entrenamiento en asertividad, para que le ayude a llegar a ser más hábil y estar más cómoda al comunicar las preferencias y sentimientos sexuales. El entrenamiento en asertividad consiste en ayudar al individuo —mediante las técnicas de ensayo de conducta, modelado, y entrenamiento— a comunicar sentimientos y preferencias de una forma directa, clara (por ejemplo, que le gustaría que su compañero le hiciese un contacto oral-genital, o que le gustaría que tocase su clitoris durante el coito para facilitar el orgasmo) una parte usual de este proceso implica el descubrir sentimientos que bloquean la comunicación (ejemplo, la ansiedad de parecer ridícula, o de ser rechazada) y ayudar a la cliente a desarrollar un nuevo juego de creencias que apoye la expresión de asertividad («Tengo derecho a expresar mis preferencias»; «Tengo derecho a la satisfacción sexual»; «Si la otra persona se siente molesta por mi petición, es desagradable y frustrante, pero no horrible»). Se hace así extensivo al compañero de la mujer el proceso de expansión del repertorio de estímulos, señales de excitación, y conductas sexuales manifiestas y la evaluación positiva de las mismas.

Se anima la experimentación de una amplia variedad de conductas sexuales (Eslabón 6) entre los compañeros, con el terapeuta dando permiso para hablar sobre lo que les gusta y lo que les incomoda como un medio adicional de ayudar a los clientes a desarrollar sentimientos y evaluaciones más cómodas y positivas de su nuevo juego extensivo de conductas sexuales. También puede animarse a la mujer a practicar una nueva expresión conductual por sí misma (por ejemplo, estimularse para un orgasmo escandaloso o representar un orgasmo), para ayudarla a fortalecer tanto la conducta como la experiencia positiva.

Eyacuación Precoz

Permítannos ahora aplicar nuestro modelo a un problema masculino común, el de la eyacuación precoz. Una condición nuclear en casos de eyacuación precoz es una falta de habilidad para reconocer (y consecuentemente controlar) las sensaciones premonitorias de la eyacuación (Eslabón 4). Un paso importante en el tratamiento puede incluir entrenamiento *in vivo*, en el que el cliente aprende a «ponerse en contacto» con sus sensaciones preorgásmicas, con la meta de incrementar su umbral de excitabilidad. Como Walen, Hauserman y Lavin (1977, p. 301) manifiestan, «Parece que el ingrediente activo del éxito de los métodos de terapia consiste en vencer el obstáculo inmediato a la continencia eyaculadora induciendo al hombre a experimentar la percepción previamente de niveles altos de excitación erótica mientras está con su compañera sexual». El terapeuta también ayuda al cliente a centrarse sobre los pensamientos y sentimientos, (por ejemplo, miedo al fracaso, ira, o insensibilidad hacia su compañera) que interfiere con este foco sensual, y a reemplazarlos por evaluaciones más positivas. También se ayuda al cliente a identificar y evaluar positivamente otros estímulos y conductas (por ejemplo, fantasías, formas de auto-estimularse) que le ayudará a llegar a estar excitado y controlar mejor el ritmo de la excitación (Eslabones 1 y 6).

Cuando, como es frecuentemente el caso, hay un problema adicional de evaluación negativa de la conducta problema (Eslabon 8), el cliente puede ser fuertemente ayudado por la adición de un enfoque RET (Ellis, 1976) en el que se le aconseja desafiar sus pensamientos creadores de ansiedad («Es horrible si me viene demasiado rápido») o pensamientos de auto-ataque («Soy un compañero sexual inadecuado por llegar tan rápido»). Este trabajo para contrarrestar posibles evaluaciones negativas de la conducta sexual también se hace por la mayoría de los conductores terapeutas sexuales, tranquilizando al cliente de que no es necesario que sea capaz de prolongar el coito o una erección del pene para ser capaz de disfrutar del sexo o satisfacer a su compañera.

UN CASO COMO EJEMPLO

Lo que es evidente de los ejemplos precedentes es que los eslabones en el modelo de círculo de feedback propuesto no se sigue necesariamente uno a otro paso a paso, de una manera secuencial, sino más bien resuena de uno a otro de diferentes maneras. Lo que esperamos que el modelo pueda facilitar es la identificación de los eslabones que pueden ser especialmente problemáticos en un caso individual de tal modo que las estrategias terapéuticas puedan por lo tanto ser seleccionadas más claramente.

El siguiente caso ilustra una sesión en la que se tratan varios eslabones del modelo, dentro de una estructura de terapia racional, cuando el terapeuta ayuda al cliente a clarificar sus percepciones erróneas y evaluaciones exageradamente negativas y a debatir estas irrationalidades para producir cambios cognitivos, emotivos y conductuales. La cliente es una mujer de 32 años con disfunción orgásmica secundaria. La mujer se había divorciado hacía cuatro años, durante los cuales había tenido varios compañeros sexuales pero había llegado a estar progresivamente «apagada» para el sexo. En la sesión, está hablando de un hombre con el que ha salido tres veces, con el que disfruta hablando y saliendo, pero con el que está

empezando a irritarse cuando él tiene orgasmos fácilmente y ella no. Aunque una meta principal es ayudarla a identificar las clases de estimulación que le gustan y llegar a ser más asertiva en expresar sus preferencias, la meta mayor es ayudar a la cliente a desarrollar un sistema de creencias que apoye su derecho a tener placer y le ayude a descatastrofizar la posibilidad de ser rechazada (el tema subyacente que está probablemente en la raíz de un mayor porcentaje de perturbaciones sexuales).

- C: No sé lo que está mal en mí. Realmente me gusta Bob—pero después de tener relaciones sexuales la otra noche, me sentí enfadada y despreciada y no podía esperar a que saliese de la habitación—. Quizá soy demasiado exigente o lo estropeo todo y nunca encontraré a alguien con el que pueda relacionarme.
- T: Parecías sentirte a gusto con él. ¿Qué sucedió, qué pensaste, qué te llevó a sentirte enfadada?
- C: Hmmm. Creo que cuando hicimos el amor. Nos dimos un montón de caricias... realmente me gusta eso y estaba consiguiendo estar muy excitada. Después comenzamos a hacer el coito. El llegó en tres minutos, después nos tendimos en la cama un rato y entonces deseaba que desapareciera. Pienso que es lo que realmente me sentó mal.
- T: ¿Eso fué lo que te hizo mal? Recuerda... ¿Cómo es que nos causamos nuestro sentimientos en reacción a ciertas cosas, de acuerdo con la RET?
- C: Oh, sí... mediante mis pensamientos acerca de lo que sucedió... Déjame ver. Imagino que me diría a mí misma que él tendría que haber estado más interesado en mi placer. Y que él era una persona demasiado egoísta... no se preocupó realmente de mí todo el tiempo.
- T: Caramba, eso no suena de la misma forma que estuviste describiéndole como pareja en semanas pasadas. Asumamos que él puede estar actuando egoísta e insensiblemente contigo sexualmente, es decir, no dedica tiempo a examinar y ver si tú estás satisfecha. ¿Puedes ver cómo esta conducta egoísta no significa que sea una persona totalmente egoísta?
- C: Imagino que no es realmente una persona egoísta. En realidad él está siendo muy agradable y generoso conmigo y por lo que he podido ver, también para su familia y amigos. Pero él *no debería* tener su orgasmo y volverse hacia el otro lado, ¿no es verdad? Quiero decir, ¡que no me gusta eso!
- T: ¿Y donde está escrito que él *debe* comportarse de la forma que a tí te gustaría?
- C: Imagino que *no tiene* que..., pero quiero que lo haga.
- T: ¡Magnífico! Ahora, me gustaría examinar las cosas y ver si tienes alguna destreza sobre cómo debatir tu «debería», tus demandas de que debe darte un orgasmo. Porque si quieres al menos explorar la posibilidad de una relación con él, y mejorar tu disfrute sexual, pienso que es importante que realmente aprendas cómo parar esta clase de «deberías», además probablemente conseguirás estar tan enfadada que vas a querer huir, un modelo con el que has dicho te gustaría romper.
- C: Imagino que puedo decirme a mí misma, no me gusta su negligencia hacia mi orgasmo, pero puedo aguantarlo. ¡Ya que ha pasado otras veces! (Risas) y puedo intentar recordar que no es una persona egoísta... sólo algo falible.
- T: Bueno. Ahora, veamos si podemos tener una tormenta de ideas para que tú intentes ver si puedes conseguir más orgasmos. ¿Alguna idea al respecto? ¿Cuales son algunas de las cosas que te ayudarían, algunas de las formas que crees más probables para conseguir el orgasmo?

- C: Uh... (es difícil) uh... bien, puedo tener siempre un orgasmo con mi vibrador. Y casi siempre... uh... si un individuo me hace el sexo oral. Y me gusta cuando acarician mi cuerpo, me masajean mi espalda.
- T: Bueno has conseguido algunas buenas ideas para darle.
- C: Si... pero *nunca* podría pedirle que lo haga... como, que bajase por mi cuerpo. El probablemente pensaría que yo soy rara, por necesitar esta clase de cosas y declararlas y pedírselas. Sólo el pensarlo me pone realmente ansiosa.
- T: Vamos a asumir que pensase eso, aunque muchos de los hombres con los que he hablado han dicho justo lo contrario, que darían la bienvenida a algún feedback de sus compañeras, ya que la mitad de las veces no saben si ella está realmente excitada, o si está llegando. Y dicen que si se expresasen, no tendrían que ir leyendo su mente o gastar media hora insistiendo sobre algo cuando a ella realmente le gustaría un masaje en la espalda y que le chupe los pezones! Pero de todas formas... Asumiremos que Bob piensa que eres rara. ¿Qué supones que te estas diciendo sobre esto para crear ansiedad?
- C: Eso es fácil, que sería horrible que él pensase eso, y que nunca querría verme de nuevo.
- T: ¿Y si él no quisiera verte de nuevo?
- C: Imagino, cuando pienso sobre ello, que no sería tan horrible. Bastante desagradable, imagino que la causa es que pienso que es uno de los individuos más agradables que me he encontrado en mucho tiempo, pero supongo que si he sobrevivido sin él todo este tiempo, podría todavía conseguirlo si él me dejase.
- T: Bueno. Ahora si puedes conservar aquellos pensamientos racionales firmemente asentados en tu mente —y en especial en las ocasiones en que estas ansiosa acerca de permitirle conocer lo que te agrada sexualmente— estarás en un buen momento para aceptar el riesgo de expresarlo.

Debido al fondo religioso y la incomodidad de la cliente al discutir sus preferencias sexuales, se hizo un ensayo de conducta para reducir su ansiedad e incrementar su facilidad al expresarse. En la siguiente sesión, narró un gran éxito. Bob había expresado sorpresa al enterarse que no había quedado satisfecha, ya que sus ruidos le habían permitido asumir que había llegado, y se mostró impaciente para hacer las cosas que indicó le gustaban.

CONCLUSION

Las experiencias sexuales positivas son el resultado de algo más que una buena técnica sexual. Resultan de las percepciones exactas y realistas y de las evaluaciones positivas. Sin estos eslabones mediadores, ningún tipo de «habilidad sexual» puede vencer inhibiciones, culpa, ansiedad, depresión, e ira. Las disfunciones sexuales de los clientes masculinos y femeninos pueden por consiguiente considerarse como procedentes de bloqueos en estas trayectorias comunes finales.

Parecerá obvio que un buen diagnóstico maximizará la selección de un procedimiento de tratamiento apropiado, lo cual puede aumentar la probabilidad de éxito en el tratamiento. Se sugiere que un diagnóstico basado sobre el modelo de círculo de feedback propuesto de una experiencia sexual positiva puede permitir

al terapeuta (1) seleccionar los procedimientos cognitivo conductuales más relevantes para el cliente y (2) enfatizar los aspectos más relevantes de estos procedimientos para un caso individual.

REFERENCIAS

- Annon, J. S. *The behavioral treatment of sexual problems. Vol. 1. Brief therapy.* Honolulu: Enabling Systems, 1974.
- Barbach, L. G. *For yourself: The fulfillment of female sexuality.* New York: Doubleday, 1975.
- Beck, A. T. *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York: International Universities Press, 1976.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Emery, G. & Shaw, B. B., *Terapia cognitiva de la depresión.* Bilbao: Descleé De Brouwer, 1983.
- Cantor, J., Zullman, D., & Bryant, J. Enhancement of experienced sexual arousal in response to erotic stimuli through misattribution of unrelated residual excitation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1975, 32, 69-75.
- Dutton, D., & Aron, A. Some evidence for heightened sexual attraction under conditions of high anxiety. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1974, 30, 510-517.
- Ellis, A. ¿Is the vaginal orgasm a myth? In A. P. Pillay & A. Ellis (Eds.), *Sex, society and the individual.* Bombay: International Journal of Sexology Press, 1953.
- Ellis, A. *The art and science of love.* New York: Lyle Stuart, 1960.
- Ellis, A. *Sex and the liberated man.* New York: Lyle Stuart, 1976.
- Ellis, A. *Intelligent woman's guide to dating and mating.* Secaucus, N. J.: Lyle Stuart, 1979.
- Ellis, A., & Harper, R. A. *A new guide to rational living.* Hollywood, Calif.: Wilshire Books, 1975.
- Ellis, H. *Studies in the psychology of sex.* New York: Random House, 1936.
- Feldman, M. P., & MacCulloch, M. J. *Homosexual behavior: Therapy and assessment.* New York: Pergamon, 1971.
- Ford, C., & Beach, F. *Patterns of sexual behavior.* New York: Paul Hoeber, 1951.
- Forel, A. *The sexual question.* New York: Physician's and Surgeon's Book Co., 1922.
- Hartman, W., & Fithian, M. *The treatment of the sexual dysfunctions.* Long Beach, Calif: Center for Marital and Sexual Studies, 1972.
- Heiman, J. R. A psychophysiological exploration of sexual patterns in males and females. *Psychophysiology*, 1977, 14, 266-274.
- Heiman, J. R., LoPiccolo, L., & LoPiccolo, J. *Becoming orgasmic: A sexual growth program for women.* Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1976.
- Hirschfeld, M. *Sex in human relationships.* London: Lane, 1935.
- Kaplan, H. S. *The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions.* New York: Brunner/Mazel, 1974.
- Kelly, G. L. *Sexual manual for those married or about to be.* Augusta, Ga.: S. Medical Supply Co., 1948.
- Lazaus, A. *Behavior therapy and beyond.* New York: McGraw-Hill, 1971.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. *Human sexual inadequacy.* Boston: Little, Brown, 1970.
- Rachman, S., & Hodgson, R. J. Experimentally-induced «sexual fetichism»: Replication and development. *Psychological Record*, 1968, 18, 25-27.
- Robic, W. F. *The art of love.* Ithaca, N. Y.: Rational life Press, 1925.
- Robinson, W. *Woman: Her sex and love life.* New York: Eugenics Publishing Co., 1929.
- Root, K. S., & Hammen, C. L. A cognitive perspective on the experience of sexual arousal. *Journal of Social Issues*, 1977, 33, 7-29.

- Schachter, S. The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional state. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*. New York: Academic Press, 1964.
- Schachter, S., & Singer, J. Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*. 1962, 69, 379-399.
- Semans, J. H. Premature ejaculation: A new approach. *Southern Medical Journal*, 49, 353-357.
- Stone, H., & Stone, A. *A marriage manual*. New York: Simon & Schuster, 1935.
- Van de Velde, T. H. *Ideal marriage*. New York: Covici-Friede, 1926.
- Walen, S. R., Hauserman, N., & Lavin, P. *A clinical guide to behavior therapy*. New York: Oxford University Press, 1977.
- Wolfe, J. *How to be sexually assertive*. New York: Pergamon Press, 1969.
- Wolpe, J., & Lazarus, A. *Behavior therapy techniques*. New York: Pergamon Press, 1966.

Tercera Parte

Técnicas Esenciales y Procesos Básicos

El Proceso de la Terapia Racional-Emotiva*

Russell M. Grieger

La terapia racional-emotiva ha llegado a ser una de las ofertas principales de psicoterapia en los últimos veinte años y ha sido un colaborador fundamental en la aparición de lo que Mahoney (1977) ha llamado el modelo cognitivo-conductual de intervención. El ajuste dado a la RET en su fase temprana de desarrollo se debió en gran medida a los esfuerzos clínicos y a los escritos de su fundador, Albert Ellis, y a su éxito psicoterapéutico así como al de otros seguidores de la RET.

Esta aparente validez se ha visto ahora apoyada por un impresionante cuerpo de evidencia empírica (Ellis, 1977; DiGiuseppe, Miller y Trexler, 1977; Mc Govern y Silverman, 1984), de tal modo que la comunidad científica se ha unido a los terapeutas que la ejercen para reconocer a la RET como un enfoque innovador y viable de intervención cognitivo-conductual.

Al haber obtenido la RET ese gran reconocimiento, la teoría y los métodos han sido adoptados y aplicados en parte o en gran medida, por miles de profesionales de salud mental. Paralelamente a esta práctica creciente se ha demandado insistentemente una descripción de lo que es la RET en su globalidad, de principio a fin, así como una explicación en detalle de su gran número de técnicas.

En parte como respuesta a esta demanda, un colega mío, John Boyd, y yo, publicamos un texto que delineaba tanto los pasos o etapas de la RET como la descripción de sus metas y técnicas para cada etapa (Grieger y Boyd, 1980). En este texto, delineábamos una cuarta etapa, un modelo basado en habilidades que se sustenta sobre la perspectiva de que la psicoterapia es un «arte» que consiste

* Este capítulo es una versión condensada y revisada de un texto escrito por Russell M. Grieger y John Boyd, *Rational-emotive therapy: A Skills-based approach* (New York: Van Nostrand Reinhold, 1980). Se remite al lector a ese texto para un debate más extenso del contenido de este capítulo, así como por la descripción de muchas de las principales técnicas usadas por los seguidores de la RET. En su forma presente este capítulo apareció en el *Journal of Rational-Emotive Therapy*, 1986, 4(1), 138-148.

en desarrollar en gran medida y depurar habilidades que se emplean estratégicamente para influir en el estado psicológico y en la conducta de los clientes de forma constructiva. En nuestro modelo basado en habilidades, lo que nosotros creemos que es reflejo de la práctica de la RET que ahora se está ejecutando, perfilamos las etapas del psicodiagnóstico, el insight, el trabajar hacia, y la re-educación racional-emotivas, (este último paso ahora se llama trabajar hacia II). Bajo circunstancias ideales, las técnicas empleadas en estos cuatro grupos de habilidades llevadas a cabo de manera secuencial, conducen al cliente a través del proceso de la RET.

Ahora, unos cinco años más tarde, al haberse publicado muchas técnicas nuevas de la RET y ya que la terapia cognitivo-conductual continua extendiéndose en su especificidad y en su complejidad, pensé oportuno volver a plantear el proceso que tiene lugar en la RET. Este capítulo, por lo tanto, aunque no orientado hacia las técnicas, sirve para describir de nuevo el proceso de la RET, y orientar al lector de este texto a los capítulos siguientes de esta sección. Así, se perfila la RET como un proceso de cuatro-etapas, si bien estas etapas han sido en cierta medida revisadas desde 1980.

PSICODIAGNOSTICO RACIONAL-EMOTIVO

Todas las psicoterapias empiezan con un intento de entender la naturaleza y la dinámica de los problemas del cliente. Lo mismo sucede con la RET. En contraste casi completo con la mayoría de otros tipos de psicoterapia, el centro del diagnóstico primario de la RET se encuentra en descubrir las creencias o filosofías que producen-perturbación en los clientes, comprendiendo cómo estas contribuyen especialmente en los problemas emocionales del cliente, y señalar metas realistas en la que tanto el terapeuta como el cliente puedan estar de acuerdo. Los instrumentos que el terapeuta usa para llevar a cabo estas tareas son cuádruples: (1) un conocimiento y apreciación completas del rol crucial que juegan las cogniciones al impactar en la conducta y el afecto, (2) una comprensión y sensibilidad a las ideas irracionales básicas que crean las diversas perturbaciones emocionales, (3) confianza en la validez de las premisas de la RET y un compromiso de entender a los clientes bajo esta perspectiva, y (4) habilidades de entrevista general que son parte de todos los repertorios clínicos.

El psicodiagnóstico racional-emotivo abarca cuatro tareas separadas aunque solapadas, las cuales describiré a continuación de forma sucesiva.

Clasificación de los Problemas

Un punto de discusión es determinar lo que constituye y no constituye psicopatología y por lo tanto lo que sería mejor tratar a través de psicoterapia, pero es uno mismo el que es esencial al decidir cómo ayudar mejor a las personas. Algunos problemas están claramente abocados a la psicoterapia, mientras que otros podrían ser manejados mejor con orientación profesional, consejo, manejo de situaciones, o alguna forma de manipulación ambiental.

Al hacer esta diferenciación, encontramos útil distinguir entre problemas externos y internos. Los problemas externos incluyen cosas tales como preocu-

paciones profesionales (por ejemplo, ¿cambio mi trabajo o no?), problemas en la vida (por ejemplo, dificultades económicas), y dificultades de relación (por ejemplo un esposo/a «odioso/a»). En la RET estos son con frecuencia denominados *sucesos activadores*, o A, en la fórmula ABC. Aunque estas son a menudo preocupaciones de peso que ciertamente merecen atención, difícilmente constituyen psicopatología y, a menos que se acompañen de problemas emocionales, ciertamente no entran dentro de la esfera de la psicoterapia. Por lo contrario, los problemas internos incluyen perturbaciones emocionales (depresión, ira, culpa, y ansiedad) y conductas desadaptadas (adición, indecisión, ansiedad y etc) las cuales son en general atendidas en psicoterapia y suponen una competencia clara para la RET. Los problemas internos son a menudo problemas acerca de los problemas externos, y en la RET estos se denominan *consecuencias* y se expresan con la letra C en la fórmula ABC.

Una típica situación que se encuentra frecuentemente a la hora de clasificar, es aquella en la que el cliente presenta múltiples problemas, tanto externos como internos. Si este cliente presenta problemas internos o emocionales acerca de sus problemas externos, entonces el terapeuta RET descubre los aspectos emotivo-conductuales y reserva estos como objetivos primarios o principales para el cambio. Son diversas las razones para actuar así: (1) al mitigar los problemas externos y prácticos de los clientes antes de resolver los problemas emocionales generados por los problemas prácticos a menudo les roba la motivación para trabajar sobre los problemas emocionales; (2) la gente generalmente puede solucionar o enfrentarse mejor con los problemas ambientales propios después de resolver sus problemas emocionales; y (3) simplemente porque son los problemas emocionales los que delimitan el campo de actuación de la psicoterapia, no elegir carrera y cosas así.

De este modo, lo primero en psicodiagnóstico, es que el terapeuta determine si el cliente tiene o no tiene un problema interno y emocional consecuencia de algún problema externo. Si no existe la petición para la psicoterapia es denegada y se le remite a una alternativa apropiada, Pero, si se descubre un problema emocional, o si se encuentra un problema emocional que se superpone a un problema externos, entonces primero se centra la atención en esto, y el paso siguiente será detectar las creencias irracionales que el cliente tiene causantes de su perturbación.

Detectando la Creencias Irracionales

Un terapeuta RET asume, bajo los fundamentos teóricos y empíricos, que la perturbación emocional procede de las creencias irracionales (Ci) que tiene una persona, más en concreto de los cuatro temas de exigencia, catastrofismo, no poder aguantarlo, y auto-evaluación. Desde el momento que el cliente empieza a hablar, el terapeuta RET detectará algunos indicios de estos temas y empezará a determinar cuales acompañan y causan los problemas emocionales presentados.

La detección de las Ci es probablemente el paso más crucial en el proceso diagnóstico, por lo que aquí se revela como el centro de los esfuerzos de cambio de la RET que se abordarán más adelante. Antes de que los terapeutas puedan oír o informarse acerca de las Ci, deben entender verdaderamente las dinámicas de la psicopatología; estar familiarizados con cómo la gente expresa las ideas que se sitúan detrás de su patología, y tener las habilidades para obtener estas ideas. El

propósito de este capítulo no es presentar la literatura de la RET sobre psicopatología; sin embargo, casi todos los escritos de Ellis se dirigen hacia este tema y se recomienda su lectura. Además el lector puede querer revisar a Grieger y Grieger (1982) y Grieger y Boyd (1980) para obtener una visión en profundidad de estas materias.

Detectando los Problemas sobre los Problemas

Es raro el cliente que presenta sólo un único problema emocional. Más bien, la gente desarrolla síntomas secundarios que solapan sus síntomas primarios. Para decirlo de forma diferente, generalmente desarrollan problemas emocionales sobre sus problemas emocionales. Cuando la gente siente y se conduce de forma perturbada en C (por ejemplo, experimentan depresión), esta C por sí misma llega a ser otro suceso en sus vidas (perciben su depresión), y muy a menudo crean una perturbación secundaria (vergüenza y depresión por estar deprimidos) sobre el problema original.

Los síntomas secundarios de la perturbación emocional generalmente exacerban los síntomas primarios; también interfieren en gran medida en la percepción clara de la gente de cómo crean sus síntomas primarios y lo que pueden hacer para eliminarlos. En la RET buscamos cuidadosamente evidencia tanto de los problemas primarios como secundarios. Si encontramos ambos, lo que sucede a menudo, somos capaces de organizar más exactamente la perturbación del cliente y somos más eficaces al ayudarle a abandonarlos.

Establecimiento de Metas

El producto final del proceso delineado aquí es el desarrollo de un esquema conductual que categoriza los problemas del cliente en término de su complejo ABC. Este psicodiagnóstico conceptualiza los sucesos (A), las creencias irracionales (Ci), y las consecuencias emocionales y conductuales (C) que comprende el cuadro sintomático. Inmediatamente después de plantear el psicodiagnóstico apropiado, el terapeuta comenta al cliente qué opciones están asequibles y las que uno(s) recomienda. Las opciones asequibles para los clientes de la RET, en orden de preferencia son: (1) trabajar sobre los problemas emotivo-conductuales surgidos sobre otros problemas emotivo-conductuales, si están presentes; (2) trabajar sobre los temas emotivo-conductuales y, cuando se resuelvan, dirigir la terapia hacia cualquier problema ambiental y de profesión que resten; (3) trabajar sobre materias ambientales antes de trabajar sobre problemas emotivo-conductuales, una opción no recomendada generalmente por las razones ya expuestas. El establecimiento de metas en la RET dirige al cliente hacia la opción uno o hacia la dos o a la conjunción de ambas, esta última opción es a menudo la más elegida.

INSIGHT RACIONAL-EMOTIVO

Facilitar el insight al cliente es la segunda tarea fundamental en la RET. Sería un error, sin embargo, concluir que el insight sigue necesariamente al diagnóstico.

A veces es así, pero a menudo se solapa con el proceso diagnóstico; esto es, el terapeuta ayuda al cliente a obtener insight racional-emotivo al mismo tiempo que lleva a cabo el psicodiagnóstico. A pesar de todo por consideración a su exposición, es útil pensar en la facilitación del insight racional-emotivo como una actividad independiente y separada, por diversas razones: clarifica temas para el cliente, ayuda a los clientes a que comprendan lo que sigue en la terapia, y enseña al cliente qué hacer para realizar cambios terapéuticos positivos.

En la RET hay cinco insights que sería importante que los clientes adquiriesen para obtener lo más posible de su terapia. Algunas personas requieren educación en todos ellos, mientras que otras, más preparadas, necesitan aprender sólo algunos en concreto. No obstante, es importante chequear a cada cliente en los cinco para estar seguro de que cada insight está en su sitio;

1. Las ideas y creencias actuales de la gente juegan un papel extremadamente importante en el origen de sus problemas emocionales y conductuales. Esto, desde luego, representa la premisa básica subyacente de la RET y se conceptualiza en términos de la teoría de los ABC. Este insight, por lo tanto, explica la causa «real» de los problemas emocionales y ayuda a la gente a ser responsables de ellos. Coincidentemente, también ayuda a clarificar tanto el objeto como el foco de la RET.

2. De nuevo, se anima a la gente a ser responsables de sus problemas emocionales por entender que, a pesar de los sucesos históricos circundantes en la adquisición original de las Ci, la gente se siente trastornada y se perturba hoy debido a que continúan inductrinándose con las mismas Ci que aprendieron en el pasado. A través de este insight aprenden que su auto-condicionamiento continuo es más importante que sus experiencias tempranas.

3. Los clientes «necesitan» tener conciencia, conocimiento y apreciación de que las ideas o creencias irracionales particulares causan sus problemas emocionales. Las tres partes de este insight son importantes porque una concienciación, sin un conocimiento y una apreciación está inmotivado; de hecho, algunas personas pueden encontrar enseguida sus creencias irracionales, pero no caer en la relevancia de las mismas, por consiguiente el conocimiento no surte efecto. Este insight entonces, no sólo muestra que uno tiene específicamente que cambiar para superar los problemas, sino que también fomenta la confianza y el poder en el cliente. Ya que los clientes originan sus problemas al ratificar las Ci, no dependen del buen deseo de fuerzas externas para estar mejor.

4. Los clientes pueden aceptarse a sí mismos incluso aunque se hayan creado y sigan manteniendo todos sus problemas emocionales. Muchos terapeutas principiantes han hecho que los clientes con los que fracasaban al debatir esto, más tarde terminasen culpándose y deprimiéndose al echarse la culpa, una vez que se daban cuenta de su papel como causantes de sus propios problemas. De modo que, recomiendo que se tome el tiempo necesario para discutir esto.

5. Durante la mayor parte del tiempo que la gente pasa en terapia se han hecho propaganda a sí mismos de sus propias creencias que ciegamente aceptan como verdaderas y de las que raramente cuestionan su validez. Desgraciadamente es necesario un ataque enérgico y prolongado sobre ellas si están renunciando a resolverlas. Este insight, por lo tanto, pone de manifiesto que los primeros cuatro insight no son suficientes; más bien, la gente debe trabajar durante mucho tiempo

e intensamente para abandonar sus creencias irracionales si quiere vencer sus problemas emocionales. Además, tendrán que plantearse seguir trabajando para vencerlas indefinidamente, si quieren mantener sus ganancias.

Estos cinco insight son ingredientes necesarios pero no suficientes para un cambio constructivo. Orientan a los clientes a la teoría racional-emotiva, les enseñan las bases de sus problemas y facilitan la motivación para el duro trabajo requerido para renunciar a los problemas emocionales. El siguiente paso del proceso son las etapas de cambio, o trabajar hacia, partes 1 y 2.

TRABAJAR HACIA RACIONAL-EMOTIVO, PARTE 1: ENSEÑAR UNA BASE DE CONOCIMIENTO RACIONAL

El trabajar hacia racional-emotivo constituye el corazón de la RET. Ayudar a los clientes a trabajar hacia sus problemas emotivo-conductuales significa ayudarlos sistemáticamente a renunciar a sus ideas irracionales y adoptar unas racionales y auto-intensificantes. En esta etapa es en la que el terapeuta concentra la mayor energía y dedica más tiempo y donde tienen lugar los cambios de larga duración. Trabajar con éxito hacia lleva a cambios significativos, mientras trabajar sin éxito hacia depara no ganar nada u obtener algún beneficio superficial en el mejor de los casos.

Ayudar a la gente a vencer sus ideas irracionales es a menudo una empresa muy difícil y ardua. Esto es así por al menos tres razones. Primera, porque la gente ha creído tradicionalmente en estas ideas durante años y está habituada a relacionarse y desenvolverse con indicios de las situaciones que son consistentes con estas ideas, a menudo se adhieren con fuerza a sus ideas irracionales. De hecho, han ratificado y practicado tan profundamente estas ideas irracionales que estas se han convertido en «su segunda naturaleza». Cambiar, por consiguiente, una cosa así de bien aprendida requiere esfuerzos enérgicos y repetidos, incluso para aquellos que están deseando cambiar y están comprometidos en el cambio.

El hecho de que a veces la gente no quiera cambiar proporciona una segunda razón por la que puede resultar difícil trabajar hacia. Para algunas personas, la perspectiva de renunciar a las formas actuales, aunque contraproducentes de pensar, sentir, y actuar elicitá miedos y resistencias que en ellas mismas representan importantes distorsiones cognitivas y requieren atención terapéutica. Algunos de estos miedos irrealistas y/o irracionales son: miedo de perder la identidad propia o llegar a ser un farsante por adoptar nuevas ideas, miedo de llegar a enfriarse emocionalmente o parecerse a una máquina por pensar racionalmente, miedo de llegar a ser mediocre y perder la particularidad propia al abandonar las ideas perfeccionistas, y miedo de perder las fuentes de gratificación o las ganancias secundarias por renunciar a las formas patológicas de pensar y actuar. Trabajar hacia con éxito puede ser bloqueado e incluso frustrado si el terapeuta no responde a estos temas de una manera adecuada.

Y, tercero, el proceso de trabajar hacia a menudo resulta ser muy difícil debido a que la gente no es muy hábil en el pensamiento crítico. Esto se debe con frecuencia a: resistencia, falta de habilidades en el pensamiento crítico, o simple ignorancia acerca de las formas diferentes de pensar, distintas de las que ya utilizan. Muy a menudo, sin embargo, se debe a que la gente es, como Ellis (1967) ha dicho,

«alérgica a pensar». Esto es, la gente tiende a ser vaga e intolerante a la frustración y al dolor y por consiguiente quieren una solución mágica y fácil a sus problemas que requiera poco esfuerzo. Así, se abandonan a su destino, van a la deriva, hacen el bobo, y obran de acuerdo a su conocimiento irracional, a sus creencias contraproducentes, incluso aunque las conozcan mejor.

Así, al trabajar hacia racional-emotivo, parte 1, reconocemos qué clientes tienen lo peor de los dos mundos: tienden a adherirse a su pensamiento irracional y al mismo tiempo son mediocres a la hora de hacer las cosas importantes para cambiar. Las metas en esta etapa son: (1) ayudar a los clientes a comprender claramente lo que es ilógico y falso acerca de las ideas o filosofías que apuntalan sus perturbaciones; (2) mostrar a los clientes las consecuencias temerarias o contraproducentes de sus ideas irracionales; (3) enseñar a los clientes ideas nuevas y alternativas que son contrarias a sus ideas irracionales; y (4) convencerles tanto de la lógica que hay detrás como de los beneficios de estas nuevas ideas, para motivarlos a comprometerse y ser responsables al adoptar estas nuevas ideas. Mediante estos esfuerzos, intentamos (1) conseguir clientes que adquieran una base de conocimiento racional que pueda ser aprendido, ratificado, y adoptado en el futuro, y de ese modo efectuar un cambio terapéutico significativo; y (2) fomentar su motivación para trabajar en llevar a cabo estos cambios.

El Instituto de Terapia-Emotiva de la ciudad de New York tiene una extensa biblioteca de cintas profesionales que contiene muchos cassetes de Albert Ellis y otros practicantes de la RET poniendo en práctica esta etapa de la RET. Escuchar estos cassetes mostrará que para ayudar a los clientes a ganar una base de conocimiento racional, el terapeuta racional-emotivo actúa como un profesor aniquilador de tonterías que persuade, camela, anima, y enseña al cliente a suspender el juicio, a considerar cada idea tenida actualmente como una proposición o hipótesis que tiene que ser evaluada, a considerar las nuevas ideas que son acertadas y beneficiosas, y a trabajar duro para abandonar las viejas ideas y quedarse con las nuevas. En suma, en esta etapa el terapeuta es altamente didáctico, utiliza la enseñanza, la razón, la persuasión y los diálogos Socráticos para acompañar los resultados terapéuticos.

TRABAJAR HACIA RACIONAL EMOTIVO, PARTE 2: FACILITAR UNA NUEVA FILOSOFIA

Sería un error pensar en las dos partes de trabajar hacia racional-emotivo como procesos distintos y separados; más bien ambos constituyen el corazón del cambio y en la práctica se solapan y complementan mutuamente. Para un mayor entendimiento y clarificación es mejor explicar trabajar hacia parte 2, como una entidad en sí misma.

Esta etapa es continuación de los tres procesos precedentes, el psicodiagnóstico, el insight, y el trabajar hacia 1 racional-emotivo, ahora, el terapeuta pone todas sus energías en ayudar al cliente a deshacerse de las filosofías viejas e irracionales y reemplazarlas por unas nuevas racionales. El producto final es casi siempre crear nuevas ideas o filosofías racionales y obrar de acuerdo con ellas automáticamente.

Trabajar hacia racional-emotivo, parte 2, puede subdividirse en los siguientes dos componentes: debate y fortalecimiento del hábito.

Debate

El proceso de debate emplea el método lógico-empírico de experimentación y el cuestionamiento científico de forma persistente y reiterada. A través de multitud de estrategias cognitivas, conductuales y emotivas, el terapeuta ayuda a los clientes a hacer tres cosas, todas las cuales son diseñadas para ayudarles a determinar si sus ideas son válidas o nulas (Ellis y Grieger, 1977). Primero, el terapeuta suscita preguntas retóricas (por ejemplo. ¿Dónde está la evidencia que apoya esto?), idea experienciales conductuales y emotivas y enseña a los clientes a hacer lo mismo. De esta forma, se ayuda a los clientes a debatir sus ideas irracionales. Para decirlo de otra forma, se anima a los clientes a jugar al abogado del diablo, ocupándose con energía de un debate interno acerca de la defendibilidad de la idea en cuestión. El terapeuta también ayuda a los clientes a discriminar, o hacer distinciones, entre las partes racional e irracional de sus ideas —entre sus queros o deseos y sus «debes»; entre las consecuencias indeseables y «horribles»; entre hacer algo mal y «ser» una mala persona; entre las conclusiones lógicas y no consecuentes; etc—. Mediante este proceso, la gente aprende a reducir gradualmente las partes de su pensamiento que no tienen sentido y que les conduce a su propio perjuicio. Y, tercero, el terapeuta ayuda a los clientes a definir los términos de forma clara y precisa. Se les ayuda a hacer definiciones de términos muy sutiles hasta que las falacias lógicas y las conclusiones ilógicas se ven como absurdas.

Este proceso de debate es crítico en la RET. No sólo es la piedra angular del cambio, si no también está cargado de una diversidad de riesgos tanto para el cliente como para el terapeuta. Por esta razón es bueno para el terapeuta conocer una extensa variedad de técnicas por las que lograr las metas de esta etapa. Muchas de tales técnicas han sido ya desarrolladas, aunque el espacio de que disponemos no permite su presentación. A pesar de ello aludiremos de pasada a algunas de las más valiosas, son: los análisis y evaluaciones lógicas de las ideas irracionales a través del cuestionamiento Socrático, el análisis y la evaluación empíricos a través de la colección de datos, el análisis funcional (o un análisis de las consecuencias positivas y negativas de poseer la creencia), el uso del humor, el uso de la paradoja y de llevar una idea al extremo, la imaginación racional-emotiva, la experimentación conductual, los ejercicios de tomar riesgos, los ejercicios de ataque de la vergüenza, y la biblioterapia.

Fortalecimiento del hábito

Trabajar hacia, parte 2, también sirve para arraigar o consolidar en la gente sus ideas nuevas y racionales. Por consiguiente se muestra a los clientes formas (y se les anima a encontrar formas por sí mismos) para convencerse, una y otra vez, tanto de la validez como del valor pragmático de lo que han aprendido. Así, los terapeutas de la RET les enseñan un tipo de habituación de imaginación racional-emotiva (Maultsby, 1975), les animan a predicar pensamientos racionales a otros, les sugieren que se refuercen por pensar racionalmente y se castiguen por pensar irracionalmente, y les sugieren que lean material biblioterapéutico racional, y, desde luego, les urgen fuertemente a continuar haciendo su debate, tanto de forma mental como escrita, durante el resto de sus vidas. Quizá lo más importante, es que los terapeutas de la RET hacen algo que sus clientes puedan conseguir para actuar de

forma consistente en sus vidas diarias con su nueva filosofía racional; en otras palabras, se les anima a tener muchas experiencias directas en la vida que expresen lo racional, que auto-realcen las ideas o filosofías aprendidas a través del curso de su terapia racional-emotiva. Aquí es probablemente donde y cuándo los cambios duraderos tienen lugar.

SUMARIO Y CONCLUSION

Este es el proceso de la RET. Más que hablar exactamente de lo que hace el terapeuta racional-emotivo en la RET, el propósito de este capítulo ha sido orientar al lector en el proceso de RET, en las etapas y las metas o propósitos de cada etapa. En este capítulo se distinguieron cuatro etapas: psicodiagnóstico racional-emotivo, insight racional-emotivo, y trabajar hacia racional-emotivo, partes 1 y 2.

Los practicantes interesados en hacer RET encontrarán en este capítulo una visión superficial muy amena; sin embargo, para hacer bien la RET, es, desde luego, aconsejable que los lectores se familiaricen con la multitud de técnicas y habilidades del arsenal de la RET, además de estudiar con y ser supervisados por un practicante cualificado de la RET. Se aconseja a los lectores leer los capítulos que siguen en esta unidad y varios de los libros destacados de la RET ya publicados, en los que se habla en gran detalle de lo que hacen los terapeutas de la RET, incluyendo Bard (1980), Ellis (1962, 1971, 1973), Ellis y Grieger (1977), Grieger y Boyd (1980), Waler, DiGiuseppe y Wessler (1980), y Wessler y Wessler (1980).

REFERENCIAS

- Bard, J. A. (1980). *Rational-emotive therapy in practice*. Champaign, Ill.: Research Press.
- DiGiuseppe, R., Miller, N., & Trexler, L. (1977). A review of rational-emotive outcome studies. *The counseling Psychologist*, 7, 64-72.
- Ellis, A. Razón y emoción en psicoterapia. Bilbao. Desclée De Brouwer, 1975.
- Ellis, A. (1967). Goals of psychotherapy. In A. R. Maurer (Ed.), *The goals of psychotherapy*. New York: Appleton-Century Crofts.
- Ellis, A. (1971). *Growth through reason*. Palo Alto, Calif.: Science and Behavior Books.
- Ellis, A. (1973). *Humanistic psychotherapy; The rational-emotive approach*. New York: McGraw-Hill.
- Ellis, A. (1977). Rational-emotive therapy: Research data that supports the clinical and personality hypotheses of RET and other modes of cognitive behavior therapy. *The Counseling Psychologist*, 7, 2-42.
- Ellis, A., & Grieger, R. *Manual de terapia racional emotiva*. Bilbao. Desclée De Brouwer, 1985.
- Grieger, R., & Boyd, J. (1980). *Rational-emotive therapy: A skills-based approach*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Grieger, R., & Grieger, I. Z. (1982). *Cognition and emotional disturbance*. New York: Human Sciences Press.
- McGovern, T. E., & Silverman, M. A. (1984). A review of outcome studies of rational-emotive therapy from 1977 to 1982. *Journal of Rational-Emotive Therapy*, 2, 7-18.
- Waler, A. R., DiGiuseppe, R., & Wessler, R. R. (1980). *A practitioner's guide to rational-emotive therapy*. New York: Oxford University Press.
- Wessler, R. A., & Wessler, R. L. (1980). *The principles and practices of rational-emotive therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.

Técnicas Didácticas de Persuasión en la Reestructuración Cognitiva*

Thomas H. Harrell, Irving Beiman, y Karen La Pointe

Los procedimientos terapéuticos que enfatizan el rol de las variables cognitivas han sido empleados de modo creciente en los últimos años. Desgraciadamente la proliferación de las técnicas de tratamiento cognitivo no ha sido, en general, acompañado por una evaluación empírica sistemática de su eficacia (Mahoney, 1974). Esta deficiencia de investigación controlada puede ser explicada, al menos en parte, por los relativamente pocos intentos para especificar los procedimientos encontrados en la diversidad de técnicas y enfoques abarcados bajo la etiqueta de «terapia cognitiva».

Los intentos en la especificación han sido notablemente limitados y no se han aplicado a todos los aspectos relevantes del tratamiento cognitivo. Mahoney (1974) sugiere al menos los siguientes componentes operativos en el enfoque de la terapia racional-emotiva de Ellis (RET): (1) persuasión didáctica hacia un sistema de creencias que reconoce el juego de los pensamientos irracionales en la angustia subjetiva y en la realización deficiente, (2) entrenamiento en la observación y discriminación de auto-afirmaciones, (3) entrenamiento en la evaluación lógica y empírica de auto-afirmaciones, (4) tareas de ejecución graduada, (5) feedback social inmediato, (6) instrucciones y refuerzo selectivo por la modificación de auto-afirmaciones, y (7) modelado y role-playing del terapeuta de estilos de mediación cognitiva recomendada. Componentes similares han sido delineados por diversos autores intentando integrar la RET dentro del esquema de terapia conductual (Beck, 1970; Goldfried y Davison, 1976; Goldfried, Decenteceo y Weinberg, 1974; Meichenbaum, 1972; Rimm y Masters, 1974). Estas últimas propuestas han producido

* Este capítulo es reimpresión de *Rational Living*, 1980, 15(1), 3-8.

una especificación de esas técnicas, tales como, tareas de ejecución graduada y modelado del terapeuta, que son más afines a la evaluación conductual.

El reconocimiento de Mahoney (1974) de la persuasión didáctica como uno de los componentes activos de la RET es un paso importante, ya que muchos practicantes de la RET, incluyendo el propio Ellis, confían firmemente en los métodos de persuasión verbal para ayudar a los clientes a reconocer el rol de los pensamientos irracionales en la angustia subjetiva y para facilitar el desarrollo de un sistema de creencias más «racional». Aunque el conjunto ha sido reconocido, las técnicas específicas implicadas en la persuasión didáctica no han sido explicadas de ninguna manera sistemática. Por lo tanto, los métodos didácticos aparecen como procedimientos fortuitos (Goldfried, et al., 1974), no apoyados por datos empíricos que comprueben su eficacia. Creemos que la condición de no verificación empírica y el carácter fortuito de los métodos de persuasión verbal es una consecuencia de los fracasos para operativizar estos procedimientos. Ya que muchas de las técnicas cognitivas mencionadas previamente acontecen en o durante diversos métodos persuasivos verbales, es esencial una clara especificación de los últimos si tienen que darse una enseñanza e implementación adecuados de la terapia cognitiva, y una investigación en la terapia cognitiva.

La explicación de los componentes del procedimiento es un paso inicial y esencial hacia una investigación de resultados metodológicamente firme (Fiske et al., 1970; Paul, 1967). Sin la operativización de los procedimientos de tratamiento, la veracidad y validez de la implementación por parte del terapeuta de tales métodos no pueden ser verificados empíricamente. Por el contrario, sin evidencia de que esos procedimientos fueron consistente y correctamente empleados, no pueden ser concretadas como las variables del tratamiento responsables de los efectos observados. Además sin especificar claramente los procedimientos de la terapia cognitiva, se reduce la comunicabilidad de estas estrategias entre terapeutas. Esto limita la capacidad para aprender, así como la certeza de la implementación digna de crédito, de los tratamientos cognitivos.

El propósito del presente capítulo es especificar los métodos de persuasión verbal que pueden utilizarse en terapia cognitiva. Aunque las técnicas de persuasión verbal pueden encontrarse en áreas tan diversas como en el cambio y la persuasión de la actitud, en la argumentación y el debate, así como en la reestructuración cognitiva y el auto-control, sólo serán presentados aquí aquellos procedimientos considerados aplicables dentro del contexto de una relación terapéutica. Esta explicación de las técnicas de persuasión didácticas se propone facilitar la aplicación clínica de los procedimientos de la terapia cognitiva así como para los esfuerzos de la investigación futura al investigar su efectividad individual o colectiva.

TECNICAS DIDACTICAS DE PERSUASION

Explicación de la Razón Fundamental Terapéutica

Las suposiciones básicas, las consideraciones teóricas relevantes, y el apoyo empírico relacionado con el proceso de tratamiento se explican al cliente en términos claros, no técnicos. El valor persuasivo de esta explicación permite disminuir la no familiaridad del cliente con los métodos de tratamiento y explicar su papel en

el proceso de terapia. La razón fundamental también prepara al cliente para la aceptación de la conveniencia del (los) métodos(s) del tratamiento elegido(s) y evita la «terquedad» (las ideas de resistencia obtenidas por presentar conclusiones sin discusión o explicación previa) (McBurney y Mills, 1964).

Terapéuticamente, hay varios elementos activos en la presentación de la razón fundamental. Las cogniciones son situadas en un sistema simbólico formal que permite al cliente representar sus cogniciones de forma tangible y le lleva a centrar la atención tanto sobre su contenido, como sobre las consecuencias, como sobre los elementos críticos en el procedimiento terapéutico (Mahoney, 1974). El paradigma formal y racional permite un «sistema conceptual compartido» entre el terapeuta y el cliente (Frank, 1961). Al aceptar el paradigma, el cliente está esencialmente de acuerdo con el plan terapéutico en su totalidad, incrementando la probabilidad de un cambio cognitivo más extenso.

La razón fundamental acentúa la responsabilidad personal del cliente hacia sus pensamientos y sentimientos, de tal modo que anima a que el cliente perciba que es, de hecho, el responsable de y que ejerce control sobre sus cogniciones desadaptadas. Este elemento es esencial para asegurar la participación activa del cliente en el plan terapéutico, y para situar el tratamiento dentro de un modelo de auto-control (Kanfer y Karoly, 1972; Mahoney y Thoresen, 1974). Un ejemplo excelente de una razón terapéutica fundamental se puede ver en Bernstein y Borokovc (1973), aunque el procedimiento descrito es un entrenamiento progresivo en relajación.

Análisis y Evaluación Lógica

Los principios de la lógica son aplicados por el terapeuta para alterar las condiciones desadaptadas del cliente (Beck, 1976; Ellis, 1962, 1971, 1973). La discusión lógica o el argumento formal pueden dirigirse hacia dos temas: (1) la validez lógica de la premisa del cliente (por ejemplo, la creencia o suposición desadaptada) y (2) la incongruencia, con su conducta, de la premisa del cliente.

Ellis (1962) enumera múltiples razones para la invalidación lógica de las premisas irracionales comunes. Estas razones se usan en un argumento lógico para desafiar las premisas irracionales del cliente.

Se pueden aplicar dos formas de razonamiento cuando se maneja la incongruencia de la creencia y de la conducta. Al aplicar una generalización a un caso específico, se usa el razonamiento deductivo para mostrar cómo la conducta no se sigue de la premisa básica. Por ejemplo, «La semana pasada discutimos cómo no era posible para nadie vivir con arreglo a todas las expectativas que los otros tienen con respecto a nosotros. Todavía hoy parece degradarte a ti misma como madre porque no fuiste capaz de dar a tu hija toda la atención que quería, mientras tu estabas preparando la cena. Parece ser particularmente duro para ti aceptar de modo realista tus limitaciones en la relación con tu hija ¿Es posible para ti satisfacer todas las demandas de tu hija a lo largo del día?»

Hay ocasiones en las que un cliente aborda una conducta adaptada que es inconsistente con una creencia desadaptada. En este caso se utiliza el razonamiento inductivo, al trazar una generalización de casos específicos para mostrar cómo la creencia no se deduce de la conducta. Por ejemplo, «Suenas como que fuiste capaz

de manejar esa situación muy bien. Entraste en una habitación atestada y te dijiste a ti mismo «Yo estoy aquí ahora, y me siento un poco nervioso, pero la mayoría de la gente es algo aprensiva en una situación nueva, así que mis sentimientos son naturales y esperados». «Me parece que estas manejando las nuevas situaciones sociales de una manera mucho más realista».

Reducción al Absurdo

El terapeuta aparenta asumir, por el momento, que la premisa irracional del cliente es correcta. A continuación llevando la premisa defectuosa a su extremo lógico, se ilumina su absurdo (Ellis, 1962, 1971, 1973). Por ejemplo, «Estas diciendome que te sientes realmente necesitado de tener la aprobación de otras personas y no puedes aguantar sentirte ofendido por alguien. Asumamos que realmente puedes vivir tu vida sin ofender a nadie y que puedes ganar la aprobación de todo el mundo ¿Qué supondría eso? Bien, tendrás que vestir de la forma que todo el mundo aprueba, peinarte de la forma que aprueba todo el mundo, comer lo que otras personas aprueban, beber lo que otras personas aprueban, decir cosas que otras personas aprueban, y actuar siempre de la forma que otras personas encuentran aceptable. Por supuesto, para estar seguro de no ofender a nadie, tendrás que conocer todo acerca de lo que a cada persona le gusta. Así que no podrás estar con nadie hasta que lo conozcas bastante bien para no ofenderle nunca. Y además nunca podrás estar con gente que aprueben cosas diferentes porque por hacer lo que una persona aprueba, podrías ofender a otra».

Análisis y Evaluación Empírica

La cognición es comparada con las observaciones de la vida real y/o la evidencia empírica relacionada con el contenido de la cognición. La comparación permite una evaluación del grado en que la cognición es una expresión realista de los hechos conocidos de una situación (Beck, 1970, 1976; Ellis, 1962, 1971, 1973). Por ejemplo, «Pareces estar diciendo que has fallado en todas las cosas que has intentado siempre en tu vida. Se me ocurre que una forma de determinar si este es realmente el caso es mirar el pasado de tu vida y ver si no puedes identificar algunos logros, del mismo modo que algunos fracasos. Intentaremos ser muy objetivos cuando hagamos esto y veremos si este examen realmente corrobora tu creencia».

Esta técnica parece ser particularmente efectiva cuando es complementada con la asignación de tareas organizadas de tal manera que el cliente hace observaciones y acumula información que indica el grado en el que la cognición refleja de forma realista las experiencias de la vida diaria (Ellis, 1962).

Contradicción con el Valor Apreciado

El terapeuta introduce una situación disonante para el cliente demostrándole que una cognición particular contradice o es incongruente con una creencia o

cualidad valorada (Crabb, 1977). Por ejemplo, «Eres demasiado inteligente para creer que cualquier persona podría satisfacer todas tus necesidades al 100% siempre». Reconocer la incompatibilidad de las dos cogniciones puede llevar al cliente a reducir las disonancias resultantes modificando la desadaptada. A menos que la disonancia se resuelva, se mantendrá una cognición que es inconsistente con una cualidad o creencia valorada personalmente.

Reacción Incrédula del Terapeuta

El terapeuta intenta inducir la disonancia expresando simplemente de una forma incrédula, su no creencia de que el cliente pudiera realmente mantener una cognición irracional desadaptada de este tipo (Ellis, 1962, 1971, 1973). Por ejemplo, «Tu no esperas *realmente* que ella responda a todas tus demandas, ¿no es cierto?» La utilización terapéutica de esta técnica requiere que el terapeuta dirija la incredulidad hacia la *actitud* del cliente y no hacia el cliente; si se hace de otra forma es probable que el cliente responda con defensividad y resistencia.

Apelar a las Consecuencias Negativas

Las conductas desadaptadas del cliente y las consecuencias negativas de esas conductas son representadas como resultado de las cogniciones desadaptadas (Ellis, 1962, 1971, 1973). La técnica incluye especificar las consecuencias negativas de la cognición desadaptada y animar al cliente a evitar o escapar de las consecuencias displacenteras mediante la modificación de la cognición problemática. Se especifican a menudo las consecuencias afectivas, tales como la depresión y la ansiedad, así como los resultados conductuales, tales como baja ejecución en un examen o la evitación continua de actividades placenteras potenciales. Por ejemplo, la creencia infundada de un cliente de que es mucho menos competente en las relaciones heterosexuales que sus iguales podría contestarse de esta manera: «Se que querias realmente disfrutar cuando saliste el último fin de semana con una chica, ¿pero puedes ver cómo tu constante auto-evaluación de tu ejecución te impedía estar relajado y espontáneo?» Cuando estás constantemente convenciendo de que eres incompetente e incapaz de hacer las cosas bien, te estas poniendo tan nervioso que estás seguro de parecer inseguro y cometes errores.

Analogías Negativas

El terapeuta verbaliza una analogía que aparea la cognición desadaptada del cliente con un estímulo negativo; por ejemplo, una escena imaginaria desagradable incitada por una analogía (Crabb, 1971). Se proyecta la analogía para elicitar sentimientos negativos con respecto a la cognición. Por ejemplo, la creencia de un cliente de que necesita a su madre por seguridad, lo que produce su pérdida de conducta independiente desde que dejó el colegio, podría responderse de la siguiente manera: «Tu conducta me recuerda a un chiquillo de dos años bajando a la calle

mirando por encima de su hombro para ver si mamá está todavía observando desde la puerta. Si está, seguirá, sabiendo que mamá fiel irá a por él. Si falla, si no está, correrá a casa y no intentará ninguna actividad independiente».

La analogía deberá ser desarrollada de tal forma que los sentimientos negativos se asocien con la cognición desadaptada y no se dirijan hacia él como persona. De otro modo es probable que aumente la defensividad o elicithe hostilidad.

Apelar a las Consecuencias Positivas del Cambio

Las consecuencias positivas de las cogniciones adaptadas, alternativas, son desarrolladas por el terapeuta y el cliente (Brehm y Cohen, 1962). El terapeuta puede especificar las consecuencias afectivas y conductuales adaptadas al cambio cognitivo, centrándose inicialmente en las consecuencias más aparentes e inmediatas y gradualmente desarrollar aquellas con una de naturaleza a largo plazo. Por ejemplo, «Mira cuantas cosas harías si asumieses que eres capaz de estar seguro de ti mismo y relajado en situaciones sociales más variadas. En primer lugar, podrías asistir a fiestas y conocer a nuevas personas; podrías también comenzar a quedar con gente en vez de quedarte en casa todo el fin de semana. Cuando ganases más confianza en tus habilidades, podrías empezar a tomar más iniciativa al determinar tu propia vida social y organizar activamente aquellas situaciones en las que disfrutas más».

El propósito de este procedimiento es inducir al cliente a evaluar las consecuencias positivas de las cogniciones más adaptadas a través de una variedad de situaciones. La aplicación exitosa depende, sin embargo, de estar seguros de que el cliente percibe la relación entre el cambio cognitivo y las consecuencias positivas anticipadas. Las tareas de ejecución graduada en las que el cliente experimenta consecuencias positivas contingentes a las modificaciones cognitivas adaptadas deberán servir para ejemplificar la validez de esta relación y para facilitar cambios más permanentes. Este método también deberá ser más eficaz si se usa en conjunción con las técnicas que acentúan los aspectos negativos de mantener las condiciones desadaptadas.

CONCLUSION

A pesar de la proliferación actual de las técnicas de tratamiento cognitivo, aquellas que caen dentro de la categoría de los procedimientos de persuasión verbal han permanecido en general no especificadas. Esta falta de especificación ha llevado a las técnicas de persuasión didácticas a ser etiquetadas como fortuitas y no verificadas (Goldfried, et al., 1974). Para poder incrementar la comunicabilidad entre los terapeutas y facilitar la investigación, diversas técnicas de persuasión didácticas han sido operativizadas en este capítulo. Para facilitar la claridad en la presentación, estas técnicas han sido delineadas sin referencia a procedimientos terapéuticos adicionales. Sin embargo, con respecto a la aplicación clínica, estos procedimientos didácticos deberían ser conceptualizados como uno de tantos componentes dentro de una estrategia de tratamiento comprensiva cognitivo-conductual (ver Beck, 1976; Goldfried y Davison, 1976, Mahoney, 1974).

El punto final aborda el tema de cómo las estrategias de persuasión cognitiva pueden llevarse a cabo de forma más eficaz. Una relación cliente-terapeuta que incorpore las cualidades de respeto, confianza, empatía, y congruencia se observa a menudo como un prerrequisito para la ejecución satisfactoria de los procedimientos terapéuticos (Frank, 1961; Goldstein, 1975). Aunque la importancia de la relación cliente-terapeuta se enfatiza en casi todos los enfoques de psicoterapia, las técnicas de evaluación lógica y persuasiva requieren una atención cuidadosa particular del estilo interpersonal del terapeuta y la habilidad para desarrollar una relación terapéutica. Los peligros específicos de los terapeutas inexpertos son entre otros: dedicarse a argumentos improductivos, comunicar falta de respeto hacia el cliente, y fallar al mantener la distinción entre el cliente como persona y las cogniciones del cliente. Las dificultades de esta naturaleza pueden ser eludidas más eficazmente al esforzarse en una relación terapéutica en la que el cliente y el terapeuta están trabajando juntos para establecer un estilo más efectivo de vivir para el cliente.

REFERENCIAS

- Beck, A. T. Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1970, 1, 184-200.
- Beck, A. T. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press, 1976.
- Bernstein, D., & Borkovec, T. Entrenamiento en relajación progresiva. Bilbao. Desclée De Brouwer, 1976.
- Brehm, J. W., & Cohen, A. R. *Explorations in cognitive dissonance*. New York: Wiley, 1962.
- Crabb, L. J. Sensible psychotherapy. Unpublished manuscript, University of Illinois at Champaign-Urbana, 1971.
- Ellis, A. Razon y emoción en psicoterapia. Bilbao. Desclée De Brouwer, 1975.
- Ellis, A. *Growth through reason*. Palo Alto, Calif.: Science and Behavior Books, 1971.
- Ellis, A. *Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach*. New York: Julian Press, 1973.
- Fiske, D. W., Hunt, H.F., Luborsky, L., Orne, M. T., Parloff, M. B., Reiser, M. F., & Tuma, A. H. Planning for research on effectiveness of psychotherapy. *American Psychologist*, 1970, 25, 727-737.
- Frank, J. D. *Persuasion and healing*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1961.
- Goldfried, M. R., & Davison, G. C. *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1976.
- Goldfried, M. R., Decentecce, E. T., & Weinberg, L. Systematic rational structuring as a self-control technique. *Behavior Therapy*, 1974, 5, 247-254.
- Goldstein, A. P. Relationship-enhancement methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia*. Bilbao. Desclée De Brouwer, 1982.
- Hanson, R. W., & Adesso, V. J. A multiple behavioral approach to male homosexual behaviors: A case study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1972, 3, 323-325.
- Heintz, A. C. *Persuasion* (Rev. ed.). Chicago: Loyola University Press, 1974.
- Humphreys, L., & Beiman, I. The application of multiple behavioral techniques to multiple problems of a complex case. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1975, 6, 311-315.

- Kanfer, F. H., & Karoly, P. Self-control: A behavioristic exploration into the lion's den. *Behavior Therapy*, 1972, 3, 398-416.
- Kanfer, F. H., & Phillips, J. S. *Learning foundations of behavior therapy*. New York: Wiley, 1970.
- Karlins, M., & Abelson, H. I. *Persuasion* (2nd. ed.). New York: Springer, 1970.
- Karoly, P. Multicomponent behavioral treatment of fear of flying: A case report. *Behavior Therapy*, 174, 5, 265-270.
- Mahoney, M. J. *Cognition and behavior modification*. Cambridge, Mass.: Ballinger, 1974.
- Mahoney, M. J., & Thoresen, C. E. *Self-control: Power to the person*. Monterey, Calif.: Brooks Cole, 1974.
- McBurney, J. H., & Mills, G. E. *Argumentation and debate* (2nd ed.). New York: Macmillan, 1964.
- Meichenbaum, D. Ways of modifying what clients say to themselves: A marriage of behavior therapies and rational-emotive therapy. *Rational Living*, 1972, 7, 23-27.
- Meichenbaum, D. *Cognitive behavior modification*. Morristown, N. J.: General Learning Press, 1974.
- Paul, G. L. The strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 1967, 31, 109-118.
- Rehm, L. P., & Rozensky, R. H. Multiple behavior therapy techniques with a homosexual client. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1974, 5, 53-57.
- Rimm, D. C., & Masters, J. C. *Behavior therapy*. New York: Academic Press, 1974.

14

Métodos Activos en la Terapia Racional-Emotiva*

Windy Dryden

La meta fundamental de la terapia racional-emotiva es permitir a los clientes vivir vidas útiles ayudándoles a cambiar sus inferencias defectuosas y evaluaciones irracionales acerca de sí mismos, otras personas y el mundo. Aunque hay muchas formas de alcanzar esta meta, el propósito de este capítulo es subrayar las formas en las que los terapeutas racional-emotivos pueden hacer del proceso terapéutico una experiencia más intensa para sus clientes de modo que puedan ser estimulados para identificar y cambiar sus inferencias defectuosas y sus evaluaciones irracionales más eficazmente. Diversos terapeutas racional-emotivos y cognitivos han escrito ya sobre el uso de métodos activos en terapia (Arkoff, 1981; Ellis, 1979; Freeman, 1981; Knaus y Wessler, 1976; Walen, DiGiuseppe, y Wessler, 1980; y Wessler y Wessler, 1980). Sin embargo, está todavía por aparecer un informe comprensivo de los usos, ventajas y limitaciones de tales métodos en la literatura de la terapia racional-emotiva. En este capítulo, se prestará atención al uso de métodos activos en la *evaluación de problemas*, métodos de *debate* activos, y formas activas en las que el cliente puede *trabajar hacia* sus problemas emocionales y conductuales.

FUNDAMENTO DE LOS METODOS ACTIVOS EN LA RET

Los terapeutas racional-emotivos pretenden ayudar a los clientes a lograr sus metas a través de la aplicación sistemática de los métodos cognitivos, emotivos,

* Este capítulo combina tres artículos del Dr. Dryden: (1) «Vivid RET: Problem assessment», *Rational Living*, 1983, 18, 7-12; (2) «Vivid RET: Disputing methods», *Journal of Rational-Emotive Therapy*, 1983, 1, 9-14, y (3) «Vivid RET: The working through process», *Journal of Rational-Emotive Therapy*, 1984, 1, 27-31. Reproducido con permiso del *Rational Living* y del *Journal of Rational Emotive Therapy*.

y conductuales. Sin embargo, terapeuta y cliente confían profundamente en el diálogo verbal en sus encuentros durante las sesiones. El tono de tal diálogo en las sesiones de terapia racional-emotiva puede ser rico, estimulante, e interesante, pero a menudo es demasiado arido y trivial (como testificarán los supervisores de los terapeutas principiantes racional-emotivos). Aunque el papel de la excitación emocional en la facilitación del cambio de actitudes es complejo (Hoehn-Saric, 1978), yo afirmo que la mayoría de los clientes pueden ser ayudados mejor a reexaminar las inferencias defectuosas y las creencias irracionales si nosotros como terapeutas obtenemos su atención total y hacemos de la terapia una experiencia memorable para ellos. Aunque en la literatura de la terapia racional emotiva no hay estudios que se dirijan a este punto, existe alguna indicación de estudios de proceso-y-resultado llevados a cabo con terapia centrada en el cliente en los que las intervenciones activas del terapeuta se asocian a resultados exitosos del cliente y con ciertas conductas de los clientes en terapia que han sido vinculadas con resultados positivos (Rice, 1965; Rice, 1973; Rice y Gaylin, 1973; Rice y Wagstaff, 1967; Wexler, 1975; Wexler y Butler, 1976). En el presente no sabemos si ciertas conductas del cliente en terapia se asocian con resultados exitosos en la RET. Incluso, es posible suponer que tales conductas de los clientes en la sesión acompañan y se incluyen totalmente en el proceso terapéutico y establecer conexiones entre el diálogo en la sesión y las actividades fuera de la sesión, se asociará con la ganancia terapéutica en la RET. Si esto resulta correcto, entonces mi afirmación va más allá, apoyando que los métodos activos de la RET pueden producir más eficazmente tal conducta en el cliente.

Dada la escasez de estudios muy necesarios en estos aspectos, la evidencia anecdótica tendrá que ser suficiente. Esto implica feedback de mis clientes, que a menudo cuentan incidentes de (1) cómo mis propias intervenciones terapéuticas activas les ayudó a reexaminar gran parte de sus cogniciones disfuncionales y (2) cómo ellos, con mi estímulo, mejoraron al hacer del proceso de trabajar-hacia una experiencia más estimulante para ellos.

Deberá hacerse hincapié desde el principio que, aunque hay un lugar para los métodos activos en la RET, es mejor introducirlos en la terapia en las ocasiones apropiadas y dentro del contexto de una buena alianza terapéutica.

EVALUACION DEL PROBLEMA

La terapia racional-emotiva efectiva depende inicialmente de que el terapeuta obtenga una clara comprensión de (1) los problemas del cliente en términos cognitivos, emotivos y conductuales y (2) los contextos en los que los problemas de los clientes tienen lugar. En gran parte, el terapeuta depende de los relatos verbales del cliente para obtener tal entendimiento. Es en este área cuando pueden aparecer muchos obstáculos para progresar. Algunos clientes tienen gran dificultad para identificar y/o etiquetar exactamente sus experiencias emocionales. Otros clientes están en contacto con sus emociones y son capaces de describirlas pero encuentran difícil relacionarlas con los sucesos activadores (tanto externos como internos). Incluso otro grupo de clientes es capaz de contar los sucesos activadores problemáticos y las experiencias emocionales fácilmente pero tienen dificultad en ver cómo estas pueden relacionarse con las cogniciones mediadoras. Los métodos

activos pueden usarse en unas gran variedad de formas para vencer tales obstáculos en una evaluación válida y fidedigna de los problemas del cliente.

Vivacidad al Describir Sucesos Activadores

Con algunos clientes, los procedimientos de evaluación tradicional a través del diálogo verbal no siempre depara la información deseada. Cuando sucede esto los terapeutas racional-emotivos a menudo usan métodos de imaginación. Piden a los clientes que piensen en imágenes evocadas de sucesos activantes. Esta imaginación evocada a menudo estimula la memoria del cliente relativa a sus reacciones emocionales o en vez de eso en algunos casos les lleva a reexperimentar estas reacciones en la sesión. Mientras se centra en tales imágenes, el cliente también puede empezar a tener acceso a los procesos cognitivos que se encuentran por debajo del nivel de consciencia que no pueden ser alcanzados con facilidad a través del diálogo verbal.

Uno de los usos particularmente eficaz de la imaginación en la evaluación de los problemas del cliente es que trae los sucesos del futuro al presente. Esto se ilustra mediante el siguiente intercambio con una cliente que estaba aterrada porque su madre pudiera morir, lo cual le llevaba a ser extremadamente inasertiva con la madre:

- TERAPEUTA: Así que sientes que no le puedes levantar la voz. ¿Qué sucedería si actuases así?
- CLIENTE: Bueno, podría sufrir un achaque.
- TERAPEUTA: ¿Y qué pasaría si lo sufriese?
- CLIENTE: Podría tener un ataque al corazón y morir.
- TERAPEUTA: Bien, sabemos que es una mujer que está delicada, pero vamos a dejar el miedo por el momento, ¿de acuerdo?
- CLIENTE: De acuerdo.
- TERAPEUTA: ¿Qué pasaría si se muriese?
- CLIENTE: No puedo pensar... yo... lo siento.
- TERAPEUTA: Está bien. Se que es difícil, pero realmente pienso que sería útil si pudiéramos llegar al fondo de la cuestión. ¿De acuerdo? (La cliente asiente). Mira, Majorie, quiero que te imagines que tu madre acaba de morir esta mañana. ¿Puedes imaginarlo? (La cliente asiente y empieza a temblar). ¿Qué estás experimentando?
- CLIENTE: Cuando dijiste que mi madre estaba muerta empecé a sentirme totalmente sóla... como si no hubiese nadie para cuidarme... nadie a quién pudiese recurrir.
- TERAPEUTA: ¿Y si no hay nadie para cuidarte, nadie que se preocupe de ti...?
- CLIENTE: Oh, ¡Dios mío!, se que no podría soportarlo yo sola.

Instruir a los clientes a imaginar activamente algo que ha sido evitado conduce a la ansiedad. Es importante tratar esta ansiedad, cuando está relacionada con el problema central del cliente. A menudo aparecen temas como miedo a perder el control, frenofobia y ansiedad perturbadora extrema cuando esta ansiedad se eva...

en su totalidad. Sin embargo, algunos clientes encuentran difícil imaginar sucesos espontáneamente y requieren asistencia terapéutica.

Aunque los métodos de imaginación se usan ahora de forma rutinaria en la terapia cognitivo conductual (p. ej., Lazarus, 1978), existen pocos escritos de cómo los terapeutas pueden estimular los procesos imaginativos de los clientes. Yo he utilizado varios de los siguientes métodos activos para probar y ayudar a los clientes a utilizar su potencial para imaginar sucesos.

Lenguaje del Terapeuta Connotativo y Activo. Una forma eficaz para ayudar a los clientes a usar su potencial imaginativo es que el terapeuta use un lenguaje rico, colorista, y evocativo mientras ayuda al cliente a entrar en la escena. A menos que, el terapeuta haya obtenido información diagnóstica previa, con frecuencia tiene dudas acerca de qué estímulos en el suceso activador están relacionados en concreto con el problema del cliente. Por lo tanto es mejor ofrecer a los clientes muchas alternativas. Por ejemplo, con un cliente socialmente ansioso procedí así, después de intentar sin éxito conseguir que usase su propio potencial imaginativo.

TERAPEUTA: De momento no tenemos claro lo que te produce ansiedad. Lo que me gustaría sugerir es que usemos nuestra imaginación para ayudarnos. Te ayudaré a entrar en escena basándome en lo que hemos discutido ya. No obstante, ya que no hemos descubierto todavía factores concretos, algunas de las cosas que yo diga podrían no ser relevantes. ¿Tendrás paciencia con migo y me harás saber cuando lo que digo resuena en tí?

CLIENTE: De acuerdo.

TERAPEUTA: Muy bien. Cierra los ojos e imagina que estas entrando en el baile. Entrás y algunos de los tíos que están allí te echan un vistazo. Puedes ver las sonrisas irónicas en sus caras burlescas y uno de ellos te lanza un beso. (Aquí estoy evaluando una hipótesis basada en una información obtenida previamente). Empiezas a estar furioso por dentro, y...

CLIENTE: Bien, cuando dices que empezaba a enfurecerme, juzgué el ambiente. Pensé que no puedo dejarles que lo hagan impunemente porque si les dejo perder los estribos. Comencé a sentirme ansioso.

TERAPEUTA: ¿Y si no perdistes los estribos?

CLIENTE: No podría volver allí con la cabeza alta.

TERAPEUTA: ¿Qué sucedería entonces?

CLIENTE: No se. Yo... Es gracioso la forma en que lo veo, nunca volvería a salir.

Aquí utilicé palabras como «sonrisas irónicas», «burlas», «lanzar», y «estar furioso» deliberadamente en mi intento de estimular la imaginación del cliente. Es también importante para el terapeuta modular su voz de tal forma que esté a tono con el lenguaje empleado.

Fotografías. A veces he pedido a los clientes que traigan reportajes fotográficos de otros significativos o lugares significativos. Estos se guardan a mano para usarse en momentos relevantes del proceso evaluativo. He encontrado el uso de fotografías particularmente útil cuando el cliente discute un suceso del pasado que está todavía molestándole. Así, por ejemplo, un cliente que hablaba sin emoción acerca de ser rechazado por su padre que murió hacía siete años, rompió a llorar amargamente

cuando le pedí que mirase una fotografía de él y de su padre colocados separados uno del otro. Se expresaron sentimientos de daño y cólera (con sus cogniciones asociadas), lo que nos permitió dirigirnos a la etapa de debate.

Otros Recuerdos. De forma similar, a veces he pedido a los clientes que trajesen recuerdos. Estos pueden ser dibujos suyos, pinturas significativas para ellos, y poemas escritos tanto por ellos mismos como por otras personas. Lo importante es que estos recuerdos sirvan para relacionarse con los temas que el cliente está trabajando en la terapia. Un bloqueo en la evaluación fue vencido satisfactoriamente con una cliente cuando le pedí que trajera algo que recordará a su madre. Trajo un frasco de perfume que su madre estaba acostumbrada a llevar. Cuando le pedí que oliese el perfume en un momento de la terapia en el que el proceso de evaluación a través del dialogo verbal estaba de nuevo estancado, se ayudó a la cliente a identificar sentimientos de celos hacia su madre, que experimentaba siempre que su madre le «abandonaba» para salir a socializarse. Por otra parte, mi cliente estaba avergonzada de tales sentimientos. Este tema se relacionó de manera central con el problema presentado de depresión.

Otra de mis clientes estaba deprimida por haber perdido a su novio. Tuve gran dificultad para ayudarlo a identificar algunas cogniciones mediadoras relacionadas a través de procedimientos de evaluación tradicional. Diversas aproximaciones tentativas por mi parte también fracasaron para concretar procesos cognitivos relevantes. Después le pedí que trajera a nuestra próxima sesión alguna cosa que le recordara a su ex-novio. Trajo una grabación de una canción popular que había llegado a ser para ellos como «nuestra canción». Cuando recreé la canción en un punto apropiado de la entrevista, mi cliente empezó a sollozar y expresó sentimientos de abandono, daño, y miedo al futuro. De nuevo un método activo había desenterrado importante material de evaluación donde los métodos tradicionales habían fracasado.

Se debería resaltar de estos ejemplos que bastante a menudo tales métodos dramáticos conducen a la expresión de fuertes reacciones afectivas en la sesión. Esto es a menudo una parte importante del proceso, porque tales reacciones afectivas son la puerta para la identificación de procesos cognitivos desadaptados que son difíciles de identificar a través de métodos más tradicionales de evaluación.

Técnica de la «Pesadilla Interpersonal» Los terapeutas racional-emotivos y cognitivos a veces emplean métodos originalmente derivados de la terapia gestáltica y el psicodrama para ayudarse en la fase de evaluación de la terapia. Estos han sido adecuadamente descritos (Arnkoff, 1987; Nardi, 1979) y no se discutirán aquí. Sin embargo me gustaría describir una técnica relacionada que he desarrollado (Dryden, 1980), lo que he llamado técnica de la «pesadilla interpersonal». Esta técnica puede usarse mejor con los clientes que son capaces de especificar sólo superficialmente un suceso «temido» anticipado que implica a otras personas pero no son capaces de especificar en detalle la naturaleza de los sucesos ni cómo reaccionarían si el suceso fuese a ocurrir. Primero se asigna al cliente la tarea de imaginar el suceso «temido». Se les dice que escriban un breve segmento de una obra dramática sobre eso, especificando las palabras exactas que los protagonistas emplearían. Se anima al cliente a dar rienda suelta a su imaginación mientras se centra en lo que teme que podría suceder. Un ejemplo bastará. El siguiente escenario

fue desarrollado por una mujer de 55 años con problemas de alcoholismo que estaba aterrada de cometer errores en la oficina donde trabajaba como mecanógrafa.

ESCENA: La oficina del jefe donde él se sienta detrás de una gran mesa de despacho. Ha averiguado que una de las mecanógrafas ha archivado inadvertidamente una carta de manera errónea y le manda llamar. Entra y se coloca delante del jefe.

JEFE: ¿Tienes algo que decirme de este asunto?

MECANOGRAFA: Sólo que le pido perdón y que seré más cuidadosa en el futuro.

JEFE: ¿Que quieres decir cuando dices que serás más cuidadosa en el futuro ¿qué te hace pensar que tienes futuro? (En este punto él comienza a dar golpes sobre la mesa). Nunca hasta ahora me he encontrado a nadie menos competente o menos apto para el trabajo que tú. Presta atención a mis palabras, te haré la vida tan incómoda que te marcharás. Cuando tomé posesión de este trabajo me propuse tener a la gente que yo quería que trabajase con migo y tú no estabas en esa lista. Ya me he deshecho de dos mecanógrafas, y creo que eres la tercera. Ahora sal de mi despacho tonta estúpida e inútil, y recuerda que estaré siempre observándote y que nunca sabrás cuando estaré detrás de tí.

Después de repasar la escena con el cliente, haciendo preguntas acerca del tono en que creía que su jefe diría estas frases y pidiéndole que identificara qué palabras acentuaría el jefe. Después dispuse de un actor local que tenía la misma edad que el jefe para representar la escena de forma realista en magnetofón. En la siguiente sesión instruí a mi cliente a visualizar la habitación en la que el encuentro podría tener lugar. Ella describió brevemente la habitación, prestando particular atención a dónde estaría su jefe sentado y dónde se colocaría ella. Después le puse el cassette, lo que evocó fuertes sentimientos de miedo de ser humillada y dañada físicamente. De nuevo, se habían recopilado datos importantes donde los procedimientos de evaluación tradicional habían fracasado.

Estos ejemplos han mostrado cómo los métodos racional-emotivos pueden emplear diversos métodos visuales, olfativos, lingüísticos, y auditivos para ayudar a los clientes a imaginar activamente sucesos activadores apropiados. Esto les ayuda a identificar más fácilmente las experiencias emocionales desadactadas y a relatar procesos cognitivos que no son fácilmente identificados a través del intercambio verbal de la entrevista psicoterapéutica. Es importante resaltar que el uso de tales métodos no se recomienda por su propio interés; se emplean con propósitos específicos en mente.

Resolución de Problemas Racional-Emotivos

Knaus y Wessler (1976) han descrito un método que ellos llaman resolver problemas racional-emotivos (RPRE). Este método consiste en que el terapeuta crea condiciones en la sesión de terapia que se aproximen a aquellas que el cliente encuentra en su vida diaria y que ocasionan los problemas emocionales. Knaus y Wessler sostienen que este método puede ser usado tanto de forma planeada como

improvisada y es particularmente valioso cuando los clientes experimentan dificultades para identificar experiencias emocionales y procesos cognitivos relacionados a través del diálogo verbal con sus terapeutas. Empleé este método con un cliente que tenía dificultad para actuar asertivamente en su vida y afirmaba no ser capaz de identificar las emociones y pensamientos que inhibían la expresión de respuestas asertivas. Durante nuestra discusión empecé a buscar en mi petaca de tabaco de pipa. Encontrándola vacía, interrumpí a mi cliente y le pedí que fuese a la ciudad a comprar mi tabaco favorito, añadiendo que si se daba prisa podría volver para los últimos cinco minutos de nuestra entrevista. El inmediatamente se levantó, cogió mi dinero y salió de mi oficina hacia su coche. Corrí hacia él, volvimos al despacho y juntos procesamos sus reacciones a esta experiencia simulada.

Esta claro que esta técnica debe usarse con juicio terapéutico y que su uso puede amenazar o incluso destruir la alianza terapéutica entre cliente y terapeuta. Sin embargo, ya que los terapeutas racional-emotivos valoran el peligro que corren, están a menudo preparados para usar tales técnicas cuando han fracasado métodos más tradicionales y menos arriesgados a la hora de proporcionar una mejora terapéutica. Es importante además, como han acentuado Beck et al (1979) que el terapeuta, pregunte al cliente por las reacciones sinceras posteriores a este procedimiento, y averigüe si puede tener valor terapéutico futuro para el cliente. Cuando un cliente indica que ha encontrado el método de resolver problemas racional-emotivo inútil, sería mejor que el terapeuta explicase entonces la razón fundamental que le llevó a probar con un procedimiento tal y revelase que no deseaba ningún daño sino que intentaba ser útil. Normalmente los clientes respetan tales revelaciones y de hecho el terapeuta al hacerlo así proporciona un modelo útil para el cliente, a saber, que es posible reconocer errores no defensivamente, sin condenarse a sí mismo. Sin embargo, con este método, es evidente que los terapeutas no pueden revelar su fundamento antes de iniciar el método, ya que esto restaría valor a su potencial terapéutico.

Sueños

Aunque Albert Ellis ha escrito recientemente una columna regular para la revista *Penthouse* proporcionando interpretaciones racional-emotivas de los sueños de los lectores, los terapeutas racional-emotivos no destacan precisamente por usar material onírico. Sin embargo, no hay ninguna buena razón por la que el material onírico no pueda ser usado en la RET mientras (1) no predominen en el proceso terapéutico y (2) el terapeuta tenga un propósito definido en mente al usarlo.

Freeman (1981, pp. 228-229) ha delineado varias pautas complementarias para el uso de los sueños con propósitos de evaluación:

1. El sueño necesita ser entendido en términos temáticos más bien que simbólicos.
2. El contenido temático del sueño es idiosincrático al soñador y debe ser visto dentro del contexto de la vida del soñador.
3. El lenguaje y la imaginación específicos son importantes para el significado.

4. Las respuestas afectivas en los sueños pueden verse como similares a las respuestas afectivas del soñador en situaciones de vigilia.
5. La extensión particular del sueño es de menor importancia que el contenido.
6. El sueño es un producto del soñador y está bajo su responsabilidad.
7. Los sueños pueden usarse cuando el paciente aparece bloqueado en terapia.

Por casualidad encontré la utilidad del material onírico con el propósito de evaluación cuando trabajaba con una estudiante depresiva de 28 años que repetía frecuentemente, «Estoy deprimida y no se por qué». Agoté, sin éxito, todos los métodos de evaluación que conocía (incluyendo los descritos en este capítulo) para ayudarla a identificar los pensamientos depresógenos de las situaciones en las que experimentaba depresión. En un último intento desesperado, le pedí que si podría recordar alguno de sus sueños, no esperando lo más mínimo de que esta línea de indagación fuese provechosa. Para mi sorpresa dijo que sí, que tenía un sueño recurrente. En este sueño se veía paseando sola a lo largo de la orilla del río, y cuando miraba para ver lo que había dentro del río, veía el reflejo de sí misma como una mujer mucho más vieja. Esta imaginación la llenaba de extrema tristeza y depresión. En una discusión posterior dijo que creía que este sueño significaba que no tenía esperanza de encontrar ninguna felicidad en su vida, tanto en sus relaciones amorosas como en su carrera y que estaba condenada a pasar su vida sola, acabando como una mujer triste, patética y vieja. Este relato del sueño y la discusión subsiguiente de su significado me permitió ayudarla a identificar diversas distorsiones deductivas y creencias irracionales, lo que proporcionó el centro de la reestructuración cognitiva posterior.

Soñar despierto puede proporcionar también importante material con propósito de evaluación. Para algunas personas, los sueños despiertos concretos ocurren como respuesta y como compensación a un suceso activamente negativo. Así, un cliente narra tener la ensoñación de fundar una corporación multinacional después de fracasar en la venta de un seguro a un cliente potencial. El uso de tales ensoñaciones por parte de los clientes puede no ser necesariamente disfuncional pero puede impedirles (como en el ejemplo precedente) llegar al núcleo de sus problemas. A menudo los ensueños son una expresión de nuestras esperanzas y aspiraciones y he encontrado valioso preguntar a los clientes no sólo por el contenido de tal material sino también lo que les imediría realizar sus metas. Gran parte del material de evaluación importante se recoge de esta manera, en particular las ideas relativas a baja tolerancia a la frustración.

Sesiones de Terapia *In Vivo*

Sacco (1981) ha perfilado el valor de dirigir sesiones de terapia en escenarios de la vida real en los que los clientes experimentan dificultades emocionales. Yo he encontrado que trasladarse desde la habitación de entrevista a tales escenarios es particularmente útil para obtener material de evaluación cuando los métodos tradicionales han fracasado en proporcionar tales datos. Por ejemplo, ví una vez a un estudiante que se quejaba de evitar situaciones sociales. Lo hacía así por si acaso otros veían temblar sus manos. Los métodos de evaluación tradicional no deparaban más datos. Para superar este callejón sin salida en el tratamiento, le

sugerí que necesitábamos recolectar más datos y finalmente dirigí una sesión de terapia en un café, le pedí que fuese a la barra y trajera una taza de café para cada uno. Se negó porque temía que sus manos pudiesen temblar, pero insistí firmemente en mi demanda. Fué capaz de identificar una corriente de cogniciones negativas en el camino desde nuestra mesa hasta el mostrador. Volvió sin nuestros cafés pero con información valiosa, la cual procesamos más tarde en mi despacho. Es importante que los terapeutas expliquen el fundamento de antemano para dirigir las sesiones *in vivo*, para ganar la cooperación del cliente. Además, las reacciones de los clientes obtenidas en estas sesiones son a menudo útiles, particularmente si las sesiones *in-vivo* se planean para su uso posterior en el proceso terapéutico.

DEBATIR

En esta sección, se delinearán diversos métodos de debate activos. El propósito de estos métodos es (1) ayudar a los clientes a ver la base insostenible y la naturaleza disfuncional de sus creencias irracionales y reemplazarlas por unas más racionales y (2) ayudarles a hacer más inferencias exactas acerca de la realidad. Estos métodos demuestran a menudo el mensaje racional de forma poderosa pero indirecta; y no necesariamente llevan al cliente a contestar preguntas tales como ¿Dónde está la evidencia...?

Es importante para el terapeuta hacer ciertos preparativos antes de iniciar métodos de debate activos, ya que el éxito de tales métodos depende de (1) que el cliente entienda claramente la conexión entre pensamientos, sentimientos y conductas y (2) el terapeuta averigüe información biográfica particular acerca del cliente.

Prepararse para Debatir Activamente

La Conexión Pensamiento-Sentimiento-Conducta. Después de que el terapeuta ha emprendido la evaluación del problema central del cliente, la siguiente tarea es ayudar al cliente a ver las conexiones entre pensamientos, sentimientos y conductas. Aquí pueden emplearse de nuevo los métodos activos. Así el terapeuta, mientras habla con el cliente, podría recoger un libro, lanzarlo al suelo, y continuar hablando con él. Después de un rato, si el cliente no ha hecho comentarios, el terapeuta puede preguntarle tanto por las reacciones afectivas como cognitivas a este incidente. Así, se da al cliente un ejemplo activo aquí-y-ahora de la conexión entre pensamiento-sentimiento.

Información Biográfica. Antes de iniciar el proceso de debate activo, a menudo me ayuda recoger cierta información acerca del cliente. Me gusta informarme sobre los *intereses, hobbies, y situación laboral* de mis clientes. He encontrado que esta información me ayuda a adaptar mis intervenciones, usar frases que serán significativas para mi cliente, ofreciéndole situaciones de vida idiosincrásticas. Así, si mi cliente está apasionadamente interesado en el boxeo, un mensaje utilizando una analogía del boxeo puede tener mayor impacto que una analogía del golf.

También encuentro útil descubrir *a quién admira mi cliente*. Averiguo esto porque más tarde puedo desear preguntar a mi cliente cómo piensa que estos

individuos admirados podrían resolver problemas similares. Esto incita al cliente a identificarse con un modelo a imitar. Lazarus (1978) ha empleado un método similar con niños. Por ejemplo, pedí a un cliente que imaginara que su admirado abuelo experimentaba ansiedad al hablar en público, y le pregunté como lo habría resuelto. Esto le ayudó a identificar una estrategia de enfrentamiento con, que usó para vencer su propio problema de ansiedad a hablar en público. Este método es más eficaz si el cliente también puede reconocer que el individuo admirado no es infalible y es propenso a la irracionalidad humana. Además, es importantes que el cliente vea la viabilidad de imitar al modelo.

Encuentro inestimable preguntar a mis clientes acerca de sus *experiencias previas de cambio de actitud*. Evaluo y distingo los rasgos desadaptados de tal cambio para poder replicar en mis estrategias de debate en la sesión. Por ejemplo, una cliente ansiosa me dijo que había cambiado su opinión acerca de la caza de animales después de leer a diversas personas importantes que daban argumentos en contra de la caza de animales. Como parte de mi plan de debate, hice que esta cliente leyese autobiografías de gente que había vencido la ansiedad. Otra cliente comentó que había obtenido ayuda en el pasado al hablar con gente que había experimentado problemas similares a los suyos. Preparé para esta cliente conversaciones con alguno de mis ex-clientes que habían experimentado pero habían vencido problemas semejantes.

A continuación me propongo delinear diversas formas en las que los terapeutas racional-emotivos pueden emplear técnicas de debate activamente. Debería estar en la mente de todos la importancia de que las intervenciones se hagan a medida para encontrar las demandas específicas e idiosincráticas de los clientes.

Métodos de Debate Activos

Debatir en Presencia de Estímulos Activos. En un artículo previo (Dryden, 1983), delinee varias de las formas de describir sucesos activadores de forma intensa para ayudar a los clientes a identificar sus reacciones emocionales y los determinantes cognitivos de estas reacciones. Delineé diversos métodos visuales, lingüísticos, auditivos y olfativos. Estos mismos métodos pueden usarse como material contextual en el proceso de debate. Por ejemplo, una cliente trajo un dibujo de sí misma y de su madre. Ella había dibujado a su madre muy grande, como figura amenazante y a sí misma con una figura pequeña agachada, con miedo, delante de su madre. Le pedí que hiciese otro dibujo donde ella y su madre fuesen de la misma altura, situadas cara a cara, y mirándose a los ojos. Cuando presentó este dibujo, le pregunté cómo su actitud hacia su madre difería en los dos dibujos. Esto no sólo le proporcionó una demostración de que era posible evaluar a su madre de forma diferente, sino que también le llevó a una discusión provechosa en la que discutí algunas de las creencias irracionales inherentes que se centraba en el segundo.

Se empleó una táctica similar usando la técnica de la «pesadilla interpersonal» con la mujer de 55 años mencionada anteriormente. Después de debatir algunas de las creencias irracionales descubiertas, cuando la técnica se empleaba con propósitos evaluativos, le ponía la grabación reiteradamente mientras debatía algunas de las creencias irracionales reveladas. Se puede usar un método similar cuando

se dirigen sesiones *in vivo*. En mi artículo de 1983 contaba el caso de un estudiante que estaba ansioso porque sus manos temblaban en público. Tanto la evaluación como más tarde el debate de sus creencias irracionales se realizaron en una cafetería. En efecto, practicó el debate de sus creencias irracionales mientras llevaba dos tazas de café tembloroso desde la barra hasta nuestra mesa. Debatir en presencia de estímulos intensos permite al cliente construir puentes desde situaciones de dentro de la sesión a las de fuera de la sesión.

Métodos Imaginativos. Un método imaginativo muy eficaz que puede usarse en el debate de creencias irracionales es el de la proyección en el tiempo (Lazarus, 1978). Cuando un cliente hace evaluaciones negativas exageradas de un suceso, a menudo deja de pensar sobre ello y por lo tanto no puede ver detrás de sus implicaciones «temidas». El propósito de la proyección en el tiempo es permitir a los clientes ver activamente que el tiempo y el mundo continúan después de que acontece el «suceso temido». Así, por ejemplo, un estudiante de Malasia cuyos derechos de enseñanza fueron pagados por su pueblo concluía que sería terrible si fracasaba en sus exámenes porque no podría mirar a la cara a sus compañeros de aldea. Le ayudé a imaginar la vuelta a su aldea mientras experimentaba vergüenza. Después gradualmente adelantaba el tiempo en su imaginación. Empezó a ver que era probable que sus compañeros de aldea, a la larga, adoptasen un punto de vista compasivo hacia él, e incluso si no lo hacían, siempre podría vivir felizmente en otra parte del país o en otra parte del mundo.

Son también extremadamente valiosos los métodos de imaginación que se centran en ayudar a los clientes a pensar más cuidadosa y críticamente acerca de los sucesos «temidos». Por ejemplo, a otro cliente que tenía miedo de que otras personas vieran temblar sus manos se le pidió que se imaginara dentro de un bar, pidiese algo, y bebiese aunque sus manos temblasen. Dijo que se pondría extremadamente ansioso si lo hacia ya que las demás personas del bar le mirarían. Le pedí que imaginase cuantas personas le mirarían. ¿Le mirarían al unísono, o le mirarían de uno en uno? Se le pidió que imaginara cómo le mirarían, cuanto tiempo, y con que frecuencia durante la tarde continuarían mirándole. Concluyó que todo el mundo no le miraría y aquellos que le mirasen posiblemente sólo lo harían durante 30 segundos y podría aguantarlo. Este y otros métodos ilustran que es posible ayudar a los clientes a debatir simultáneamente tanto sus inferencias defectuosas como sus evaluaciones irracionales. Otra técnica que empleé con este mismo cliente fue la «exageración en la imaginación». Se le pidió que imaginase sus manos temblando mientras consumía una bebida y con todas las personas del bar mirándole continuamente durante tres horas. En este punto sólo una carcajada y se dió cuenta de la naturaleza exagerada de su inferencia.

La imaginación racional-emotiva es una técnica empleada frecuentemente y ha sido descrita en su totalidad por Maultsby y Ellis (1974) y Ellis (1979). A menudo tiene un impacto dramático y eso le cualifica como un método activo. Es valioso remarcar en este punto que algunos de los clientes tienen dificultad para evocar imágenes y pueden tener que ser entrenados de una manera escalonada para utilizar esta habilidad. Además, aunque útil, probablemente no es necesario para los clientes imaginar con extrema claridad.

El Terapeuta Racional-Emotivo como Narrador. Wessler y Wessler (1980) describen el valor terapéutico de relatar deferentes historias, parábolas, chistes,

poemas, aforismas, y bromas a los clientes. Aquí el factor clave es que el terapeuta modifique el contenido de éstos para adaptarlos a la situación idiosincrática del cliente. Contar idénticas historias a dos clientes diferentes puede perfectamente tener efectos desiguales. Un cliente puede afectarse profundamente por la historia, mientras para otro la misma historia puede no tener sentido. Es importante que los terapeutas racional-emotivos conozcan una variedad extensa de estas historias y estén preparados para modificarlas de cliente a cliente, sin introducir distorsiones injustificadas.

Métodos Visuales Activos. Los métodos visuales intensos combinan la actividad del terapeuta o del cliente con una presencia visual intensa. Young (1980) ha perfilado un método de este tipo, que usa para ayudar a los clientes a comprender la imposibilidad de atribuirse una evaluación global a sí mismos. Pide a un cliente que describa algunas de sus conductas, atributos, talentos, e intereses. Todas las respuestas que da el cliente, Young las escribe en una etiqueta blanca auto-adhesiva y pega la etiqueta al cliente. Continúa así hasta que el cliente es cubierto totalmente con etiquetas y puede empezar a ver la imposibilidad de atribuir una evaluación global a un ser tan complejo. Wessler y Wessler (1980) delinean métodos visuales activos similares para comunicar un aspecto semejante. Por ejemplo, piden a sus clientes que atribuyan una evaluación de conjunto a una cesta de frutas o a un despacho. Se anima a los clientes a explorar activamente los componentes de la cesta de fruta o del despacho mientras intentan asignar una evaluación global a ello.

Modelos Visuales. He descrito previamente el uso de modelos visuales que he inventado, cada uno de los cuales demuestra un mensaje racional (Dryden, 1980). Por ejemplo, empleo un modelo llamado «darle una bofetada a la BTF». En el modelo un hombre joven está sentado en la cima de una montaña rusa y una mujer situada al final del recorrido. Le digo a los clientes que el joven no se mueve porque se dice a sí mismo que no puede aguantar el revolcón de estómago que le produce la bajada. Se pide a los clientes que piensen lo que podría decirse el joven para alcanzar a la mujer. Este modelo es particularmente útil para introducir a los clientes la idea de tolerar una incomodidad aguda de tiempo limitado que, si es tolerada, les ayudará a conseguir sus objetivos.

Acciones Extravagantes del Terapeuta. Una estrategia de debate común que los terapeutas racional-emotivos usan en el diálogo verbal. cuando los clientes concluyen que son estúpidos por actuar estupidamente, es preguntar alguna variante de la siguiente cuestión «¿Cómo eres una persona estúpida por actuar estupidamente?» De forma alternativa, en vez de preguntar tal cuestión, el terapeuta podría de repente saltar al suelo y empezar a ladrar como un perro durante treinta segundos, volver a sentarse, y después pedir al cliente que evalúe esta acción. Los clientes generalmente dicen que la acción es estúpida. El terapeuta puede preguntarles si esa acción estúpida le hace ser una persona estúpida. Tales acciones extravagantes a menudo permiten a los clientes discriminar más fácilmente entre auto-evaluaciones globales y evaluaciones de conductas o atributos.

Inversión de Roles Racional. La inversión de roles racional ha sido descrita por Kassínove y DiGiuseppe (1975). En esta técnica, el terapeuta representa a un

cliente genuino con un problema emocional que es generalmente similar al del cliente. Se anima al cliente a adoptar el rol del terapeuta racional-emotivo y a ayudar al «cliente» a debatir sus creencias irracionales. Como Kassínove y DiGiuseppe señalan, esta técnica es mejor usarla después de que el cliente haya desarrollado alguna habilidad en debatir algunas de sus propias ideas irracionales. Una técnica similar ha sido ideada por Burns (1980), y que llama «externalización de voces». En esta técnica, la cual se usa también después de que el cliente ha desplegado alguna habilidad en debatir creencias irracionales, el terapeuta adopta la parte irracional de la personalidad del cliente y facilita al cliente mensajes irracionales. La tarea del cliente es responder racionalmente a los mensajes irracionales. Cuando los clientes muestran un alto nivel de habilidades en esto, el terapeuta, en el rol, puede intentar inundar al cliente con una cortina de fuego a quemarropa de mensajes irracionales, así ayuda al cliente a desarrollar una habilidad automática para responder a sus propios mensajes irracionales. Este método también puede usarse para ayudar a los clientes a identificar aquellos pensamientos negativos en los cuales experimentan dificultad al responder.

Auto-Revelación del Terapeuta. Algunos clientes encuentran la auto-revelación del terapeuta un método fuertemente persuasivo, mientras que para otros está contraindicado. Una forma de intentar averiguar las posibles reacciones de un cliente a la auto-revelación del terapeuta es incluir un ítem apropiado en un cuestionario previo a la terapia. De este modo se puede evitar usar la auto-revelación del terapeuta con clientes que responden negativamente al ítem. En cualquier caso, sería mejor que el terapeuta averiguase la reacción del cliente con algunas frases auto-reveladoras que podría plantear. La literatura de la investigación en este tema indica que los terapeutas harían mejor no revelando información personal sobre sí mismos demasiado pronto en el proceso terapéutico (Dies, 1973). Cuando los terapeutas revelan información sobre sí mismos, es mi experiencia, que las formas más efectivas de auto-revelación son aquellas en las que se describen a sí mismos como modelos de comparación y no de superioridad. Así, por ejemplo, es mejor que el terapeuta diga al cliente «yo solía tener un problema similar pero lo he resuelto» que decir «yo nunca he tenido este problema, porque yo creo...»

Acciones Paradójicas del Terapeuta. Este método es mejor usarlo cuando los clientes, a través de sus acciones, comunican mensajes al terapeuta acerca de sí mismos que están basados en creencias irracionales. Por ejemplo una vez vi una cliente que sufría un fuerte dolor reumático y tenía una actitud de baja tolerancia a la frustración hacia ello. Su conducta hacia mí en las sesiones indicaba la actitud de, «Soy una pobrecita, tengo que darme pena». Esto me movió a adoptar una gran compasión y una postura indulgente hacia ella. Así al principio de cada sesión le trataba como si tuviese serias dificultades para andar y la acompañaba con mi brazo a su silla y le hacía frecuentes preguntas acerca de su comodidad. Esto le incitaba a decir frases como, «No me trates como a un niño», «puedo con ello», o «no es tan grave como para eso». Después le ayudé a identificar y debatir algunos de los mensajes irracionales implícitos originales. Siempre que empezaba a reincidir en una actitud de auto-pena, comenzaba a comportarse de nuevo de manera solícita, lo que proporcionaba una advertencia adecuada para atender los componentes conductuales de su filosofía de baja tolerancia a la frustración y luego a la filosofía en sí misma.

Comunicaciones Paradójicas del Terapeuta. Ellis (1977) ha escrito sobre el uso del humor en la RET, donde el terapeuta exagera humorísticamente las creencias irracionales del cliente. Señala la importancia de utilizar el humor contra las creencias irracionales, más bien que como un ataque *ad hominem*. Llevar las creencias e inferencias del cliente a una conclusión absurda es otra técnica paradójica que se puede utilizar. Así, por ejemplo, con clientes que se asustan de que otras personas puedan descubrir uno de sus actos o rasgos «vergonzosos», los terapeutas pueden llevar esto a su conclusión ilógica diciendo, «Bien no hay duda de ello, lo averiguarán, después se lo contarán a sus amigos, alguno de ellos llamará a la televisión local, y antes de que te des cuenta saldrás en las noticias de las seis». De nuevo, es importante que los clientes perciban que tales comunicaciones están siendo dirigidas contra sus creencias más que contra ellos. Por ello, sería mejor solicitar feedback de los clientes sobre el tema.

Canciones Racionales. Ellis (1977) ha escrito acerca del uso de sus ahora famosas canciones racionales en terapia. Por ejemplo, el terapeuta puede entregar a un cliente una canción en una hoja y cantarla, preferiblemente con una voz profunda; una canción racional que haya sido cuidadosamente seleccionada para comunicar las alternativas racionales al centro de las creencias irracionales del cliente. Ya que Ellis tiende a ser partidario de melodías que fueron escritas hace muchos años, puede ser más productivo para el terapeuta reescribir las letras sobre melodías más actuales y populares, para aquellos clientes que no están familiarizados con algunas de la «viejas favoritas».

Demostraciones de Inferencias en las Sesiones. Es probable que los clientes hagan inferencias defectuosas acerca de su terapeuta similares a aquellas que hacen a otras personas en sus vidas. Por ejemplo, una de mis clientes me vió hablando con un compañero al final de una de nuestras sesiones. En nuestra siguiente entrevista me dijo que estaba ansiosa por ello porque estaba convencida de que habíamos estado hablando de ella y riendonos acerca de lo que me había contado en la sesión (no era de hecho paranoica). Procedí a sacar dos trozos de papel, me guardé uno y le dí el otro. Le dije que quería averiguar si verdaderamente tenía poderes extraordinarios leyendo la mente. Entonces escribí la palabra «pollo» en mi pedazo de papel y le pedí que se concentrara durante tres minutos y escribiese lo que pensaba que yo había escrito. Le dije que yo continuaría pensando en la palabra que había escrito para que el experimento resultase válido. Después de tres minutos, ella escribió la palabra «beisbol». Esto llegó a conocerse como la entrevista «beisbol-pollo», la cual renombraba frecuentemente cuando hacía inferencias arbitrarias concernientes al significado de la conducta de otros.

El uso de la Relación Terapeuta-Cliente. Wessler (1982) ha escrito que es importante que el terapeuta racional-emotivo pregunte sobre la naturaleza de las reacciones de su cliente hacia él, esto es, examinar algunas de las actitudes del cliente aquí y ahora. Poco se ha escrito acerca de este enfoque en la literatura racional-emotiva, y de este modo se sabe relativamente poco acerca de su potencial como marco para debatir las inferencias inexactas y las creencias irracionales. Wessler (1982) también aboga por que los terapeutas den a los clientes feedback acerca de este impacto sobre ellos y exploren si los clientes tienen un

impacto similar sobre otras personas. Tales generalizaciones tienen que hacerse desde luego con precaución, pero una discusión tal es a menudo un estímulo para los clientes a fin de llegar a ser más sensibles a su impacto sobre otras personas y a menudo les conduce a preguntar a otras personas acerca de su impacto interpersonal (Anchin y Kiesler (1982).

La ventaja de usar la relación terapeuta-cliente de esta forma es que proporciona a ambas partes una oportunidad de procesar las inferencias y creencias del cliente de una manera inmediata y a menudo activa. El resultado de tales estrategias es con frecuencia más memorable para los clientes que el resultado de métodos de debate más tradicional, donde se procesan las inferencias y las creencias de los clientes acerca de los sucesos del pasado reciente.

Conducta No-verbal y Paralingüística del Terapeuta. Cuando los terapeutas racional-emotivos quieren enfatizar algo, una buena forma de hacerlo es modificar su conducta no verbal y para lingüística. Por ejemplo, Walen et al. (1980, p. 178) comentan que cuando Ellis, en sus demostraciones públicas, habla acerca de algo que es «horrible» baja su voz varios tonos, alarga la palabra e incrementa su volumen produciendo un sonido dramático y tenebroso, por ejemplo, «y es HOOOOO-RRIBLE que yo no le caiga bien». Más tarde, cuando cambia la palabra «horrible» por «desafortunado» o un «necesito» por un «quiero», Ellis pronuncia de nuevo las palabras reflejando ahora conceptos racionales de una forma distinta. Dice la palabra clave despacio, la enuncia muy claramente, y eleva el tono de su voz y su volumen. Además el terapeuta puede asociar algunas conductas no verbales dramáticas con una señal paralingüística. Por ejemplo, cuando se pronuncia la palabra «horrible», el terapeuta puede dejarse caer al suelo, agarrándose del cuello como si se estrangulase.

Marcadores Terapéuticos. Otra forma de enfatizar un punto es atraer la atención del cliente al hecho de que algo importante está a punto de suceder. Por ejemplo, podría decir a un cliente cuando quiere enfatizar algo, «Ahora quiero que me escuches con sumo cuidado en este punto porque si te equivocas sería hooorrible» (el terapeuta se tira al suelo de nuevo). Llamo a tales intervenciones «Marcadores terapéuticos». Otra forma de enfatizar afirmaciones es cambiar la posición del cuerpo. Por ejemplo, moviendo su torso hacia adelante, hacia los clientes, los terapeutas pueden señalar la importancia de las afirmaciones que siguen. Siempre que quiero que los clientes se den cuenta de frases importantes que han pronunciado, particularmente cuando pronuncian frases más racionales al comienzo del proceso de debate, puedo, por ejemplo, parar y decir, «Perdóname, ¿podrías repetir lo que acabas de decir? —realmente quiero que tomes nota de ello». Si estoy grabando una sesión, podría decir, «Espera un minuto, quiero que oigas lo que acabas de decir, no puedo creerlo, quiero comprobarlo».

Debates Pragmáticos. La principal forma de animar a los clientes a abandonar sus creencias irracionales en favor de unas más racionales es mostrárselas, y en este contexto de términos dramáticos, señalarles las implicaciones de continuar adheridos a sus creencias irracionales. Ellis aconseja que para clientes particularmente resistentes y difíciles esta táctica es a menudo la más eficaz (Ellis, 1982). Con bastante frecuencia he escuchado a Ellis decir a sus clientes algo como, «si

continuas adheriendote a esa creencia sufrirás durante el resto de tu vida». Aquí, como antes, cambia su conducta no-verbal y paralingüística cuando manifiesta la conclusión, «Tu sufrirás durante el resto de tu vida». De forma similar, cuando los clientes manifiestan que no pueden (o más bien, no quieren) cambiar sus creencias, les señala las implicaciones lógicas de no hacerlo así cuando dice energicamente: «¡Así sufrirás!» En este sentido sería interesante determinar bajo qué condiciones los debates pragmáticos son más eficaces que los filosóficos.

TRABAJAR HACIA

Esta sección final se centra en cómo los terapeutas pueden ayudar a los clientes a trabajar hacia activamente con algunos de sus problemas emocionales. Ellis (1980) ha criticado algunas de las técnicas conductuales populares sobre la base de que no animan necesariamente a los clientes a hacer cambios filosóficos profundos en sus vidas. En particular critica aquellos métodos que animan al cliente a enfrentarse a un suceso temido muy gradualmente. Postula que este gradualismo puede de hecho reforzar a algunos clientes las ideas de baja tolerancia a la frustración. Siempre que sea posible los terapeutas racional-emotivos animan a sus clientes a actuar de formas dramáticas y activas porque creen que el cambio significativo de actitud es más probable que siga a la conclusión exitosa de tales tareas. Delinearé los métodos activos que los clientes pueden llevar a la práctica conductual y cognitivamente en sus vidas diarias. Primero, sin embargo, los terapeutas racional-emotivos se enfrentan con un problema adicional, el cual ha recibido insuficiente atención en la literatura RET: cómo animar a los clientes a llevar a cabo las tareas que se les asigna.

Ejemplos Activos para Animar a los Clientes a Hacer Sus Tareas.

Mientras algunos clientes hacen concienzudamente las tareas asignadas que ellos y sus terapeutas han negociado, otros clientes no las hacen. Es verdad que algunos clientes no realizan estas tareas debido a sus ideas de baja tolerancia a la frustración; incluso otros clientes no las siguen, particularmente al principio del proceso de trabajar hacia, porque requieren algunas advertencias activas para iniciar este proceso. Con tales clientes, he encontrado particularmente útil pedirles que encuentren experiencias que se lo recuerde de la vida diaria. Por ejemplo, algunas personas encuentran una palabra impresa memorable, mientras que otros tienen imágenes visuales sobre las que se apoyan. Sin embargo otros se centran primariamente en estímulos auditivos. Encuentro que es ventajoso sacar partido de cualquier medio que el cliente encuentre memorable.

Ejemplos Visuales Activos. Hay diversas formas por las que los clientes pueden recordar iniciar el proceso de debate. Varios terapeutas racional-emotivos animan a los clientes a llevar tarjetas pequeñas de aproximadamente 3 x 5 centímetros con auto-afirmaciones racionales escritas en ellas, a las cuales los clientes pueden acudir en diversas ocasiones. Otros terapeutas han animado a los clientes a escribirse recordatorios tanto para iniciar una tarea como para referirse a un mensaje racional.

Se anima a estos clientes a colocar tales mensajes en diversos sitios de la casa o en su lugar de trabajo.

Encuentro útil animar a esos clientes a encontrar imágenes visuales poderosas para asociar un sentimiento disfuncional particular con una imagen visual que les permita iniciar el proceso de debate. Así una cliente encontró útil evocar una señal en su mente que decía «Debate» cuando empezaba a sentirse ansiosa. Otro cliente, que estaba deprimido, empezó a asociar el comienzo de la depresión con una señal de carretera en la que estaba escrito «Actúa ahora».

Otra estrategia que he usado es descubrir alguna experiencia de la sesión, si hay alguna, que los clientes hayan encontrado particularmente memorable. Intento ayudarles a encapsular algunas de estas experiencias como una señal tanto para iniciar el proceso de debate como para recordarse a sí mismos el principio racional relevante al que esta experiencia se refería. Un cliente que era propenso a pensar de sí mismo que era idiota por actuar estupidamente encontró memorable que yo le hiciese muecas raras para ayudarle a descubrir que era una sabregeneralización concluir que era un idiota por actuar estupidamente. Siempre que empezaba a hacer una sobregeneralización tal en su vida diaria, volvía a la imagen mía haciendo muecas y recordaba rápidamente lo que esto significaba. Esto le ayudó a aceptarse a sí mismo sin hacer caso de algún acto idiota que hiciera o pensara realmente que podría hacer en el futuro.

A otra cliente que prácticamente no hacia debate cognitivo o tareas conductuales fuera de las sesiones se le ayudó de la siguiente manera. Primero se colocó este tema el centro de la terapia. En lugar de hacer sus preguntas de debate tradicional, le pedí que imaginara lo que yo le diría si fuese a responder a sus creencias irracionales. De hecho había entendido los principios racionales porque sus respuestas fueron muy buenas. Su problema era que no empleaba estos principios. Después le pregunté si habría alguna forma en que pudiese evocar una imagen de mí dándole mensajes racionales en diversas situaciones emocionalmente vulnerables de su vida diaria. Se le ocurrió la idea de imaginar que yo estaba colocado sobre su hombro susurrando mensajes racionales al oído. Adicionalmente empezó a llevar una pequeña tarjeta que decía «Imagina que el Dr. Dryden está en tu hombro». Esto resultó ser una técnica particularmente eficaz donde todas las demás habían fracasado.

Lenguaje Activo. Wexler y Butler (1976) han argumentado en favor de los terapeutas que usan el lenguaje expresivo en terapia. Yo he encontrado que uno de los principales beneficios de usar el lenguaje intenso no-obsceno es que los clientes recuerden estas expresiones fuertes o frases típicas y las usen como formas taquigráficas de debatir creencias irracionales en sus vidas diarias. Por ejemplo, en el caso en el que ayudé a una cliente a debatir una inferencia particular deformada poniendo su atención en leer mi mente (la entrevista «beisbol-pollo»), siempre que la cliente concluía que otra persona estaba haciendo inferencias negativas acerca de ella sin datos que lo apoyasen, recordaba la frase «beisbol y pollo». Esto sirvió, (1) como un recuerdo oportuno de que podría estar haciendo conclusiones incorrectas con el dato en la mano, y (2) como un ejemplo para empezar a examinar la evidencia.

En una técnica afín, el terapeuta pide al cliente que ponga sus propios nombres distintivos a un proceso psicológico defectuoso. Wessler y Wessler (1980) ofrecen

un ejemplo donde un cliente venía a referirse a sí mismo con «Robert el Hacedor de Reglas», para descubrir su tendencia a hacerse demandas a sí mismo y a los demás. En este punto es particularmente útil un conocimiento de los valores sub-culturales de los clientes. Yo trabajo en la zona de la clase obrera de Birmingham, Inglaterra, y una palabra que mis clientes usan frecuentemente, y que me resultaba familiar, era la palabra «mather» (1). Ayudé a un cliente que estaba enfadado con su madre al verla como un ser humano falible que tenía un problema inquietante, y que podría ser aceptada con esto en vez de ser condenada por ello. Mi cliente de repente se rió y dijo, «¡Si! Supongo que mi madre es una persona preocupada» (2). Le animé a recordar esta frase pegadiza siempre que empezara a sentirse enfadado con su madre.

Señales Auditivas. Los terapeutas racional-emotivos a menudo graban sus sesiones para que los clientes las oigan varias veces entre las sesiones. Esto a menudo sirve para recordar a los clientes los principios racionales que han comprendido durante la sesión pero que pueden haber olvidado después. Usando los sistemas de grabaciones personales, también se puede animar a los clientes a desarrollar unos recordatorios auditivos para iniciar tanto las tareas cognitivas como conductuales. Además, pueden ser animados a poner frases racionales enfáticas y enérgicas en cintas y escucharlas mientras emprenden las tareas conductuales. Por ejemplo, una vez vi a una cliente que estaba ansiosa por que le mirase otra gente por miedo de que pudiesen pensar que era rara. Le sugerí que hiciese algo en su vida diaria que animase a la gente a mirarla de tal forma que pudiese debatir alguna de sus creencias irracionales subyacentes. Ella decidió llevar un aparato estereo personal por la calle, lo que pensó animaría a la gente a mirarla. Le sugerí que mientras paseaba pusiese una cinta en la que ella había grabado un mensaje racional «El que yo parezca rara no quiere decir que lo sea».

El uso de canciones racionales en terapia ha sido ya descrito. Varios de mis clientes han encontrado que cantar una canción racional particular en un momento emocionalmente vulnerable les ha resultado útil. Les ha recordado un mensaje racional que no podrían haber sido capaces ordinariamente de focalizar mientras están emocionalmente angustiados. Otra cliente me dijo que sus sesiones con migo le recordaban una canción particular y el tatarrear esta canción le ayudaba a traer a la mente el hecho de que podría aceptarse incluso aunque no tuviese un hombre en su vida. La canción irónicamente decía «Tu no eres nadie hasta que alguien te ame». De hecho ella reescribió algunas de las palabras y cambió el título por: «Tu eres alguien incluso aunque nadie te ame».

Señales Olfativas. Es posible para los cliente usar diversos aromas como señales par acordarse de hacer una tarea o iniciar el proceso de debate. Una cliente dijo que encontraba mi tabaco de pipa particularmente aromático y distinguido. Puesto que estábamos buscando algo memorable, le sugerí un experimento en el cual ella compraría un paquete de mi tabaco favorito y lo llevaría encima para

olerlo en diferentes situaciones angustiosas. Este aroma se asociaba en su mente con un mensaje racional particular. Esto demostró ser efectivo, y realmente mi cliente afirmaba que al decirse la palabra «Pipa», sin dilación tenía que sacarse el tabaco del bolso y olerlo. Ahora la palabra es suficiente para recordarle el mensaje racional.

EL PROCESO DE TRABAJAR HACIA

Desde sus comienzos, la RET ha recomendado con firmeza que los clientes emprendan «alguna clase de actividad, la cual por sí misma actuará como un agente poderoso contrapropagandístico contra las tonterías que él cree» (Ellis, 1958). Ellis ha apuntado constantemente que para los clientes que están conformes en hacerlas, las actividades dramáticas, fuertes, e implosivas siguen siendo los mejores métodos de las tareas de trabajar-hacia. Tales tareas enfatizan tanto las bases cognitivas como las actividades conductuales.

Tareas Cognitivas

En las tareas cognitivas, se anima a los clientes a encontrar formas en las que pueden convencerse (fuera de las sesiones de terapia) de que las filosofías racionales, las cuales pueden reconocer como correctas en las sesiones de terapia, son verdaderamente correctas y funcionales para ellos. Ellis ha animado siempre a los clientes a debatir sus ideas con fuerza, usando ayudas tales como escribir formularios de tareas (Ellis, 1979). Otras técnicas cognitivas activas que los clientes pueden usar son las siguientes:

Proselitismo Racional (Bard, 1973). Aquí se anima a los clientes a enseñar la RET a sus amigos. Al enseñarlo a otros, los clientes llegan a estar más convencidos de las filosofías racionales. Esta técnica, sin embargo, deberá ser usada con precaución, y se prevendrá a los clientes contra desempeñar el papel de terapeuta no deseado con amigos y familiares.

Debatir Grabaciones. En esta técnica, se anima a los clientes a poner una secuencia debatida en cassette. Se les pide que desarrollen tanto la parte racional como irracional de ellos mismos. Además se anima a los clientes a esforzarse y hacer la parte racional más persuasiva y más fuerte en respuesta a la parte irracional.

Afirmaciones Apasionadas. Para aquellos clientes que son intelectualmente incapaces de hacer debates cognitivos en su sentido clásico, pueden usarse *autoafirmaciones racionales apasionadas*. Aquí el cliente y el terapeuta trabajan juntos para desarrollar auto-afirmaciones racionales apropiadas que el cliente pueda realmente usar en la vida diaria. Se anima a los clientes a repetir estas frases de una manera fuerte en vez de un su tono de voz normal. Otra variación de esta técnica es que los clientes digan auto-afirmaciones racionales al reflejo del espejo, usando un tono apasionado y gestos dramáticos para reforzar de nuevo el mensaje.

(1) N. de los T.: «Mather» en ese contexto social significa estar preocupado o inquieto.

(2) N. de los T.: En este caso el cliente hace un juego de palabras entre «mother» (madre) y «matherer» (persona preocupada): «I guess my mother is a matherer».

Técnicas Conductuales

Las técnicas conductuales que los terapeutas racional-emotivos favorecen en particular son las que hacen que los clientes tengan debates cognitivos en lugares reales que evocan sus miedos intensamente. El propósito es permitir a los clientes tener la experiencia exitosa de hacer debate cognitivo mientras se exponen a estímulos temidos. Además, se recomiendan las tareas dramáticas conductuales para ayudar a los clientes a vencer sus ideas de baja tolerancia a la frustración. Aquí el foco se orienta hacia que los clientes cambien sus actitudes disfuncionales hacia sus experiencias internas de ansiedad o frustración. Entre las tareas conductuales se encuentran las siguientes:

Ejercicios de Ataque de la Vergüenza. Aquí se anima a los clientes a hacer algunos actos que previamente han considerado como «vergonzosos». Se anima al cliente a actuar de tal forma que anime a otras personas del entorno a prestarle atención sin producir daño ni a sí mismo ni a otras personas y sin alarmar indebidamente a otros. Simultáneamente se le anima a engancharse en fuertes debates, tales como, «Puedo parecer raro, pero no lo soy». En mi opinión, uno de los inconvenientes de animar a un cliente a hacer ejercicios de ataque de la vergüenza en un grupo es que el grupo sirve para reforzar al cliente positivamente por hacer el ejercicio. Hacer ejercicios de ataque de la vergüenza juntos es extremadamente valioso para promover el cambio, y, aunque el humor es un componente importante, mi experiencia es que el cambio mayor y el de más larga duración se hace efectivo cuando los clientes hacen ejercicios de ataque de la vergüenza sobre sí mismos como parte de su terapia individual, sin el apoyo social de un grupo.

Tareas de Tomar-Riesgos. En las tareas de tomar riesgos se anima a los clientes a hacer algo que consideran «arriesgado». Por ejemplo, puede animarse a un cliente a pedir a un camarero que reemplace un juego de cubiertos porque está demasiado sucio. Al preparar a los clientes para los ejercicios de tomar-riesgos, se necesita hacer la identificación y el debate de las inferencias defectuosas y las evaluaciones irracionales consecuentes. El problema, sin embargo, es conseguir que el cliente apunte las respuestas aversivas de los otros que predice que ocurrirán. Para poder evaluar el cambio que tiene lugar en el cliente será mejor prepararse para hacer tales ejercicios de tomar riesgos repetidamente en un periodo de tiempo largo de tal modo que por fin encuentre la respuesta «cruel». Se hace así porque tales respuestas aversivas procedentes de otros ocurren con menos frecuencia de lo que el cliente predice. De nuevo se anima al cliente a que emprenda el debate cognitivo junto con la actuación conductual.

Ejercicios de Metas-fuera-de-lo-Corriente. Wessler (1982) ha modificado este ejercicio a partir de Kelly (1955). Se anima a los clientes a identificar metas conductuales deseadas que no se establecen con frecuencia. Por ejemplo, un miembro de un grupo eligió la meta de comer más lentamente, lo que para él era un ejercicio deseable, no vergonzoso, y no arriesgado, pero que tenía que ver con el control de los hábitos alimenticios y con el debate cognitivo de su baja tolerancia a la frustración.

Desensibilización in Vivo. Estos métodos requieren que los clientes confronten sus miedos repetidamente de una forma implosiva. Por ejemplo, a los clientes con fobia a los ascensores se les pide que suban en ellos veinte o treinta veces al día al comienzo del tratamiento, en vez de trabajar de forma gradual para subir en los ascensores tanto en la imaginación como en la realidad. De nuevo, se anima el debate cognitivo simultáneo. Neuman (1982) ha escrito y presentado cintas de tratamiento de fobias en grupos orientados a corto plazo. En sus grupos se anima a los clientes a evaluar sus niveles de ansiedad. La meta principal es que los clientes experimenten un «nivel diez» lo que es pánico extremo. Neuman señala continuamente a la gente que es importante experimentar «nivel diez» porque sólo después pueden aprender que pueden sobrevivir y continuar con una experiencia tal. Igualmente, si se tiene constancia de la invasión de diversas condiciones fóbicas, es importante que los terapeutas racional-emotivos trabajen en ayudar a los clientes a tolerar formas extremas de ansiedad antes de ayudarles a reducir esta ansiedad.

Actividades de permanecer-Allí. Grieger y Boyd (1980) han descrito una técnica similar, lo que llaman actividades de «permanecer-allí», el propósito de las mismas es que los clientes experimenten intensamente que ellos pueden tolerar y aguantar experiencias incómodas. Una de mis clientes quería vencer su fobia a conducir vehículos. Una de las cosas que temía era que su coche se parase en un semáforo y por lo tanto estaría expuesta a la cólera de los conductores que estuvieran parados detrás suyo. Después de elicitar y debatir sus ideas irracionales en un diálogo verbal tradicional, le animé a que parase realmente su motor en un semáforo y que permaneciese allí alrededor de veinte minutos, de modo que produjese la impresión de que su coche se había roto. Afortunadamente los demás conductores reaccionaron de forma airada y fue capaz de practicar el debate de sus necesidades imperiosas de aprobación y comodidad en una situación en la que permaneció durante un total de media hora.

Algunos clientes tienden a hacer estos ejercicios dramáticos una o dos veces y luego los abandonan dentro de su repertorio. Los terapeutas a veces se alegran y sorprenden tanto de que sus clientes hagan realmente estas tareas que no les mostrarán consistentemente la importancia de *seguir* haciéndolas. Una de las razones para continuar practicándolas ya se ha mencionado, a saber, que es más probable que los clientes hagan cambios deductivos que cambios evaluativos al hacer estas tareas con poca frecuencia. Esto se debe en su mayor parte porque el suceso temido tiene una posibilidad más remota de ocurrir de lo que los clientes piensan. Sin embargo, más pronto o más tarde, si los clientes continúan y persistentemente ponen en práctica estas tareas, pueden encontrar que tales eventos proporcionan un contexto para debatir las creencias irracionales. Así, si los terapeutas realmente quieren animar a los clientes a hacer cambios en «B» así como en «A», harán mejor en estar preparados para animar a los clientes continuamente a hacer estas tareas dramáticas durante un largo período de tiempo.

Métodos de Condicionamiento Operante

Ellis (1979) ha empleado continuamente los métodos de condicionamiento operante para animar a los clientes a tomar la responsabilidad de ser su propio agente de cambio primario. Aquí se anima a los clientes a identificar y emplear

esfuerzos positivos para acometer las tareas de trabajar-hacia, y aplicar castigos cuando no lo hagan así. Aunque no todos los clientes requieren tal animación, a los clientes difíciles y resistentes, cuya resistencia se debe a ideas de baja tolerancia a la frustración, se les puede animar a tomar la responsabilidad completa de no poner en práctica las tareas que estimularían el cambio. Así, las experiencias dramáticas como quemar un billete de mil pesetas, tirar una comida esperada con ansia, y limpiar una habitación sucia al final de un duro día de trabajo son experiencias que se designan por ser tan aversivas que los clientes elegirán hacer la tarea previamente evitada más bien que sufrir el castigo. Desde luego los clientes pueden, y a menudo lo hacen, rehusar hacer la tarea y rehusar emplear los métodos de condicionamiento operante. Sin embargo, muchos clientes que han sido resistentes en el proceso de trabajar hacia, en mi experiencia, han comenzado a moverse cuando el terapeuta adopta este enfoque no-disparatado.

LIMITACIONES DE LOS METODOS ACTIVOS DE LA RET

Aunque la tesis básica de este capítulo ha sido mostrar la posible eficacia de la RET activa, hay, desde luego, limitaciones en un enfoque tal.

Primero, es importante para los terapeutas determinar el impacto sobre los clientes de introducir métodos activos dentro del proceso terapéutico. De este modo, usando las líneas básicas de Beck, Rush, Shaw, Emery (1979), es quizá acertado que el terapeuta pida al cliente, en varios momentos de la terapia, que dé franco feedback concerniente a los métodos y actividades usados. Aunque el terapeuta no puede siempre no estar de acuerdo con el uso de tales técnicas porque un cliente tenga una reacción negativa hacia ellos, es mejor obtener y entender las reacciones negativas de nuestros clientes hacia nuestros procedimientos.

Segundo, es importante en el uso de las técnicas dramáticas activas no sobrecargar al cliente. Un método activo y dramático cuidadosamente introducido dentro de una sesión de terapia en un momento apropiado es mucho más probable que sea efectivo que múltiples métodos dramáticos empleados indiscriminadamente en una sesión.

Tercero, es importante que los terapeutas racional-emotivos tengan claro el fundamento para usar métodos activos y no ver el uso de tales métodos como una meta en sí misma. Es importante recordar que los métodos activos tienen que ser usados como vehículos para promover el cambio de actitud del cliente y no para hacer el proceso terapéutico más estimulante para el terapeuta. Es también extremadamente importante averiguar lo que el cliente ha aprendido de los métodos activos que el terapeuta ha empleado. El cliente no llegará mágicamente a la conclusión que el terapeuta quiere. También es importante que los terapeutas no promuevan «falsos» cambios en sus clientes. Un cambio es «falso» cuando el cliente se siente mejor como resultado de algunos de estos métodos pero no consigue mejorar. Ellis (1972) ha escrito un artículo importante sobre esta distinción. Así los terapeutas deberán preguntar invariablemente cuestiones como «¿Qué has aprendido al realizar estos métodos activos?» y «¿Cómo puedes fortalecer esta experiencia aprendida por ti mismo fuera de la terapia?»

Cuarto, los métodos dramáticos y activos no son apropiados para todos los clientes. Son particularmente útiles para aquellos clientes que usan la intelectua-

lización como una defensa y/o para aquellos que usan el diálogo verbal para confundir a los terapeutas racional-emotivos. Aunque no hay datos en este momento para apoyar la hipótesis siguiente, especularía que los métodos dramáticos e intensos sería mejor no usarlos con los clientes que tienen personalidades dramáticas e histéricas en gran medida. Es quizá más apropiado ayudar a tales clientes a reflejar de una manera calmada y no dramática sus experiencias que sobre-estimular una personalidad ya altamente estimulada.

REFERENCIAS

- Anchin, J. C., & Kiesler, D. J. (Eds.). *Handbook of interpersonal psychotherapy*. Oxford: Pergamon Press, 1982.
- Arnkoff, D. B. Flexibility in practicing cognitive therapy. In G. Emery, S. D. Hollon, and R. C. Bedrosian (Eds.), *New directions in cognitive therapy*. New York: Guilford, 1981.
- Bard, J. A. (1973). Rational proselitizing. *Rational Living*, 8(2), 24-26.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Burns, D. D. *Feeling good: The new mood therapy*. New York: Morrow, 1980.
- Dies, R. R. Group therapist self-disclosure: An evaluation by clients. *Journal of Counseling Psychology*, 1973, 20, 344-348.
- Dryden, W. Nightmares and fun. Paper presented at the Third National Conference on Rational-Emotive Therapy, New York, June 7, 1980.
- Ellis, A. (1959). Rational psychotherapy. *Journal of General Psychology*, 59, 35-49.
- Ellis, A. (1972). Helping people get better, rather than merely feel better. *Rational Living*, 7(2), 2-9.
- Ellis, A. (1977). Fun as psychotherapy. *Rational Living*, 12(1), 2-6.
- Ellis, A. (1979). The practice of rational-emotive therapy. In A. Ello & J. M. Whitely (Eds.), *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Ellis, A. (1980), July (15). *The philosophic implications and dangers of some popular behavior therapy techniques*. Invited address to the World Congress on Behavior Therapy, Jerusalem.
- Ellis, A. (1982). Personal communication.
- Freeman, A. Dreams and imagery in cognitive therapy. In G. Emery, S. D. Hollon, and R. C. Bredosian (Eds.), *New directions cognitive therapy*. New York: Guilford, 1981.
- Grieger, R. & Boyd, J. (1980). *Rational-emotive therapy: A skills-based approach*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Hoehn-Saric, R. Emotional arousal, attitude change and psychotherapy. In J. D. Frank, R. Hoehn-Saric, S. D. Imber, B. L. Liberman, and A. R. Stone (Eds.), *Effective ingredients of successful psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel, 1978.
- Kassinove, H., & DiGiuseppe, R. Rational role reversal. *Rational Living*, 1975, 10(1), 44-45.
- Kelly, G. A. (1982). *Psicología de los constructos personales*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Knaus, W., & Wessler, R. L. Rational-emotive problem simulation. *Rational Living*, 1976, 11(2), 8-11.
- Lazarus, A. A. *In the mind's eye*. New York: Rawson, 1978.
- Maultsby, M. C., r., & Ellis, A. *Technique for using rational-emotive imagery*. New York: Institute for Rational Living, 1974.
- Nardi, T. J. The use of psychodrama in RET. *Rational Living*, 1979, 14(1), 35-38.

- Neuman, F. (Leader). (1982). *An eight-week treatment group for phobics* (Series of eight cassette recordings). White Plains, NY: F. Neuman.
- Rice, L. N. Therapist's style of participation and case outcome. *Journal of Consulting Psychology*, 1965, 29, 155-160.
- Rice, L. N. Client behavior as a function of therapist style and client resources. *Journal of Counseling Psychology*, 1973, 20, 306-311.
- Rice, L. N., & Gaylin, N. L. Personality processes reflected in client and vocal style and Rorschach processes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1973, 40, 133-138.
- Rice, L. N., & Wagstaff, A. K. Client voice quality and expressive style as indexes of productive psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 1967, 31, 557-563.
- Sacco, W. P. Cognitive therapy in-vivo. In G. Emery, S. D. Hollon, & R. C. Bedrosian (Eds.), *New directions in cognitive therapy*. New York: Guilford, 1981.
- Walen, S. R., DiGiuseppe, R., & Wessler, R. L. *A practitioner's guide to rational-emotive therapy*. New York: Oxford University Press, 1980.
- Wessler, R. A. (1982, September 5). *Alternative conceptions of rational-emotive therapy: Toward a philosophically neutral psychotherapy*. Paper presented at the twelfth European Congress of Behavior Therapy, Rome.
- Wessler, R. A., & Wessler, R. L. (1980). *The principles and practice of rational-emotive therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Wexler, D. A. A scale for the measurement of client and therapist expressiveness. *Journal of Clinical Psychology*, 1975, 31, 486-489.
- Wexler, D. A., & Butler, J. M. (1976). Therapist modifications of client expressiveness in client-centered therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 261-265.
- Yong, H. . *Teaching rational self-value concepts to tough customers*. Paper presented at the Third National Conference on Rational-Emotive Therapy, New York, June 8, 1980.

15

Métodos de la Terapia Racional-Emotiva para Vencer la Resistencia *

Albert Ellis

La resistencia a la psicoterapia, incluso por aquellos que afirman energicamente que quieren ayudarse a sí mismos a cambiar y que gastan considerable tiempo, dinero y esfuerzo en seguir la terapia, ha sido observada durante muchos años. Filósofos antiguos tales como Confucio, Gautama Buda, Epicteto, Séneca, y Marco Aurelio —reconocieron que las personas que voluntariamente perseguían el cambio de personalidad a menudo se resistían a sus propios esfuerzos y a los de sus maestros. Cuando la moderna psicoterapia empezó a desarrollarse en el siglo diecinueve, algunos de sus principales impulsores —tales como James Braid, Hippolyte Bernheim, Jean-Martin Charcot, Auguste Ambroise Liebault y Pierre Janet— hicieron de la teoría de la resistencia y de la práctica de su vencimiento los elementos claves de sus psicoterapias (Ellenberger, 1970).

Al comienzo del siglo veinte, la resistencia psicoterapéutica consiguió su propio respeto con la aclaración del concepto freudiano de transferencia (Freud, 1912/1965) y con el desarrollo de Freud de su primer concepto para incluir cinco variedades principales de resistencia: resistencias de represión, de transferencia, y de ganancias secundarias (todas ellas procedentes del yo), resistencia de repetición compulsiva (surgiendo del ello), y resistencia de culpa y auto-castigo (originada en el superyo) (Freud, 1926/1965). Desde ese momento, el psicoanálisis (y otras formas afines de terapia) han estado casi obsesionadas, podríamos decir, con los problemas de resistencia.

* Este capítulo combina dos artículos publicados con anterioridad (1) Ellis, A., Rational-emotive therapy (RET) approaches to overcoming resistance, part 1, *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1983, 1 (1), 28-38, y 920 Ellis, A., Rational-emotive (RET) approaches to overcoming resistance, part 2, *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1983, 1 (2), 1-16. Reimpreso con permiso de la *British Journal of Cognitive Psychotherapy*.

Como oportunamente han observado diversos escritores contemporáneos (Wachtel, 1982), los criterios sobre lo que es la resistencia y como puede resolverse mejor en terapia depende en gran parte de la definición que uno dé a este fenómeno fascinante. Personalmente, prefiero la definición de Turkat y Meyer (1982, p. 158): «La resistencia es la conducta del cliente que el terapeuta etiqueta como antiterapéutica», ya que es simple y comprensiva; y, como sus autores sugieren, puede también ser operativizada para cada experiencia individual del cliente y verse como esa forma específica de conducta que es observada cuando este cliente particular actúa no terapéuticamente de acuerdo a su terapeuta en estas situaciones particulares.

Por muy exacta que sea la definición de resistencia, resulta demasiado general para ser de amplio uso clínico, y apenas explica las principales «causas» de resistencia, ni lo que puede hacerse para vencerla. La terapia racional-emotiva (RET), junto con la terapia cognitivo-conductual (CBT), asumen que cuando los clientes se resisten contraproducente e irracionalmente a seguir los procedimientos terapéuticos y las tareas asignadas, en gran parte lo hacen debido a sus cogniciones o creencias implícitas e implícitas. La RET, que tiende a ser más filosófica y más persuasiva que otras formas de CBT —tales como las de Bandura (1977), Mahoney (1980) y Meichenbaum (1977)— asume que los clientes resistentes tienen un subyacente juego de poderosas y persistentes creencias irracionales (Ci), así como una tendencia biosocial innata para crear nuevas irracionalidades, que frecuentemente les bloquea para cumplir las metas y contratos terapéuticos en los que estuvieron fuertemente de acuerdo para trabajar en su consecución. Aunque la RET no está de acuerdo con la teoría psicoanalítica y psicodinámica, la cual mantiene que la resistencia del cliente se basa en pensamientos y sentimientos profundamente inconscientes y reprimidos, formula la hipótesis de que muchas —quizá la mayoría— de las Ci que están en la base de la resistencia del cliente son (1) por lo menos parcialmente implícitas, inconscientes, o automáticas; (2) tenazmente mantenidas; (3) mantenidas concomitantemente con fuertes sentimientos y modelos de hábito de conducta fijos; (4) hasta cierto punto mantenidas por virtualmente todos los clientes; (5) difíciles de cambiar; y (6) probablemente recurrentes una vez que han sido temporalmente abandonadas (Bard, 1980; Ellis, 1962, 1971, 1973, 1976, 1979, 1983b, 1984; Ellis y Grieger, 1977; Ellis y Whitely, 1979; Walen, Di-Giuseppe, y Wessler, 1980; Wessler y Wessler, 1980).

Más específicamente, la RET asume que los clientes que se resisten contraproducentemente a la terapia implícita o explícitamente tienden a mantener tres filosofías o creencias irracionales (Ci) principales: (1) «Debo hacerlo bien al cambiarme a mí mismo, y soy un incompetente, un cliente incurable si no lo hago»; (2) «Tú (El terapeuta y los demás) me debes ayudar a cambiar, y serás una persona despreciable si no lo haces»; y (3) «El cambio de mí mismo debe ocurrir rápida y fácilmente, y es horrible si no es así!» Concomitantemente con estas creencias irracionales, los resistentes se sienten ansiosos, depresivos, coléricos y auto-compasivos acerca del cambio, y estos sentimientos perturbados bloquean su fuerza para cambiar. Conductualmente, los resistentes abandonan, aplazan la decisión, permanecen inertes, y sabotean sus auto-promesas para cambiar. Los practicantes de la RET están en su mayor parte interesados en ayudar a los resistentes (y a los demás clientes) a hacer un cambio filosófico profundo de tal modo que adopten una actitud hacia el auto-cambio cooperativa y confidente, determinada, más bien

que la visión autobloqueante que tenían. Para efectuar esta clase de reestructuración cognitiva, la RET usa una extensa variedad de métodos de pensar, sentir y actuar.

Habiendo dicho todo esto, utilizaré la primera parte de este capítulo intentando mostrar, desde el punto de vista de la RET, las que son las principales clases de resistencia, en qué formas aparecen generalmente, y lo que los practicantes de la RET (y, es de esperar que, otros) pueden hacer para entender y ayudarse a sí mismos y a sus clientes a vencer la resistencia que sabotea la terapia. Primero trataré la resistencia común, «normal», o «usual»; y en secciones posteriores las resistencias inusuales o altamente tenaces.

FORMAS COMUNES DE RESISTENCIA

Algunas de las clases estadísticamente comunes de resistencia que los terapeutas encuentran son las siguientes:

Resistencia «saludable»

A veces los clientes se resisten a cambiar porque los terapeutas tienen sus propias ideas sobre lo que hay que cambiar y erróneamente ven que estos clientes tienen síntomas (por ejemplo hostilidad hacia sus padres) o aventuran sobre los orígenes de sus síntomas (ejemplo: sentimientos edípidos que «causan» su inadecuación sexual) que los clientes ven como quimeras de la imaginación del terapeuta. Más bien que aceptar estas «autoridades» terapéuticas que les embaucan, tales clientes rehusan aceptar estas interpretaciones y se resisten saludablemente o abandonan el «tratamiento» (Basch, 1982; Ellis, 1962; Ellis y Harper, 1975; Lazarus y Fay, 1982).

Desde una perspectiva racional-emotiva, los clientes que se resisten por razones saludables se están diciendo a sí mismos explícita o implícitamente creencias racionales (Cr) tales como, «Mi terapeuta está probablemente equivocado sobre si tengo este síntoma o sobre los orígenes del mismo. ¡Es demasiado malo! Será mejor ignorar sus interpretaciones y ¡quizá ir a otro terapeuta!» En la teoría ABC de la RET, en A (suceso activador) los clientes experimentan las interpretaciones e instrucciones de su terapeuta (por ejemplo crees que amas a tu madre demasiado pero inconscientemente parece detestarte realmente»). En B (el sistema de creencias), los clientes se dicen a sí mismos las creencias racionales notadas, y en C (Consecuencias emocionales y conductuales) se sienten adecuadamente apenados acerca de las malas percepciones de su terapeuta acerca de sus perturbaciones y se resisten activamente a estas percepciones erróneas. Por consiguiente están actuando racional y sanamente y, de acuerdo con la RET, su resistencia es autoayudante y saludable. El único que tiene el problema real en estos casos, y se «resiste» a hacer un tratamiento eficaz, es ¡su terapeuta!

Resistencia Motivada por un Mal Emparejamiento Cliente-Terapeuta

Los clientes a veces están mal emparejados «de forma natural» con sus terapeutas, esto es, dirigir la elección o ser asignado a un terapeuta que no les gusta,

por cualquier razón. De esta forma, pueden tener un terapeuta que, para sus gustos o preferencias idiosincrásicas, es demasiado joven o demasiado viejo, demasiado liberal o demasiado conservador, demasiado masculino o demasiado femenino, demasiado activo o demasiado pasivo. Debido a este mal emparejamiento, no tienen demasiado rapport con su terapeuta y por lo tanto se resisten más de lo que se resistirían con un terapeuta más preferible. Si esto llega a ser obvio durante la terapia (lo cual siempre es posible), los terapeutas pueden intentar compensar por lo que estos clientes ven como sus «defectos», y puede tener un buen resultado el hacerlo así con un poco de amabilidad extra o trabajando duro con tales clientes. O los clientes pueden naturalmente vencer sus prejuicios antiterapéuticos cuando el curso de la terapia se vuelve más íntima (como maridos y mujeres pueden llegar a estar más unidos a sus compañeros físicamente inactivos a medida que pasa el tiempo y se consigue una mayor intimidad emocional). O los clientes y/o sus terapeutas pueden (a menudo acertadamente) concluir la relación.

Resistencia Resultante de las Perturbaciones Transferenciales de los Clientes

Siguiendo a Freud (1900/1965; 1912/1965), los terapeutas psicoanalíticos asumen que los clientes inconscientemente vuelven a representar o transferir a sus terapeutas la misma clase de relaciones altamente perjudiciales que experimentaban con sus padres durante su temprana infancia. Así, si una mujer joven tiene un analista masculino de mediana edad tenderá con fuerza a encontrarse amorosamente con él (como presumiblemente una vez amó a su padre); estará celosa de su mujer; le odiará cuando rehuse ir a la cama con ella; intentará controlarle como intentó controlar a su padre, etcétera.

En la RET, adoptamos la postura de que estas relaciones transferenciales perturbadas a veces pero no necesariamente ocurren y que, cuando suceden, están generalmente precipitadas por algunas creencias irracionales (Ci). Así, si esta joven transfiere fuertemente su relación desde su padre a su analista, está probablemente diciéndose a sí misma (y creiendo fuertemente) Ci como estas: «Ya que mi analista es atento y paternal para mí en algunas ocasiones, *debe* ser un padre completo para mí, ¡y *debe* amarme tiernamente!» «Ya que ser amado por mi padre es agradable, *debo* ser amada de forma absoluta por mi propio padre y por todas las figuras paternas, incluyendo mi terapeuta!» «Si mi padre y mi terapeuta no me aman totalmente —como *necesito* que hagan— soy una persona inútil!»

Siempre y cuando tengan lugar relaciones transferenciales perturbadas en la terapia, los practicantes racional-emotivos buscarán las creencias irracionales (Ci) que están *detrás* de estas ideas, y en consecuencia enseñándoles como superar estas clases de resistencias de relación.

Resistencias Causadas por los Problemas de Relación de los Terapeutas

Los terapeutas, como los clientes, también tienen a veces sus dificultades en las relaciones. Estas pueden ser de tres tipos principalmente: (1) Naturalmente a los terapeutas puede que no les guste alguno de sus clientes, particularmente

aquellos que son desagradables, estúpidos, antipáticos, y todo tipo de personas poco atractivas. (2) Los terapeutas pueden tener lo que los psicoanalistas llaman severas dificultades contratransferenciales y pueden por lo tanto ser intolerantes con sus clientes. Así, si un terapeuta odia a su madre y una de sus clientes se parece u actúa como su madre, puede inconscientemente querer perjudicar más bien que ayudar a esta cliente. (3) Los terapeutas pueden que no tengan sentimientos negativos personales hacia sus clientes pero pueden ser insensibles a los sentimientos de estos clientes y pueden no saber como mantener buenas relaciones terapéuticas con ellos (Goldfried, 1982; Lazarus y Fay, 1982; Meichenbaum y Gilmore, 1982).

Si existe el primero o el tercero de estos problemas en el terapeuta, los terapeutas pueden hacerlos frente llegando a ser consciente de sus propias limitaciones y compensándolas. Así, los terapeutas que personalmente no les gustan sus clientes pueden todavía centrarse en procedimientos útiles, adecuados y de este modo superar este handicap. Particularmente observo que al usar la RET puedo concentrarme muy bien en los problemas de mis clientes, y especialmente mostrarles como corregir sus errores de pensamiento, de este modo apenas importa que personalmente no me guste algo de ellos y nunca los seleccionaré como mis amigos (Ellis, 1971, 1973).

Los terapeutas RET pueden también, especialmente con ciertos clientes supersensibles, salirse de su papel dando a estos clientes refuerzo verbal positivo, escuchando cuidadosamente y reflejando sus dificultades, para ser abiertos y honestos con ellos, para darles estímulo activo, para señalar deliberadamente sus características buenas (así como algunas de sus contraproducentes), y cualquier otra forma de empatizar con ellos de una manera casi rogeriana (Dryden, 1982; Ellis, 1977; Johnson, 1980; Walen, DiGiuseppe, y Wessler, 1980; Wessler y Wessler, 1980; Wessler, 1982). Aunque esta clase de refuerzo positivo tiene sus peligros inconfundibles (Ellis, 1983; Turkat y Meyers, 1982), puede también a veces usarse constructivamente para vencer la resistencia.

Si los terapeutas son víctimas de contratransferencia y son negativos con los clientes debido a sus propios problemas e intolerancias, estos pueden ser resueltos buscando y debatiendo las creencias irracionales (Ci) que están creando sus prejuicios. Los terapeutas que, por ejemplo, odian a sus clientes que se parecen a sus madres detestables, están irracionalmente diciéndose a sí mismos ideas como estas «Ya que mi madre me trataba mal no puedo aguantar a ninguna persona que tiene alguno de sus rasgos!» «Este cliente *no debe* portarse de la forma detestable en la que mi madre actuó! Ella es una *persona* horrible por comportarse de esta forma ínfima!» Tales creencias irracionales son reveladas con facilidad y por completo si los terapeutas usan la RET para explorar sus reacciones negativas respecto a sus clientes. Las clases de sobregeneralizaciones que lleva a estas creencias son particularmente extirpadas a través de la terapia racional-emotiva (RET) y la terapia cognitivo conductual (CBT) (Ellis, 1962; Beck, 1976).

Resistencia Relativa a las Actitudes Moralistas de los Terapeutas

Además de las resistencias relativas al terapeuta ya mencionadas, un rasgo común que muchos terapeutas poseen y que les bloquea para ayudar a sus clientes

es su moralismo: la profunda tendencia a condenarse a sí mismos y a otros por actos malos o estúpidos. Incluso aunque pertenecen a la profesión de ayuda, frecuentemente creen que sus clientes perturbados seriamente *no deberían*, *no tienen que ser* de la forma en que son, especialmente cuando estos clientes abusan de sus terapeutas, son impuntuales, se niegan a pagar su factura, y cualquier otra forma de comportamiento detestable o antisocial. Muchos terapeutas por lo tanto abierta o solapadamente condenan a sus clientes por sus actos erróneos y consecuentemente ayudan a estos clientes a condenarse a sí mismos y llegar a estar más, en vez de menos, perturbados. Naturalmente muchos de tales clientes se resisten a menudo a la terapia.

En particular los practicantes de la RET pueden combatir esta clase de resistencia, ya que uno de los principios claves de la RET es que todos los humanos, incluyendo todos los clientes, merecen lo que Rogers (1961) llama aceptación positiva incondicional (Ellis, 1962, 1972, 1973, 1976, 1984). Esto significa que los terapeutas racional-emotivos miran su propio (y el de los otros) moralismo y las creencias irracionales (Ci) subyacentes —tales como: «¡Mi cliente *debería* trabajar en terapia! ¡Ella *no debe* sabotear mis esfuerzos! ¡Qué *horrible* si lo hace! ¡No puedo *aguantarlo!*» Y los practicantes de la RET trabajan duro en la extirpación de estas ideas y dando a todos sus clientes, no importando la dificultad que tengan, auto aceptación incondicional. De esta forma ayudan a minimizar la resistencia animada por el terapeuta.

Resistencia Vinculada a Problemas de Amor-Odio de Clientes y Terapeutas

Aunque los freudianos asuman que los problemas de amor-odio entre los clientes y sus terapeutas están invariablemente provocados e íntimamente implicados con dificultades de transferencia —es decir, proceden de las relaciones familiares tempranas de clientes y terapeutas, esto es cuestionable. Las dificultades cliente terapeuta y la resistencia a la que a veces conduce, pueden estar basadas en factores de la realidad que no tienen nada que ver con las experiencias infantiles de cada uno. Así, una cliente joven puede que tenga un terapeuta excepcionalmente brillante, atractivo, y bondadoso que sería un hombre ideal para ella (o casi para cualquier mujer) si lo encontrase en una situación social; y puede bastante realísticamente enamorarse de él, incluso aunque no tenga nada en común con su padre, sus tíos, o sus hermanos. De forma similar, su terapeuta puede enamorarse de ella no porque se parezca a su madre sino porque, más que cualquier otra mujer en toda su vida la ha encontrado cercana, ella verdaderamente es encantadora, inteligente y sexualmente atractiva para él.

Cuando de manera no transferencial, los sentimientos basados en la realidad aparecen en terapia, y cuando conducen a sentimientos intensos cálidos o fríos por parte de los terapeutas y/o de los clientes, pueden fácilmente fomentar problemas de resistencia. Así, una cliente que ama intensamente a su terapeuta puede resistirse a mejorar para así prolongar la terapia; y un terapeuta que ama intensamente a su cliente puede también (consciente o inconscientemente) fomentar la resistencia para asegurar que la terapia continúe indefinidamente.

Estos sentimientos de relación no transferenciales que animan la resistencia

son a veces difíciles de resolver, ya que están basados en la realidad y por consiguiente tanto los terapeutas como los clientes pueden obtener ganancias (o penas) especiales con ellas que pueden interferir con la eficacia de la terapia. Pero también pueden incluir Ci que pueden ser debatidas tales como: «Ya que amo a mi terapeuta y sería un gran compañero para mí, *no puedo resistir* dejar la terapia. ¡Así que me negaré a cambiar!» O: «Ya que realmente quiero a mi cliente y disfruto enormemente de la sesión con ella, *no debo* ayudarla a mejorar y conducir estas sesiones a un final!» Estas Ci pueden sacarse a la luz y debatirse, hasta que el cliente y/o el terapeuta las venzan y de este modo quiten de en medio la motivación para resistirse.

Resistencia por Miedo a Revelarse

Una de las formas más comunes de resistencia procede del miedo de revelación de los clientes. Encuentran incómodo hablar de sí mismos libremente (por ejemplo, entretenido en la asociación libre) o confesar pensamientos, sentimientos, y acciones que ven como «vergonzosas» (por ejemplo, que les apetezca un contacto carnal con sus madres o hermanas). Por lo tanto se resisten a abrirse en terapia y descubrir el origen de alguna de las cosas que encuentran más molestas (Dewald, 1982; Freud 1926/1965; Schesinger, 1982).

Mientras los psicoanalistas encuentran esta clase de resistencia excepcionalmente común y la atribuyen al inconsciente profundo y a menudo a sentimientos reprimidos de culpa, la RET mantiene que los clientes se resisten a la terapia porque tienen miedo de revelar pensamientos «vergonzosos» de sí mismos, generalmente lo hacen así porque son bastante conscientes de estos sentimientos o tienen más bajo su nivel de consciencia (lo que Freud llamó su esfera preconsciente de experiencia). Así, si un cliente se resiste a hablar de sexo debido a sus sentimientos incestuosos hacia su madre o su hermana, generalmente (aunque no siempre) es consciente conocedor de estos sentimientos pero los suprime deliberadamente en vez de expresarlos. Se resiste a hablar acerca de tales sentimientos en terapia porque esta diciéndose generalmente a sí mismo creencias irracionales tales como «Es un error que me apetezca mi madre; y *no debo* comportarme tan erróneamente!» «Si le digo a mi terapeuta que deseo a mi hermana, pensaría que soy un obseso sexual y no le caería bien, *Tengo que caer bien a mi terapeuta, y sería un tonto si no le gustara!*»

En la RET, ayudamos a los clientes a descubrir estas Ci y, más importante, debatirlas y vencerlas. Les ayudamos a ver que sus sentimientos «vergonzosos» pueden no ser siempre errores (el que te apetezca tu madre no significa que vayas a copular con ella!); y que incluso cuando son contraproducentes (como tener continuos pensamientos obsesivos acerca del incesto que sería), las *conductas* humanas nunca hacen a uno totalmente una *persona* despreciable. Ayudando a los clientes a disminuir *toda* la vergüenza y el auto-abatimiento, la RET ve que se libran de lo que Freud llamaría resistencia instigada por el super-yo y son considerablemente más abiertos en terapia de lo que serían de otra forma (Dryden, 1983; Ellis, 1957, 1962, 1971, 1973, 1984; Ellis y Grieger, 1977; Ellis y Whiteley, 1979).

Resistencia Creada por Miedo a la Incomodidad

Probablemente la clase más común y más fuerte de resistencia en la terapia es la motivada por la baja tolerancia a la frustración o lo que la RET llama ansiedad perturbadora (Ellis, 1979, 1980). Incluso el Psicoanálisis, aunque de mala gana, reconoce esta forma de resistencia. Blatt y Erlich (1982) la reconocen como básica e inconfundible, una resistencia fundamental para cambiar y crecer. Ellos lo llaman una expresión del deseo básico de mantener los modos familiares y predecibles de adaptación, incluso aunque esto sea doloroso e incómodo a largo plazo. Dewald (1982) habla de resistencia estratégica, esto es, los esfuerzos de los clientes para buscar totalmente los deseos infantiles y demandas irrealistas o metas imposibles.

En la RET esta importante forma de resistencia se atribuye al hedonismo a corto plazo, las demandas míopes de los clientes que alcanzan el placer del momento incluso aunque esto puede frustrarles a largo plazo. Las principales creencias irracionales que conducen a la baja tolerancia a la frustración (BTF) o ansiedad perturbadora son «Es demasiado duro cambiar, y no debería ser tan duro! Es horrible que tenga que pasar penas para conseguir ganancias terapéuticas!» «No puedo tolerar la incomodidad de hacer mi tarea, incluso aunque estoy de acuerdo con mi terapeuta en que es deseable para mi hacerlo». «El mundo es un lugar horrible cuando me fuerza a trabajar tan duro para cambiar! La vida debería ser más fácil que eso!»

La RET muestra a los clientes a debatir estas ideas grandiosas y aceptar la noción realista de que no importa lo duro que sea el cambio en terapia, sería más duro si no cambiasen. Al enseñarles que raramente hay una ganancia sin sufrimiento y que la filosofía del hedonismo a largo-plazo —el buscar placer para hoy y para mañana— es probable que tenga lugar en el cambio terapéutico. Le muestra cómo usar sus tendencias hedonistas naturales reforzándose a sí mismos por el progreso terapéutico (por ejemplo vencer la indecisión) y penalizarse cuando se nieguen a trabajar en terapia (por ejemplo, cuando aplacen una decisión) (Ellis y Knaus, 1977; Knaus, 1982). La RET también señala habilidades de resolución de problemas que ayudan a los clientes a lograr soluciones más satisfactorias a sus problemas con su desembolso de esfuerzo innecesario mínimo (D'Zurilla y Goldfried, 1971, Ellis, 1962, 1977; Ellis y Harper, 1975; Ellis y Whiteley, 1979; Spivack y Shure, 1974).

Resistencia de la Ganancia Secundaria

Varios terapeutas del siglo diecinueve y principios del veinte observaron que muchos clientes recibían ganancias secundarias o recompensas de sus perturbaciones y por lo tanto no estaban muy dispuestos a dejarlas (Ellenberger, 1970). Así si un trabajador de una fábrica que odia su trabajo desarrolla una parálisis histérica en la mano, puede resistirse a la psicoterapia porque si tiene éxito tendrá que volver al trabajo que odia. Freud (1926/1965) y algunos de sus seguidores (A. Freud, 1936; Fenichel, 1941; Berne, 1964) enfatizan los aspectos inconscientes de este proceso defensivo e insisten que si los clientes tienen ganancias directas al hacer la mejora pero tienen ganancias secundarias inconscientes para mantenerla rehusarán mejorar, tercamente se resistirán al tratamiento por razones profundamente in-

conscientes, y a menudo reprimidas. Así, una mujer se negará a perder peso o a tener buenas relaciones sexuales con su marido debido a su odio esencial a su madre y a la fuerte recompensa inconsciente que ella está recibiendo por herir a esta madre (que quiere que esté delgada o tenga un buen matrimonio).

Aunque los freudianos generalmente exageran el elemento inconsciente profundo (y muy dramático) en las ganancias secundarias, parece claro que muchos clientes se resisten al cambio debido a que las recompensas que están consiguiendo de sus perturbaciones son (o al menos parecen ser) considerables. Goldfried (1982) pone esta clase de resistencia en términos conductuales señalando que cuando los clientes cambian para «mejorar» a veces descubren castigos ocultos. Las mujeres pueden vencer su no asertividad, por ejemplo, sólo para encontrar que la asertividad está a menudo mal reforzada en nuestra sociedad. Por lo tanto, pueden retroceder de nuevo «lógicamente» a ser ¡inasertivamente neuróticas!

Al usar el análisis de la RET, a menudo encontramos que la resistencia por las ganancias secundarias es estimulada por diversas Ci, tales como «Ya que mi madre no debe intentar hacerme perder peso, y es una persona despreciable por criticarme por estar obesa, continuaré fastidiándole al seguir ¡siempre gorda!» O «Ya que los hombres varoniles me degradan si soy una mujer asertiva, y no puedo aguantar sus degradaciones, renunciaré a mi deseo de asertividad y permaneceré completamente sumisa durante el resto de mi vida». Al usar la RET, mostramos a los clientes como debatir y vencer estas Ci y de este modo ser capaces de lograr la mayor recompensa de perder peso más bien que la neurótica de mortificar a su madre. Y podemos animar a las mujeres a lograr la ganancia primaria de ser asertivas más bien que la ganancia secundaria de ganar la aprobación de los hombres varoniles.

Resistencia Procendente de Sentimientos de Desesperanza

Un número considerable de clientes parecen resistirse al cambio terapéutico porque sienten fuertemente que no tienen esperanza de modificar su conducta perturbada, que ellos están desesperados y no pueden cambiar (Ellis, 1957, 1962; Turkat y Meyer, 1982). Tales clientes a veces al principio tienen un buen progreso; pero tan pronto como retroceden aunque sea un poco, irracionalmente tienden a concluir, «Este retroceso prueba que no tengo esperanza y que nunca venceré mi ansiedad!» «Ya que no debo ser tan depresivo e incompetente como soy ahora, y soy por consiguiente una persona totalmente depresiva, ¿de que sirve intentar por más tiempo vencer mi depresión? ¿Podría recaer y quizá suicidarme!»

Los pensamientos y los sentimientos acerca de la desesperanza del estado de perturbación de uno son parte de lo que la RET llama los síntomas secundarios de la perturbación. Como he señalado en otra parte (Ellis, 1962, 1979, 1980, 1984) estos síntomas secundarios tienden a validar la teoría de la RET o la teoría cognitivo conductual de la neurosis. Sobre el nivel de la perturbación primaria, la gente desea lograr sus metas (tales como éxito y aprobación), fallar en hacerlo así, y en vez de concluir sanamente, «Habría sido bonito conseguir lo que quería pero ¡no pudo ser! Lo intentaré de nuevo la próxima vez», irracionalmente concluyen, «¡Debería haber conseguido éxito y aprobación y ya que no pude hacer lo que debía hacer es horrible y estoy condenado a no ser bueno como persona!» Entonces

llegan a estar, o, en términos RET, a *hacerse a sí mismos*, perturbados. Pero una vez que se trastornan emocionalmente, *ven* su perturbación y su conocimiento acerca de ello de la siguiente forma: «No debería perturbarme a mí mismo como lo estoy haciendo ahora! Que horrible ¡Soy un imbécil total por actuar tan neciamente, y un tonto como yo no puede cambiar. ¡Es desesperante!»

La RET, debido a su teoría de la perturbación secundaria, muestra en concreto a los clientes como *inventan* falsamente sus pensamientos y sentimientos de desesperanza y como pueden debatirlos y vencerlos. Usa (como se indicará más tarde en esta serie de artículos) muchos métodos cognitivos, emotivos y conductuales de disipar sentimientos de desesperanza que llevan a la resistencia (Ellis, 1984; Ellis y Abrahms, 1978).

Resistencia Motivada por el Auto-Castigo

Freud (1926/1965) sostenía que una de las principales formas de resistencia se origina en el super-yo o en nuestras tendencias a crearnos culpabilidad. Así, una cliente que está celosa de su hermana más hábil y que podría llegar a ser más consciente de su odio durante la terapia podría sentir fuertemente que merece ser castigada por su mezquindad y podía por lo tanto oponerse a renunciar a su conducta neurótica contra-productiva (tales como comer en exceso o lavarse las manos compulsivamente). Durante mis cuarenta años de práctica clínica casi nunca he encontrado esta clase de resistencia de auto-castigo entre los neuróticos (aunque lo he encontrado un poco más a menudo en psicóticos y clientes borderlines severos).

Asumiendo que esta clase de resistencia existe, se supone que procede de estas creencias irracionales: «Ya que he cometido actos tan viles, lo que de ningún modo *debería haber hecho*, soy un individuo totalmente inútil que merece sufrir. Por consiguiente, merezco estar continuamente perturbado y no haré ningún esfuerzo real para usar la terapia para ayudarme a mí mismo». Si los clientes tienen estas ideas activamente, la RET más apropiada sería mostrarles como combatir sus Ci. Las terapias psicodinámicas, por otra parte, podrían estar contraindicadas, porque, aunque podrían mostrar a los clientes como se auto-castigan, no podrían enseñarles cómo erradicar las creencias irraiconales que hay detrás de esta clase de masoquismo.

Resistencia Motivada por Miedo al Cambio o Miedo al Éxito

Los terapeutas psicodinámicos, desde Freud en adelante, a menudo han mantenido que la resistencia a veces procede del miedo a cambiar, o del miedo al futuro, o miedo al éxito (Blatt y Erlich, 1982). Esto es probablemente verdad, ya que muchas personas perturbadas tienen una necesidad pronunciada de seguridad y certeza e, incluso aunque, sus síntomas son incómodos, al menos los conocen y están familiarizados con sus límites negativos y puede tener miedo de que si lo pierden pueden experimentar incluso una incomodidad *más grande*. Así que preferen aguantar con la incomodidad ya probada.

Más importante quizá, es que muchos síntomas (tales como timidez y miedo a hablar en público) les protegen contra posibles fracasos (tales como fracasar en

el amor o pronunciar una charla ridícula). renunciar a estos síntomas por consiguiente significaría arriesgar fallos y desaprobación subsecuentes, y muchos clientes encontrarían esto mucho más «catastrófico» y «horrible» de lo que lo encuentran manteniendo sus síntomas.

Lo que ha sido etiquetado «el miedo del éxito» casi nunca es realmente eso, sino un miedo al fracaso *subsecuente*. Así, si un adolescente introvertido cesa en su introversión y empieza a tener éxito en la escuela, los deportes, y en las relaciones sociales, puede (1) perder la comodidad e indulgencia de sus padres sobreprotectores, (2) ganar la enemistad de sus hermanos, (3) exponerse más tarde al fracaso en las actividades en las que ahora ha empezado a triunfar, y (4) ser forzado a tomar mucha más responsabilidad y esfuerzo que el que le gustaría asumir. Puede *ver* sus «ganancias» académicas, atléticas, y sociales, por lo tanto, como «peligros» o «fracasos» reales, y puede resistirse o retirarse de ellas. ¿Entonces, realmente tiene «miedo del éxito» o del fracaso?

Cuando los clientes se resisten a la psicoterapia, porque tienen miedo al cambio o al éxito, la RET busca sus Ci, tales como, «No *debo* dejar mis síntomas, ya que el cambio sería *demasiado* incómodo y *no puedo aguantar* tal cambio!» «No puedo cambiar mi conducta neurótica y hacerlo mejor en la vida porque eso sería demasiado arriesgado. Podría encontrar un gran fracaso más adelante, cuando *no debo*; por eso sería horrible!» Estas y otras Ci similares que subyacen en el miedo al cambio o al éxito son relevadas y eliminadas durante la terapia racional-emotiva, para así minimizar esta clase de resistencia al cambio.

Resistencia Motivada por Oposicionismo y Rebelión

Diversos clínicos han observado que algunos clientes se oponen o se rebelan contra la terapia porque la ven como una intromisión en su libertad. Especialmente si es activa y directiva, luchan perseverantemente, incluso cuando la han pedido voluntariamente (Brehm, 1976; Goldfried, 1982). Al notar esta forma de resistencia, varios terapeutas han inventado o adoptado diversas clases de terapias paradójicas o provocativas para intentar inducir a estos clientes tenazmente rebeldes a vencer su resistencia (Dunlap, 1928; Erikson y Rossi, 1979; Farrelly y Brandsma, 1976; Fay, 1978; Frankl, 1960; Haley, 1963; Watzlawick, Weakland, y Fisch, 1974).

Cuando los clientes se resisten a la terapia debido a su oposición, la RET busca sus creencias irracionales, tales como «*Tengo que* controlar mi destino totalmente; e incluso aunque mi terapeuta esté solo a mi lado y esté trabajando duro para ayudarme, *no debo* permitirle que me diga lo que tengo que hacer». «Es horrible si soy dirigido por mi terapeuta! *No puedo soportarlo!* Debería tener perfecta libertad para hacer lo que me gusta, incluso si mis síntomas me están matando». La RET revela y ayuda a los clientes a romper sus Ci, y también selectivamente (y ¡no sin miramientos!) hace uso de la intención paradójica. Por ejemplo, da a algunos clientes la tarea de fracasar en una labor determinada, para mostrarles que fracasar no es el fin del mundo (Ellis y Abrahms, 1978; Ellis y Whiteley, 1979).

Como puede verse contemplando lo anterior de algunas de las clases comunes de resistencia, los clientes frecuentemente vienen a terapia porque están plagados de síntomas de perturbación emocional y todavía tercamente se resisten al mejor

esfuerzo de sus terapeutas para aliviar su sufrimiento. En muchos ejemplos su «resistencia» es parcialmente atribuible a la falibilidad terapéutica, al juicio pobre, teorías inéctas y rigideces emocionales de sus terapeutas. Pero a menudo (quizá muy a menudo) tienen sus propias razones para resistirse a los procedimientos controlados por el terapeuta que voluntariamente buscan. Como se destacó, estas razones son variadas y extensas.

Aunque algunos aspectos del enfoque racional-emotivo para tratar las resistencias comunes ha sido ya brevemente delineadas, la siguiente sección discutirá las técnicas anti-resistencia cognitivas de la RET de forma mucho más detallada.

DEBATIR LAS CREENCIAS IRRACIONALES DE LOS CLIENTES QUE CREAN RESISTENCIA

La RET emplea varios métodos cognitivos para interrumpir, desafiar, debatir y cambiar las creencias irracionales (Ci) que se encuentran en la base de las resistencias auto-saboteadoras de los clientes. Estas incluyen las siguientes técnicas:

Cogniciones que Subyacen a la Resistencia

Virtualmente a todos los clientes de la RET se les enseña los ABC de la perturbación emocional y de la conducta disfuncional. Así, cuando los clientes tienen un síntoma neurótico o consecuencia contraproducente (C), tal como depresión y auto-odio, como resultado de experimentar un suceso activador desafortunado (A), como un rechazo por una persona significativa, están mostrando que aunque A (rechazo) probablemente contribuye e influye en C, depresión, no *crea o causa* directamente C (como tienden a «ver» o inferir falsamente). Más bien, la más directa (y generalmente más importante) «causa» de C es B, su sistema de creencias, con la que ellos «crean» o «causan» principalmente C. Aunque erróneamente creen que su depresión y auto-odio directa e inevitablemente se derivan de ser rechazado (A) realmente han *elegido* B y C, y neciamente *eligen* hacerse inapropiadamente depresivos y auto-odiarse (neurótico) en C, cuando teóricamente pudieron haber *elegido* hacerse a sí mismos sentirse sólo apropiadamente disgustados y frustrados (auto-ayudándose y no neuroticándose) (Ellis, 1957, 1962, 1973, 1984; Ellis y Harper, 1961 y 1975).

De acuerdo con la teoría ABC de la RET, cuando estos clientes quieren ser aceptados y aprobados en A (suceso activador) y se encuentran incómodos, en lugar de, rechazados, *pueden* elegir fabricar o recurrir un juego de creencias racionales (Cr) o inteligentes y *pueden* por consiguiente concluir, «que desgraciado aquel fulano que desaprobó algunos de mis rasgos y por lo tanto rechazó mi amistad o amor. ¡Resulta demasiado malo! Pero puedo todavía encontrar a otros significativos que me aprueben y acepten. Ahora, ¿cómo hago para encontrarlos? Si ellos crean rigurosamente y permanecen con estas Cr, estos clientes sentirían, como se ha hecho constar, apropiadamente defraudados y frustrados, pero *no* deprimidos y auto-odiados.

¿De dónde vienen, entonces, sus sentimientos inapropiados y perturbados de depresión y auto-odio? La RET muestra a los clientes que estas consecuencias

neuróticas (C) principalmente o en gran parte (aunque no exclusivamente) proceden de sus Ci. Estas Ci casi invariablemente consisten en creencias absolutistas, dogmáticas, ilógicas e irrealistas. En vez de ser expresiones de deseos y preferencias flexibles (como parecen ser las Cr), son órdenes y demandas rígidas e inflexibles-deberías, obligaciones, tienes que, y necesidades absolutistas e incondicionales. Así, los sentimientos de depresión y auto-odio (en C) que siguen a la desaprobación y rechazo (en A) son en gran parte el resultado de Ci como (1) «No *debo* ser desaprobado y rechazado por una persona que yo juzgo significativa»; (2) «Si lo fuese, como no *debo* serlo, es *horrible* y *terrible*»; (3) *No puedo* aguantar ser desaprobado, ya que no *debo* serlo;» y (4) «Si soy rechazado por un otro significativo, ya que *nunca* debe suceder, bajo *ninguna* condición, tiene que haber algo horriblemente malo en mí, y esa maldad me hace una *persona* completamente *despreciable, indigna!*».

La RET, usando su teoría ABC cognitivamente orientada de la perturbación humana, primero tiende a mostrar a los clientes depresivos y que se auto-odian cómo ellos (y no sus padres, profesores, sociedad, o cultura) sin darse cuenta (y en parte inconscientemente) *eligen perturbarse a sí mismo*; cómo pueden, por lo tanto, *decidir* cambiar sus Ci y de este modo despertarse a sí mismos; y cómo pueden, principalmente (aunque no por completo), adquirir una filosofía realista de *preferencia* más bien que una filosofía absolutista de *exigencia* y en consecuencia raramente perturbarse seriamente a sí mismos en el futuro.

Al combatir las resistencias contra-productivas de los clientes, la RET los pone dentro del modelo ABC y les muestra que cuando se prometen a sí mismos y a sus terapeutas que trabajarán en terapia en el punto A (suceso activador) y cuando actúan disfuncionalmente en el punto C y llevan a cabo la consecuencia contraproducente de resistencia, tienen tanto creencias racionales como irracionales en el punto B. Sus Cr tienden a ser «No me gusta trabajar en terapia. Es duro cambiarme. Pero es *más* duro si no lo hago; así que me condenaré mejor empujándome a mí mismo, y haré este trabajo duro bien *ahora* para hacer mi vida más fácil y mejor más adelante». Si, dice la teoría de la RET, *sólo* creyeran y sintieran estas creencias racionales en B, no serían especialmente resistentes en C.

¡Ojalá! Cuando los clientes se resisten seria y autoinjurosamente, generalmente *también* crean y dan rienda suelta a las creencias irracionales tales como éstas: (1) «No es sólo duro para mí trabajar en la terapia y cambiarme, es ¡*demasiado* duro! *No tendría, ni debería* ser tan duro»; (2) «Qué *terrible* es tener que trabajar tan duro y persistentemente para cambiarme a mí mismo»; (3) *No puedo* aguantar trabajar en terapia por que es más duro de lo que *debería* ser»; y (4) «Lo que tengo es un *terapeuta inútil*, que me hace trabajar más duro de lo que *debería* y ¡qué *métodos más duros* me impone! Estoy seguro que hay algún método más fácil, y más agradable de cambiar, y hasta que lo encuentre seré un tonto si me pongo incómodo con éste!»

Estas Ci de clientes resistentes, que consisten principalmente en una férrea filosofía de baja tolerancia a la frustración (BTF) o ansiedad perturbadora (AP) (Ellis 1979, 1980) puede también ser complementada con una filosofía de auto-abatimiento o ansiedad del yo (AY). Las Ci de los clientes resistentes tienden a desrrollarse entonces de la siguiente manera: (1) «*Debo* trabajar de manera firme y exitosa en terapia»; (2) «Si no cambio tanto y tan rápidamente como *debería* es horrible y *terrible*;» (3) «Cuando no me *hago* cambiar a mí mismo tal como *debería*,

no puedo aguantarlo y la vida es intolerable»; y (4) «A menos que lo haga tan bien como debería en terapia, soy una persona inadecuada, sin esperanza ni valía!» Uno podría pensar que estas Ci auto-culpantes ayudarían a acelerar el paso para trabajar en terapia y vencer su resistencia. Ocasionalmente, esto puede ser verdad, pero generalmente estos clientes saboteadores de Ci, les lleva a sentirse que *no pueden* cambiar, y concluyen en grandes resistencias.

La técnica cognitiva de la RET de combatir la resistencia, por consiguiente, consiste en mostrar a los clientes que no se resisten «sólo» y que *no meramente se resisten debido a que encuentran difícil cambiar, sino que eligen* suscribirse a una filosofía de baja tolerancia a la frustración y/o de auto/depreciación, que por el contrario, «causa» en gran parte su resistencia. El principal mensaje cognitivo de la RET, por consiguiente, es que en lugar de elegir, pueden *descreer* y *vencer* sus Ci y cambiarlas por Cr que les ayuden a trabajar más que a resistirse al cambio terapéutico.

Debatir Creencias Irracionales

Las técnicas básicas de debate de la RET pueden emplearse para mostrar a los clientes que las Ci que se encuentran detrás de sus *deberías, obligaciones, y tienes que*, absolutistas, y detrás de inferencias, atribuciones y sobregeneralizaciones, no consecutivas, y otras formas de pensamiento tortuoso que tienden a proceder desde estos *deberías*, pueden ser aniquilados o mejorados por pensamiento científico vigoroso (Ellis, 1958a, 1962, 1971, 1973, 1984; Ellis y Becker, 1982; Ellis y Grieger, 1977; Ellis y Harper, 1975; Ellis y Whiteley, 1979). Esos resistentes son desafiados por el terapeuta y se les induce a seguir poniéndose en duda con cuestiones científicas como, «¿Dónde está la evidencia de que *debo* triunfar al cambiarme a mí mismo?» «¿Por qué es tan *horrible y terrible* para mí lo difícil de cambiar?» «¿La prueba de que *no puedo aguantar* tener que trabajar tanto tiempo y tan duro en terapia?» «¿Dónde está escrito que es *demasiado duro* cambiar y que *no debería ser tan duro*?» Esta clase de debate científico es persistente, tanto por los terapeutas como por los clientes, hasta que los resistentes empiezan a cambiar.

Después de A (suceso activador), B (creencias racionales e irracionales), y C (consecuencias emocionales y conductuales), la RET entra directamente (y a menudo rápidamente) en D: debatir. Como se remarcó, D es el método científico. La ciencia acepta las creencias como hipótesis, constructos, o teorías, no como hechos. Además, las teorías científicas no son dogmáticas, inflexibles, absolutistas o ferrosas. De otra manera serían religiosos más bien que científicos (Ellis, 1983a Rorer y Widiger, 1983). La RET no sólo intenta ser científica acerca de sus propias teorías y alzarlas de tal modo que sean precisas y falsificables (Barley, 1962; Mahoney, 1977; Popper, 1962; Weimer, 1979), sino que es una de las nuevas formas de terapia cognitivo-conductual que intenta enseñar a los clientes cómo pensar científicamente acerca de sí mismos, otros, y el mundo en el que viven. Si, sostiene la RET, la gente fuera consistentemente científica y no absolutista, raramente inventarían o suscribirían los *debes y tienes que*, dogmáticos, permanecerían con sus *deseos* y preferencias flexibles, y en consecuencia minimizarían o eliminarían sus perturbaciones emocionales.

La RET, por lo tanto, anima a todos los clientes, y particularmente a aquellos

resistentes, activa y persistentemente a debatir (en el punto D) sus Ci y llegar al punto E, el cual es un resultado nuevo o una filosofía eficaz. Mientras la D consiste en debatir las Ci de los clientes, la E consiste en respuestas lógicas y empíricas que resultan de esta discusión. De este modo, ejecutar D y llegar a E, un diálogo interno con respecto a su resistencia, sería algo parecido a esto:

- Ci: «¿*Debería* tener éxito al cambiar durante la terapia!»
 D: «¿Dónde está la evidencia de que *tengo que* tener éxito?»
 E: «¡No hay tal evidencia! Tener éxito al cambiarme supondría obtener varias claras ventajas y me gustaría conseguirlas definitivamente. Pero nunca *tengo que* conseguir lo que deseo, por grande que sea».
- Ci: «Si no tengo éxito al vencer mi resistencia y trabajar en terapia, soy un incompetente, una persona sin esperanza, ¡nunca podré dejar de resistirme!»
 D: «¿Prueba que soy un incompetente, una persona sin esperanza que nunca puede dejar de resistirse!»
 E: «No puedo probar esto. Puedo sólo probar que soy una persona que ha fracasado *reiteradamente* en dejar la resistencia, pero no que tenga, o que nunca tendré, la *no* habilidad para hacerlo así en el futuro. Sólo mi *creencia* en mi total incompetencia para cambiarme me hará *más* incompetente que de lo que sería probablemente podría ser de cualquier otra forma!».
- Ci: «Es *horrible y terrible* que tenga que trabajar en terapia y tenga que cambiarme!»
 D: «¿De qué forma es *fatal y horrible* trabajar en terapia y cambiarme!»
 E: «¿De ninguna forma! Es claramente difícil e inconveniente para mí trabajar en terapia, y debería ser más bien fácil. Pero cuando etiqueto este trabajo como *horrible o terrible* significa que (1) *no debería* ser tan inconveniente como eso (2), es *totalmente* o un 100% inconveniente, y (3) es *más que* (101%) inconveniente. Todas estas conclusiones son erróneas, ya que (1) ser tan inconveniente como eso es porque esa es la forma en que es. (2) virtualmente nunca puede ser 100% inconveniente ya que ¡nada puede ser *así de malo!*, y (3) obviamente no puede ser 101% inconveniente porque nada puede ser *así de malo*. Nada en el universo es *fatal o terrible u horrible*, ya que éstos son términos mágicos que van más allá de la realidad y no tienen referencias empíricas. Si invento tales «descripciones» antiempíricas de mi experiencia, de este modo haré que mi vida *parezca* y *se sienta* «horrible» cuando es sólo altamente desventajosa e inconveniente; y después me hará sufrir *más* de lo que sufriría de cualquier otra forma».
- Ci: «*No puedo aguantar* tener que trabajar tanto tiempo y tan duro en terapia»
 D: «¿Por qué no puedo aguantar tener que trabajar tanto tiempo y tan duro en terapia?»
 E: «¿Definitivamente *puedo* aguantarlo! No me *gusta* trabajar tanto tiempo y tan duro y me gustaría poder cambiarme fácil y mágicamente. Pero *puedo* aguantar lo que no me gusta, mientras (1) no me muera por eso y (2) pueda, no obstante, disfrutar de alguna forma y ser feliz. Es completamente obvio que no moriré por trabajar en terapia aunque puedo matarme a mí mismo si no lo hago!). E incluso aunque con esta clase de trabajo a menudo no se disfruta, me deja tiempo y energía para otros placeres. De hecho, a la larga, me ayuda a lograr una vida *más* agradable. Así que claramente *puedo* aguantarlo, *puedo* tolerar el trabajo terapéutico que no me gusta».
- Ci: «Debido a que no hay un cambio fácil para mí al trabajar en terapia y debería persistir en ello hasta que colabore con mi terapeuta y cambie, el mundo es un lugar *horrible* y la vida apenas es valiosa. Quizá será mejor suicidarme.»

- D: ¿Dónde está escrito que el mundo es un lugar horrible y que la vida apenas merece la pena ser vivida porque no hay una forma fácil para mí a la hora de trabajar en terapia?».
- E: «¡Está sólo escrito en mi filosofía contraproducente! Parece evidente que, debido a la forma que soy y debido a la forma en que es el mundo, tendré a menudo angustia a cambiarme a través de la terapia. ¡Demasiado malo! ¡Realmente desafortunado! Pero si así es como es y ésa es la forma que soy, debería aceptar mejor (aunque todavía me desagrada y a menudo intentaré cambiar) las limitaciones del mundo y mi propia afabilidad, e intentaré vivir mejor y disfrutar tanto como pueda con estas realidades indeseables. Puedo enseñarme a mí mismo, como San Francisco recomendaba, tener el coraje de cambiar las cosas desagradables que puedo cambiar, tener la serenidad de aceptar aquellas que no puedo cambiar, y tener la sabiduría para conocer la diferencia entre las dos».

La técnica más famosa y más popular de la RET es la que se acaba de delinear: esa de enseñar a los clientes resistentes a encontrar sus principales creencias irracionales que contribuyen significativamente o «causan» sus resistencias; debatir activamente estas CI mediante el uso riguroso de los instrumentos lógico-empíricos del método científico; y continuar con este debate hasta que lleguen a E, una filosofía efectiva que es auto-ayudadora más bien que irracional y auto-abatidora. Como Kelly (1955) observó brillantemente, los humanos son predictores y científicos naturales. La RET, junto con otras terapias cognitivo-conductuales, intenta ayudarles a ser científicos mejores y más productivos en sus asuntos personales (Ellis, 1962, 1973, 1984; Ellis y Becker, 1982; Ellis y Grieger, 1977; Ellis y Harper, 1975; Ellis y Whiteley, 1979; Friedman, 1975; Mahoney, 1974, 1977).

Auto-Afirmaciones Racionales y de Enfrentamiento

La RET, siguiendo los ejemplos de Bernheim (1886/1947) y Coue (1922), enseña a los clientes resistentes a decirse a sí mismos, repetidamente frases racionales o de enfrentamiento y seguir autosugestionándose activamente con estas afirmaciones hasta que se las crean de verdad y sientan su efecto. De esta forma, pueden decirse con fuerza Cr, tales como «la terapia no *tiene que* ser fácil. Puedo, de hecho, *disfrutar* de su dificultad y su desafío». «Seguro que es duro trabajar para cambiarme; pero es mucho más duro si no lo hago». «Qué mala suerte si soy imperfecto al cambiarme. Eso sólo prueba que soy todavía, y continuaré siendo una persona altamente falible, y *puedo* aceptarme como falible!». A pesar de este pensamiento positivo diferente, sin embargo, la RET anima a los resistentes a pensar a través de, y no meramente a imitar como un loro frases racionales y de enfrentamiento.

Referencia

La RET usa el método general semántico de referencia (Danysh, 1974) y enseña a los clientes resistentes (1) a hacer una lista comprensiva de las desventajas

de resistirse y de las ventajas de trabajar en terapia y (2) seguir regularmente revisando y pensando sobre esta lista (Ellis y Abrahms, 1978; Ellis y Becker, 1982; Ellis y Harper, 1975). Así, bajo las desventajas de la resistencia, los clientes pueden listar: «(1) Me costará más tiempo cambiar. (2) Seguiré sufriendo mientras me resista a cambiar. (3) Mi negativa al cambio me enemistará con algunas de las personas que quiero y saboteará mis relaciones con ellas. (4) Mi terapia llegará a ser más pesada y más costosa cuanto más tarde consiga cambiar. (5) Continuar afligiéndome con mis síntomas me hará perder más tiempo y dinero. (6) Si continúo resistiendo, puedo enemistarme con mi terapeuta y animarle a poner menos esfuerzo en ayudarme. (7) Mi negativa a trabajar fuertemente en terapia y de este modo continuar permaneciendo miedoso y ansioso de forma irracional me obligará a privarme de muchos placeres y ventajas potenciales y hacer mi vida más aliviada». De forma similar, usando esta técnica de referencia, se muestra a los clientes cómo listar las ventajas de trabajar con firmeza en la terapia y en consecuencia incitar su propio cambio de personalidad. Mediante la revisión y el examen de estas desventajas de la resistencia y estos beneficios de no resistirse, se ayuda a resistirse considerablemente menos.

La RET, a menudo, lleva con fuerza la atención de los clientes no sólo a las desventajas presentes de resistirse a la terapia, sino a probables posteriores. Así, el practicante de la RET puede recompensar al cliente: «Sí, tú no tienes que trabajar de firme ahora en vencer tu baja tolerancia a la frustración, ya que tus padres están todavía a tu lado para ayudarte a sostenerte económicamente. ¿Pero cómo vas a adquirir una vida decente después de que ellos se vayan si no te preparas para hacerlo así ahora? «Por supuesto, puedes ser capaz de evadirte con la bebida y no acostarte por la noche en el presente, ¿pero no saboteará tu salud? Y de verdad ¿quieres seguir haciéndote a ti mismo gordo, cansado y enfermo físicamente?»

Desafío del Auto-cambio

La RET intenta vender a los clientes resistentes la *aventura* y el *desafío* de trabajar en cambiarse a sí mismo. Así, manda a los clientes el ejercicio para casa de debatir las creencias irracionales (DCIS) lo que les ayuda a debatir sus CI y reconstruir alguna de las cosas difíciles que hacen en la terapia al preguntarse cuestiones como, «¿qué cosas buenas puedo sentir o hacer que sucedan si trabajo duro en la terapia y que todavía no salen demasiado bien? (Ellis, 1974; Ellis y Harper, 1975. Los terapeutas racional-emotivos también empujan a los clientes resistentes con cuestiones como, «¿supón que eliges la técnica de terapia errónea y trabajas duro en ella con escasez de buenos resultados. ¿Por qué sería importante para ti hacer eso?». Mediante estas cuestiones paradójicas esperan ayudar a los resistentes a ver que (1) intentar algo y fallar la primera vez es generalmente mejor que no intentarlo nunca; (2) esforzarse en cambiar lleva a obtener información importante acerca de uno mismo que puede llevar al éxito y placer más tarde; (3) la acción puede ser agradable en sí misma, incluso aunque no lleve a buenos resultados; (4) intentar cambiarse uno mismo y *aceptar* resultados aplazados incrementa la tolerancia y la frustración de uno, y (5) el *desafío* de esforzarse para el cambio terapéutico (como el desafío de intentar escalar el Everest) puede ser excitante y disfrutable en sí mismo.

Aunque la RET ve que los métodos de terapia de intensificación del yo tienen peligros singulares ya que si se dirige a los clientes a pensar de sí mismos que son individuos buenos o valiosos cuando tienen éxito en la terapia también se verán perjudicialmente a sí mismos como individuos malos o inútiles cuando fracasan), pueden usarse algunos elementos de refuerzo verbal para combatir la resistencia. Así, los terapeutas pueden mostrar a los clientes que *ello* es bueno y deseable (y no que *ellos* son buenos o valiosos) si usan su energía e inteligencia para trabajar en terapia. Esta técnica puede combinarse con el método del desafío. Por ejemplo, el terapeuta puede decir al cliente. «Si, muchas personas son propensas a esperar sentados y resistirse estúpidamente a cambiarse a sí mismos. Pero cualquiera que tenga *tu* inteligencia, talento o habilidad, *puede* vencer esta clase de resistencia y mostrar lo competente que es al cambiar. No es que *tengas* que usar tu habilidad innata para cambiar. Pero ¿no conseguirías muchos mejores resultados si lo hicieses?».

Proselitismo de otros

Una de las técnicas cognitivas corrientes de la RET que puede ser especialmente útil con clientes difíciles y resistentes consiste en inducirles a usar los métodos de la RET con otros (Bard, 1980; Ellis, 1957; Ellis y Abrahms, 1978; Ellis y Harper, 1975; Ellis y Whiteley, 1979). Si usando la RET tienes clientes que se resisten a vencer la ira, puedes intentar conseguir que hablen a otros —familiares, amigos, empleados— de *su* ira. Si tus clientes se niegan a hacer sus tareas RET, puedes intentar inducirles a asignar tareas a otros y seguir chequeando para ver si estas personas realmente hacen su trabajo.

Distracción Cognitiva

La distracción cognitiva frecuentemente se usa en la RET para desviar a los clientes de la ansiedad y depresión (Ellis, 1973, 1984; Ellis y Abrahms, 1978; Ellis y Whiteley, 1979). Así, se enseña a los clientes a relajarse, a meditar, a hacer ejercicios de yoga, y a usar otras formas de distracción cuando se trastornan a sí mismos. La distracción, sin embargo, no es a menudo, muy útil con los clientes resistentes, ya que sólo los desvía temporalmente de persistir con su conducta perturbada rebelde y defensivamente y por consiguiente vuelven pronto a ella. Una forma de distracción que funciona bien, si puedes conseguir que estos clientes la usen, es la forma de un interés vital, continuo que realmente les absorba. Así, si puedes ayudarles a que se abstraigan en escribir un libro, ser un miembro activo de un grupo de auto-ayuda, o voluntariamente ayudar a otros, pueden, a veces, encontrar tal placer constructivo que minimiza su necesidad de una conducta contraproducente como el alcoholismo, las drogas, o el hurto.

Uso del Humor

Muchos clientes resistentes tienen poco sentido del humor, y eso es precisamente por lo que encuentran tan duro ver cómo están frustrándose a sí mismos

y lo absurdo que son sus pensamientos y conductas. Pero algunos, a pesar de su severa perturbación, tienen un buen sentido del humor que puede usarse para interferir con sus resistencias. De este modo, continué mostrando a una de mis clientes tenaces lo irónico que era que se quejase amargamente y despotricase contra el frío que hacía y en consecuencia se sufriese *más* el frío. A menudo también digo a los clientes resistentes, «si los Marcianos viniesen a visitarnos y estuviesen realmente sanos, se morirán de risa con nosotros. Porque verán a la gente inteligente como tú insistiendo, sin éxito, en que pueden hacer algo que no pueden —tal como cambiar a tus padres— mientras dicen a la vez que no pueden hacer algo que invariamente pueden hacer, a saber, cambiarte a ti mismo. No serían capaces de entender ésta y probablemente volverían de nuevo a Marte, porque nosotros estamos chiflados!». La RET frecuentemente usa el humor y las canciones racionales humorísticas para combatir la resistencia terapéutica (Ellos, 1977c, 1977d, 1981).

Intención Paradójica

Con clientes altamente resistentes y negativos, como Erikson (Erikson y Rossi, 1979), Frankl (1960), Haley (1963), y otros han mostrado, la intención paradójica a veces funciona y es, por consiguiente, un método cognitivo de la RET (Ellis y Whiteley, 1979). Así, puedes decir a los clientes depresivos que se lamenten y gimoteen fuertemente sobre todas las cosas que ocurren en sus vidas. O puedes decir a la gente altamente ansiosa que haga la tarea de sólo permitirse preocuparse de 8.00 a 8.15 cada día. O puedes insistir para que los clientes resistentes se nieguen a hacer *algo* que les dices que hagan, tal como negarse a avanzar a veces en sus sesiones y rehusar hacer cualquier trabajo asignado. Perversamente, los resistentes pueden entonces parar de resistirse. ¡Pero no contar con esto! La intención paradójica es una conmoción, pero es un método limitado que tiende a funcionar sólo ocasionalmente y bajo condiciones especiales.

Sugestión e Hipnosis

Puedes deliberadamente usar la sugestión o hipnosis profunda con algunos clientes difíciles, incluso aunque éstas sean técnicas no elegantes que, a veces, interfieren con el pensamiento independiente de los clientes. Los clientes resistentes que *creen* en el trabajo hipnótico pueden permitirse cambiar con métodos hipnóticos cuando no admitirían esto sin hipnosis. La RET ha incluido métodos de hipnosis desde sus comienzos en 1955 (Ellis, 1958, 1962). Stanton (1971), Tosi (Tosi y Marsela, 1977; Tosi y Reardon, 1976), y otros investigadores clínicos han mostrado cómo pueden usarse a veces con eficacia con clientes resistentes.

Filosofía del Esfuerzo

La práctica usual de la RET es explicar a todos los clientes, de acuerdo con el principio de terapia, que ellos tienen enormes poderes de auto-actualización (así

como tendencias contraproducentes) y sólo con trabajo y práctica dura serán capaces de llevar a cabo estos poderes (Ellis, 1962; Grieger y Boyd, 1980; Grieger y Grieger, 1982; Walen, DiGiuseppe, y Wessler, 1980; Wessler y Wessler, 1980). Se muestra también a los clientes que pueden fácilmente retroceder a viejos modelos disfuncionales de conducta y que por consiguiente sería mejor que continuasen controlándose persistentemente y trabajar en el cambio. Con clientes resistentes este mensaje realista es a menudo repetido con el propósito tanto de profilaxis como de cura. Un eslogan favorito de la RET es, «¡Raramente hay alguna ganancia sin dolor!» Esta filosofía es constantemente promulgada para combatir la baja tolerancia a la frustración de los resistentes (Ellis, 1979, 1980, 1982).

Trabajar con las Expectativas de los Clientes

Como Meichenbaum y Gilmore (1980) han mostrado, los clientes traen expectativas cognitivas a la terapia y puede ser tan útil esto en sus sesiones con el terapeuta como desconfirmar estas expectativas. Consecuentemente, pueden resistirse a cambiar ellos mismos. Si es así, puedes percibir y compartir exacta y empáticamente las expectativas de tus clientes, hacer que se den cuenta de su conducta resistente improductiva, y por lo tanto ayudar a vencer la resistencia. Usando la RET, podrías ir un paso más allá, y a medida que ayudas a tus clientes a explorar y entender las razones de su resistencia (y las Ci que a menudo subyacen a ella), puedes empujarles, animarles, y persuadirles activamente a renunciar a sus ideas y conductas resistentes.

Creencias Irracionales Subyacentes a la Resistencia Primaria y Secundaria

Frecuentemente los clientes tienen tanto resistencia primaria como secundaria. La resistencia primaria procede en su mayor parte de sus tres principales debes: (1) «*Debo* cambiarme rápida y con facilidad, y soy una persona incompetente si no lo hago»; (2) «*No debes* forzarme a cambiar, y lucharé hasta la muerte si lo haces»; y (3) «¡Las condiciones *deben* hacerme fácil el cambio, y no intentaría ayudarme si no lo fueran!» Una vez que los humanos se resisten a cambiarse a sí mismos por alguna de estas tres razones (o por una combinación de estas tres), *ven* que se resisten y tienen otro juego de creencias irracionales acerca de esta resistencia, tales como (1) «*No debo* resistirme al cambio de manera incompetente, y soy una persona bastante inútil si lo hago»; (2) «*No debo* resistirme al cambio de una forma hostil o rebelde, y es *horrible* si lo hago»; y (3) «*No debo* tener baja tolerancia a la frustración que me haga resistirme a cambiar y no puedo aguantarlo si lo hago.» Su perturbación secundaria, esto es, su culpa o vergüenza *acerca* de la resistencia tiende a bloquear su tiempo y energía e incita a que la resistencia se vea *incrementada*. En la RET, por lo tanto, buscamos e intentamos eliminar las resistencias secundarias así como las primarias; y lo hacemos mostrando a los clientes sus Ci primarias y secundarias y debatiendo ambos juegos de Ci justo como debatiríamos cualquier otra creencia irracional. Ayudándoles primero a deshacerse de sus perturbaciones *acerca* de su resistencia, les mostraremos cómo quitarse de en medio estos problemas secundarios y luego cómo volver a cambiar las ideas y sentimientos que constituyen la resistencia primaria.

Creencias Irracionales Subyacentes a la Evitación de Responsabilidad

La resistencia puede a veces proceder del intento de los clientes para evitar la responsabilidad del cambio y de su deliberada (aunque quizá inconsciente) lucha contra los esfuerzos del terapeuta para ayudarles a cambiar. Esta forma de rebeldía pueril puede venir de las irrationalidades del yo («Debo estorbar a mi terapeuta y «ganarle» para mostrarle que soy una persona ¡fuerte e independiente!») o de irrationalidades procedentes de la baja tolerancia a la frustración («¡No debo tener que trabajar demasiado duro en terapia, porque si asumo la responsabilidad total para cambiar mi vida llegará a ser demasiado dura e insatisfactoria!»). Cuando la evitación de la responsabilidad y la rebeldía concomitante contra el terapeuta o contra el trabajo en terapia tiene como resultado la resistencia, la RET intenta mostrar a los clientes las creencias irracionales (Ci) que se encuentran detrás de esta clase de evitación y rebeldía y les enseña cómo combatir y vencer estas Ci.

Uso de Debate Rápido y Activo

Aunque los terapeutas RET pueden en ocasiones ayudar a crear la resistencia mediante el debate activo y rápido de las creencias irracionales de sus clientes, pueden también, empleando «pobremente» esta técnica, auyentar al momento las resistencias de los clientes, viendo exactamente que clase de T.D. (tipos difíciles) son estos clientes, y fomentando métodos de terapia más eficientes y efectivos. El debate activo, aunque arriesgado, puede descubrir las resistencias rápidamente, ahorrar a terapeutas y clientes considerable tiempo y esfuerzo, llevar el terapeuta a contramedidas vigorosas, y a veces conduce al final rápido conveniente (y ¡barrato!) de la terapia.

Algunos terapeutas cognitivo-conductuales (por ejemplo, Meichenbaum y Gilmore, 1980) recomendaban que la resistencia se venza mediante el proceso de cambio graduado dentro de pasos manejables y mediante la estructuración de la intervención terapéutica de modo que el terapeuta maximice la probabilidad de éxito en cada etapa. Esto funcionará en ocasiones pero también tiene sus peligros con aquellos que se resisten debido a la BTF abismal. Con estos individuos el gradualismo puede fácilmente *alimentar* su BTF y ayudarles a creer que es *demasiado* duro para ellos cambiar y que *deben* hacerlo así de una manera lenta y gradual (Ellis, 1983c).

Debatir la Imposibilidad de Cambiar

Cuando los clientes sostienen que *no pueden* cambiar, la RET puede mostrarles que esto es una visión no realista y antiempírica no apoyada por ningún hecho (lo cual meramente muestra que *es difícil* para ellos cambiar). Pero los terapeutas de la RET no usan sólo esta refutación realista, científica sino que también emplean algunas de las formas de debate más elegantes anti *necesidad* perturbadora. Los clientes generalmente se dicen a sí mismos «*No puedo* cambiar porque, comienzan con la proposición básica» «*Debo* tener una habilidad para cambiar rápida y fácilmente, y soy un incompetente y sin valía si no hago lo que *debo*.» La RET

debate esta *necesidad* perturbadora, este pensamiento absolutista mostrándoles que *nunca* tienen que cambiar (aunque eso sería altamente deseable) y que son *personas que actúan de forma incompetente* y no *personas incompetentes*. Este debate de la idea de que «No puedo cambiar» es por lo tanto más profundo y más elegante que el simple debate antiempírico de Meichenbaum (1977), Beck (1976), Maultsby (1975), y otros seguidores de la CBT.

Ayudar a los Clientes a Ganar Insight Emocional

La RET muestra a menudo a los clientes resistentes que creen falsamente que están trabajando duro para mejorar y vencer su propia resistencia, cuando realmente no lo hacen así. De este modo frecuentemente dicen, «Veo que estoy diciendome que la terapia debería ser Fácil, y veo que eso es erróneo». Después equivocadamente piensan que porque han *visto* el error de tal procedimiento, han trabajado en cambiar este error y por consiguiente *vencido* su resistencia. Pero generalmente no han hecho nada de este tipo. Su «insight» no ha sido usado para ayudarse a *cambiar* la idea de que la terapia debería ser fácil. Ahora se les podría mostrar que deberían ver mejor y cambiar esta idea, esto es, debatirla preguntándose, «¿Por qué debería ser fácil la terapia?» y contestar vigorosamente, «¡No hay maldita razón por la que debería ser! A menudo es —y debería ser— *dura*»

La RET intenta distinguir claramente entre el insight llamado intelectual y el emocional (Ellis, 1963). Los clientes resistentes a menudo dicen, «He adquirido insight intelectual sobre mi odio a mi mismo pero esto no me hace bueno puesto que todavía no puedo dejar este auto-odio. Lo que necesito es insight emocional». Lo que estos clientes quieren decir es que ellos se odian a sí mismos y pueden incluso ver las auto-afirmaciones irracionales que ocasiona este sentimiento (Ejemplo: «Debo tener siempre éxito en las tareas importantes y ¡soy un inútil cuando no lo consigo!»), pero no saben cómo cambiar sus Ci o saben como cambiarlas pero rehusan a hacer el debate persistente y fuerte que se requiere para vencerlos.

En la RET intentamos mostrar a los clientes, particularmente a los resistentes, tres clases principales de insight:

1. La gente principalmente se perturba a sí misma más bien que trastornarse por condiciones y sucesos externos.
2. No importa cuando comenzó al principio a destruirse a sí mismo (generalmente en la infancia) y no importa qué sucesos contribuyeran a su temprana *perturbación*, la gente *ahora* en el presente, continua trastornándose a sí misma mediante la fuerte subscripción, a las creencias irracionales similares a aquellas que tenían previamente, siguen conservando sus viejas perturbaciones vivas al reindocinarse continuamente con estas Ci.
3. Ya que la gente nace con la tendencia a aceptar la Ci de otros y crear muchas de las propias; y ya que consciente e inconscientemente dan rienda suelta a estas Ci desde el principio de la niñez hacia adelante; y ya que fácil, automática, y habitualmente actualizan estas ideas en sus sentimientos y acciones y de este modo las refuerzan poderosamente durante largos periodos de tiempo, hay generalmente una forma no simple, veloz, fácil y completa para cambiarlas. Sólo el trabajo y la practica considerable para desafiar y debatir estas creencias irracionales,

y sólo la *acción* larga concertada que contradiga los modelos conductuales que las acompañan será probable que las minimice o las extirpe.

La RET, entonces, enseña a los clientes que los insights 1 y 2 son importantes pero no suficientes para cambios profundos filosóficos y conductuales, y que harán mejor en estar acompañados por el insight más importante de todos el 3.

Más específicamente, la RET muestra a los clientes resistentes que dicen que tienen insight intelectual entre sus síntomas (tales como auto-odio) pero no puede vencerlos porque no tienen insight emocional, que generalmente sólo tienen insight 1 —e incluso que a menudo, parcialmente. De este modo, una mujer joven puede decir, «veo que me odio» pero no puede ver lo que está irracionalmente creiendo para crear su propio-odio (ejemplo, «Ya que no soy tan competente como *debo* ser, soy una *persona inadecuada* por completo»). Incluso cuando ve lo que esta creiendo para crear su auto-odio sólo ha conseguido 1; y puede falsamente creer que obtuvo su creencia de auto-odio por sus padres y *que* es por lo que ahora se odia a sí misma.

En la RET, le ayudaríamos por consiguiente a lograr insight 2: «No importa cuando consiguiese la creencia irracional de que *debería* ser más competente y de que soy una *persona inadecuada* Ahora continuo indoctrinándome con ello de tal modo que soy totalmente responsable de creerlo hoy; y por consiguiente haría mejor en superarlo».

La RET no cesa aquí, ya que todavía podría quedar sólo un insight leve o «intelectual», sino que le empuja al insight 3: «Ya que sigo creyendo activamente que *debería* ser más competente y que soy una *persona inadecuada* si no, y ya que tiendo a seguir recreando y reinventando creencias irracionales (porque es mi naturaleza básica hacerlo así), sería mejor que continuase firme y fuertemente *trabajando* y *practicando* hasta que no crea por más tiempo en esto. Sólo debatir, y desafiar *continuamente* esta creencia y sólo *forzandome* para seguir actuando contra ello seré capaz *finalmente* de vencerlo y reemplazarlo por creencias racionales y conductuales efectivas».

El insight 3, más la determinación de actuar sobre este nivel de entendimiento, es lo que la RET llama insight «emocional» o «fuerza de voluntad». Es esta clase de reestructuración cognitiva o cambio filosófico profundo lo que la RET emplea en concreto con clientes resistentes.

Biblioterapia y Audioterapia

La RET emplea la biblioterapia con los clientes resistentes y les anima a leer folletos y libros orientados en la RET, tales como *Razón y Emoción en Psicoterapia* (Ellis, 1962). *A New Guide to Rational Living* (Ellis y Harper, 1975), *Humanistic Psychotherapy: The Rational-Emotive Approach* (Ellis, 1973), y *A Guide to Personal Happiness* (Ellis y Becker, 1982). Los practicantes de la RET también desarrollan un buen número de charlas, cursos, talleres y maratones, que ayudan a los clientes a entender la teoría y uso de las técnicas de la terapia racional-emotiva. En concreto he encontrado que algunos de los cassetes, las películas y los vídeos de la RET son útiles con clientes resistentes, a los que se les anima a escucharlos muchas veces hasta que las presentaciones de estos materiales calen

en ellos. Notablemente útil en este aspecto son los cassettes, *Conquering the Dire Need for Love* (Ellis, 1977d), *Conquering Low Frustration Tolerance* (Ellis, 1977a), *Overcoming Procrastination* (Knaus, 1974), *I'd Like to Stop, But...* (Ellis, 1974), *Self-Hypnosis: The Rational-Emotive Approach* (Golden, 1982), *Twenty-One Ways to Stop Worrying* (Ellis, 1972b) y *How to Stubbornly Refuse to be Ashamed of Anything* (Ellis, 1972a).

Métodos Imaginativos

Uno de los principales modos de cognición humana es la imaginación, y la RET emplea a menudo métodos imaginativos. Estos a veces son especialmente útiles con clientes resistentes, ya que algunos de ellos se resisten porque ven y sienten cosas más intensamente a través de métodos gráficos que a través de métodos verbales (Coue, 1922; Lazarus, 1978, 1981). Consecuentemente, cuando se bloquean o encuentran dificultades con auto-afirmaciones verbales y en el debate filosófico de las creencias irracionales, pueden ser adiestrados con más eficacia en ocasiones mediante métodos imaginativos. A este fin, la RET, siguiendo a Coue (1922) y a una multitud de sus discípulos, puede enseñar a los resistentes a usar la imaginación positiva para imaginarse a sí mismos haciendo cosas que sostienen negativamente que no pueden hacer (ejemplo, éxito al pronunciar una charla pública) y puede ayudarles a que se animen bajo condiciones frustrantes cuando normalmente piensan que ellos de ninguna forma pueden sufrir tales condiciones. También, la RET emplea frecuentemente la técnica de imaginación racional-emotiva de Maultsby (Maultsby, 1975; Maultsby y Ellis, 1974), mediante la cual se muestra a los clientes resistentes (y a otros que no lo son) cómo imaginar una de las peores cosas que pudieran sucederles, para investigar sus sentimientos perturbados acerca de este suceso, y trabajar a continuación en cambiar estos en sentimientos negativos más apropiados.

Técnicas de Modelado

Bandura (1969, 1977) ha sido el pionero en mostrar cómo los métodos de modelado pueden usarse para ayudar a individuos perturbados, y la RET ha usado siempre tales métodos (Ellis, 1962, 1971, 1973, 1984; Ellis y Abrahms, 1978; Ellis y Whiteley, 1979). En el caso de clientes resistentes y difíciles, los practicantes de la RET no sólo les enseñan cómo aceptarse incondicional y totalmente, no importando lo mal o incompetentemente que se comporten, sino que ellos mismos también modelan esta clase de aceptación mediante la manifestación de atención firme benevolente a estos clientes y mostrándoles mediante sus actitudes y conductas (así como con sus palabras) que ellos pueden aceptar totalmente a tales clientes, incluso cuando tratan mal al terapeuta, cuando llegan tarde a las sesiones, cuando fracasan en hacer sus tareas, y cuando de cualquier otra forma se resisten tenazmente a los esfuerzos del terapeuta (Ellis, 1962, 1973, 1984; Ellis y Whiteley, 1979). La RET también patrocina talleres públicos, tales como mi famoso taller del Viernes noche que se imparte regularmente en el Instituto de Terapia Racional-Emotiva de Nueva-York, donde las demostraciones en vivo de la RET se ofrecen a grandes

audiencias, de tal modo que los miembros de la audiencia pueden ver exactamente cómo se realiza la RET y puede modelar sus propios procedimientos de auto-ayuda después de este modelado. Los clientes resistentes que sirven como demostradores voluntarios en estos talleres son a menudo particularmente ayudados mediante la sesión pública que tienen conmigo (o con otros terapeutas RET, cuando estoy fuera de la ciudad) y mediante el feedback y los comentarios que reciben de quince o veinte miembros de la audiencia.

Playback Grabado de las Sesiones de Terapia

Carl Rogers (1942) fué el pionero en el uso de grabaciones de las sesiones de terapia para ayudar a los terapeutas a entender exactamente lo que estuvieron haciendo y cómo mejorar sus técnicas. La RET, comenzó en 1959, como pionero del uso de cassettes con otros dos propósitos: (1) mostrar a los terapeutas de todo el mundo cómo se lleva a cabo la RET exactamente, de tal modo que pudieran modelar su propio manejo después de las prácticas con su autor y con otros practicantes de la RET (Ellis, 1959, 1966a, 1966b; Elkin, Ellis y Edelstein, 1971; Wessler y Ellis, 1979), y (2) dar a los clientes grabaciones de sus propias sesiones de tal modo que pudieran escucharlas varias veces y de este modo oír e internalizar algunos de los mensajes terapéuticos que de otra forma omitirían u olvidarían. Este segundo uso de las grabaciones, que pueden hacerse también con un equipo de video si esto resulta asequible, se ha encontrado muy útil con clientes resistentes. Si se les asigna la tarea de escuchar sus propias sesiones grabadas (y a veces la sesión grabada de otros) a menudo logran comunicarse a sí mismos algunos de los elementos de la RET que de otra forma omitirían fácilmente (Ellis, 1979, 1984; Ellis y Abrahms, 1978; Ellis y Whiteley, 1979). Uno de mis clientes borderline, por ejemplo, que discutía con fuerza contra casi todas las observaciones que le hacía acerca de su innecesario auto-trastorno, aceptaba estas mismas observaciones casi siempre cuando escuchaba una grabación de cada sesión varias veces durante la semana siguiente a la sesión.

CONCLUSION

Como puede verse del material presentado, los métodos cognitivos de la RET, cuando se seleccionan y emplean con cuidado con clientes resistentes y difíciles, pueden ser efectivos a menudo. También, la RET emplea con frecuencia diversas técnicas emotivas y conductuales, en adición a muchos métodos cognitivos, con clientes resistentes. Raramente, por no decir nunca, se introduciría compulsivamente el método favorito de uno. De hecho, con el cliente más resistente, se emplean generalmente los métodos más cognitivos, emotivos y conductuales. La RET se propone ser no sólo efectiva sino eficiente y por lo tanto resolver los problemas de los clientes tan rápidamente como sea posible, utilizando el mínimo tiempo y esfuerzo del terapeuta (Ellis, 1980). Con clientes típicos que no son resistentes, pueden emplearse un número relativamente pequeño de técnicas y les puede ayudar a estos clientes a mejorar significativamente en un periodo de tiempo bastante corto. Invariablemente se utilizan algunas modalidades cognitivas, emo-

tivas y conductuales pero no tienen que utilizarse muchas compulsivamente, como a veces se hace en la terapia multimodal (Lazarus, 1981) o en la psicoterapia holística. Con clientes resistentes, sin embargo, la RET se desarrolla a menudo más comprensiva e intensamente porque eso es lo que tales clientes pueden requerir.

REFERENCIAS

- Bandura, A. *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1969.
- Bandura, A. *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1977.
- Bard, J. *Rational-emotive therapy in practice*. Champaign, Ill.: Research Press, 1980.
- Bartley, W. W. *The retreat to commitment*. New York: Knopf, 1962.
- Basch, M. F. Dynamic psychotherapy and its frustrations. In P. L. Wachtel (Ed.), *Resistance*. New York: Plenum, 1982.
- Beck, A. T. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press, 1976.
- Berne, E. *Games people play*. New York: Grove, 1964.
- Bernheim, H. *Suggestive therapeutics*. New York: London Book Company, 1947. Originally published, 1886.
- Blatt, S. J., & Erlich, H. S. Levels of resistance in the psychotherapeutic process. In P. L. Wachtel (Ed.), *Resistance*. New York: Plenum, 1982.
- Brehm, S. S. *he application of social psychology to clinical practice*. Washington, D. C.: Hemisphere, 1976.
- Coue, E. *My method*. New York: Doubleday, Page, 1922.
- Dewald, P. A. Psychoanalytic perspectives on resistance. In P. L. Wachtel (Ed.), *Resistance*. New York: Plenum, 1982.
- Dryden, W. The therapeutic alliance: Conceptual issues and some research findings. *Midland Journal of Psychotherapy*, June, 1982, 1, 14-19.
- Dryden, W. Vivid RET II: Disputing methods. *Rational Living*, 1983, 1, 9-14.
- Dunlap, K. A revision of the fundamental law of habit formation. *Science*, 1928, 67, 360-362.
- D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 1971, 78, 107-126.
- Elkin, A., Ellis, A., & Edelstein, M. *Recorded sessions with RET clients (C2025)*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy, 1971.
- Ellenberger, H. F. *The discovery of the unconscious*. New York: Basic Books, 1970.
- Ellis, A. Hypnotherapy with borderline psychotics. *Journal of General Psychology*, 1958, 59, 245-253. (a)
- Ellis, A. Rational psychotherapy. *Journal of General Psychology*, 1958, 59, 35-49. (b)
- Ellis, A. *Recorded sessions with adolescent and child RET clients (C2011)*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy, 1959.
- Ellis, A. Razón y emoción en psicoterapia. Bilbao. Desclee De Brouwer, 1975.
- Ellis, A. Toward a more precise definition of «emotional» and «intellectual» insight. *Psychological Reports*, 1963, 13, 125-126.
- Ellis, A. *Recorded sessions with RET neurotic clients (C2004)*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy, 1966. (a)
- Ellis, A. *Recorded sessions with Ret severely disturbed clients (C2004)*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy, 1966. (b)
- Ellis, A. *Growth through reason*. Palo Alto, Calif.: Science and Behavior Books; Hollywood: Wilshire, 1971. (a)

- Ellis, A. *How to stubbornly refuse to be ashamed of anything*. Cassette recording. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy, 1971. (b)
- Ellis, A. *Psychotherapy and the value of a human being*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy, 1972. (a)
- Ellis, A. *Twenty-one ways to stop worrying*. Cassette recording. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy, 1972. (b)
- Ellis, A. *Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach*. New York: Crown and McGraw-Hill Paperbacks, 1973.
- Ellis, A. *Disputing irrational beliefs (DIBS)*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy, 1974. (a)
- Ellis, A. *I'd like to stop, but...* Cassette recording New York: Institute for Rational-Emotive Therapy, 1974. (b)
- Ellis, A. *How to live with a «neurotic»*. New York: Crown, 1957. Rev. ed., 1975.
- Ellis, A. RET abolishes most of the human ego. *Psychotherapy*, 1976, 13, 343-348.
- Ellis, A. *Conquering low frustration tolerance*. Cassette recording. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy, 1977. (a)
- Ellis, A. *Conquering the dire need for love*. Cassette recording. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy, 1977. (b)
- Ellis, A. *Fun as psychotherapy*. Cassette recording. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy, 1977. (c)
- Ellis, A. *A garland of rational songs*. ongbok and cassette recording. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy, 1977. (d)
- Ellis, A. *ow to live with —and without— anger*. New York: Reader's Digest Press, 1977. (1)
- Ellis, A. Discomfort anxiety: A new cognitive behavioral construct. I. *Rational Living*, 1979, 14(2), 3-8.
- Ellis, A. Discomfort anxiety: A new cognitive behavioral construct. I. *Rational Living*, 1980, 15(1), 25-30.
- Ellis, A. The use of rational humorous songs in psychotherapy. *Voices*, 1981, 16(4), 29-36.
- Ellis, A. *The case against religiosity*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy, 1983. (a)
- Ellis, A. Failure in rational-emotive therapy. In E. Foa & P. M. Emmelkamp (Eds.), *Failures in behavior therapy*. New ork: Wiley, 1983. (b)
- Ellis, A. The philosophic implications and dangers of some popular behavior therapy technique. In M. osenbaum and C. M. Franks (Eds.), *Perspectives on behavior therapy in the eighties*. New York: Springer, 1983. (c)
- Ellis, A. *Rational-emotive therapy and cognitive behavior therapy*. New York: Spring, 1984.
- Ellis, A., & Abrahms, E. *Brief psychotherapy in medical and health practice*. New York: Springer, 1978.
- Ellis, A., & Becker, I. *A guide to personal happiness*. North Hollywood: Wilshire Books, 1982.
- Ellis, A., & Grieger, R. (Eds.). *Manual de terapia racional emotiva*. Bilbao. Desclee De Brouwer, 1982.
- Ellis, A., & Harper, R. A. *A new guide to rational living*. Hollywood: Wilshire; Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1975.
- Ellis, A., & Knaus, W. *Overcoming procrastination*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy; New York: New American Library, 1977.
- Ellis, A., & Whiteley, J. M. (Eds.). *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy*. Monterey, Calif.: Brooks/Cole, 1977.
- Erikson, M. H., & Rossi, E. L. *Hypnotherapy: An exploratory casebook*. New York: Onvington, 1979.

- Farrelly, F., & Brandsma, J. M. *Provocative therapy*. Fort Collins, Colo.: Shields, 1974.
- Fay, A. *Making things better by making them worse*. New York: Hawthorn, 1978.
- Fenichel, O. *Psychoanalytic theory of neurosis*. New York: Norton, 1945.
- Franlkl, V. Paradoxical intention: A logotherapeutic technique. *American Journal of Psychotherapy*, 1960, 14, 520-535.
- Freud, A. *The ego and the mechanisms of defense*. New York: International Universities Press, 1936.
- Freud, S. *The interpretation of dreams. Standard Edition*. New York: Basic Books, 1900/1965.
- Freud, S. *The dynamics of transference. Standard Edition*. New York: Basic Books, 1912/1965.
- Freud, S. *Inhibitions, symptoms and anxiety. Standard Edition*. New York: Basic Books, 1926/1965.
- Friedman, M. *Rational behavior*. Columbia, S. C.: University of South Carolina Press, 1975.
- Goldfried, M. R. Resistance and clinical behavior therapy. In P. L. Wachtel (Ed.), *Resistance*, New York: Plenum, 1982.
- Grieger, R., & Boyd, J. *Rational-emotive therapy: A skills-based approach*. New York: Van Nostrand Reinhold, 1980.
- Grieger, R., & Grieger, I. Z. (Eds.). *Cognition and emotional disturbance*. New York: Human Sciences, 1982.
- Haley, J. *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune and Stratton, 1963.
- Johnson, N. Must the rational-emotive therapist be like Albert Ellis? *Personnel and Guidance Journal*, 1980, 59, 49-51.
- Kelly, G. *Psicología de los constructos personales*. Bilbao. Desclée De Brouwer, 1987.
- Knaus, W. *Rational-emotive education*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy, 197.
- Knaus, W. *How to get out of a rut*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1982.
- Lazarus, A. A. *In the mind's eye*. New York: Rawson, Wade, 1978.
- Lazarus, A. A. *The practice of multimodal therapy*. New York: McGraw-Hill, 1981.
- Lazarus, A. A., & Fay, A. Resistance or rationalization? In P. L. Wachtel (Ed.), *Resistance*. New York: Plenum, 1982.
- Mahoney, M. J. *Cognition and behavior modification*. Cambridge, Mass.: Ballinger, 1974.
- Mahoney, M. J. Personal science: A cognitive learning therapy. In A. Ellis & R. Grieger (Eds.), *Handbook of rational-emotive therapy*. New York: Springer, 1977.
- Mahoney, M. J. Psychotherapy and the structure of personal revolution. In M. J. Mahoney (Eds.), *Psychotherapy process*. New York: Plenum, 1980.
- Maultsby, M. C., Jr., & Ellis, A. *Technique for using rational-emotive imagery*. New York. Institute for Rational-Emotive Therapy, 1974.
- Maultsby, M. C., Jr. *Help yourself to happiness*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy, 1975.
- Meichenbaum, D. *Cognitive behavior modification*. New York: Plenum, 1977.
- Meichenbaum, D., & Gilmore, J. B. Resistance from a cognitive-behavioral perspective. In P. Wachtel (Ed.), *Resistance*. New York: Plenum, 1982.
- Popper, K. R. *Objective knowledge*. Oxford: Clarendon, 1972.
- Rogers, C. R. *Counseling and psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin, 1942.
- Rorer, L., & Widiger, L. Personality assessment. *Annual Review of Psychology*, 1983, 34, 431-465.
- Schlesinger, H. . Resistance as process. In P. L. Wachtel (Ed.), *Resistance*. New York: Plenum, 1982.
- Spivacoñ. G., & Shure, M. *Social adjustment in young children*. San Francisco: Jossey-Bass, 1975.

- Stanton, H. E. The utilisation of suggestions derived from rational emotive therapy. *Journal Clinical and Experimental Hypspsis*, 1977, 25, 18-26.
- Tosi, D., & Marzella, J. N. Rational stage directed therapy. In J. L. Wolfe & E. Brand (Eds.), *Twenty years of rational therapy*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy, 1976.
- Tosi, D., & Reardon, J. P. The treatment of guilt through rational stage directed therapy. *Ratioms Living*, 1976, 2(1), 8-11.
- Turkat, I. D., & Meyer, V. The behavior-analytic approach. In P. L. Wachtel (Ed.), *Resistance*. New York: Plenum, 1982.
- Walen, S., DiGiuseppe, R., & Wessler, R. L. *A practitioner's guide to rational-emotive therapy*. New York: Oxford, 1980.
- Wat zlawick, P., Wekland, J., & Fisch, R. *Change*. New York: Norton, 1974.
- Wessler, R. A., & Wessler, R. L. *The principles and practice of rational-emotive therapy*. San Francisco: Jossey-Bass, 1980.
- Wessler, R. L. *Alternative conceptions of rational-emotive therapy: Towards a philosophica neutral psychotherapy*. Paper presentd at the Twelfth European Congress on Behavies Therapy, Rome, September, 5, 1982.
- Wessler, R. L., & Ellis, A. Supervision in rational-emotive therapy. In A. K. Hess (Eds.). *Psychotherapy supervision*. New York: Wiley, 1980.

16

El Uso del Psicodrama en la RET*

Thomas J. Nardi

El diálogo Socrático es una característica distintiva de la terapia racional-emotiva (RET) y por consiguiente a menudo se utiliza en demostraciones clínicas. Tales demostraciones captan con exactitud los aspectos distintivos de la RET pero aún así, irónicamente, presentan una visión un tanto miope de la misma. Las técnicas que podrían agregar más vitalidad y variedad a las sesiones de la RET a menudo se excluyen intencionadamente porque no «hacen juego» con el modelo presentado. El propósito de este capítulo es proponer el uso de técnicas psicodramáticas para ilustrar, enseñar, y avanzar en conceptos de la RET tanto en presentaciones didácticas como en la práctica clínica.

El psicodrama fué desarrollado por Jacob Moreno (1946) y representa una mezcla de psicoterapia de grupo y escenario de drama tradicional. Los miembros del grupo de terapia representan y externalizan los asuntos y problemas personales. Los miembros del grupo sirven como actores y público. La razón fundamental del psicodrama es sucintamente descrita por Harper (1959, p. 273): «Los psicodramáticos sostienen que los modelos irracionales y compulsivos se ven y se tratan con una mayor facilidad en la situación en la que se desarrolla la acción que en el transcurso de una conversación».

Mi propia experiencia confirma que las acciones a veces son más fuertes, de hecho, que las palabras. He encontrado que ciertas técnicas del psicodrama son útiles para llegar a los clientes cuando los intercambios verbales directos se han mostrado ineficaces. El Psicodrama sirve a menudo para ilustrar experiencialmente un concepto de la RET en una forma que trasciende al diálogo directo.

El psicodrama también sirve para promover y facilitar la interacción del grupo. Esto es particularmente importante en grupos avanzados o de crecimiento continuo que han superado ya la etapa de resolver los problemas inmediatos que traían los

* Este capítulo apareció por primera vez en *Rational Living*, 1979, 14 (1), 35-38.

clientes a terapia. El psicodrama puede servir para suministrar a estos clientes una variedad de experiencias en las que desarrollar y emplear los conceptos de la RET.

Lo más cercano a muchos practicantes de la RET que se interesan por el psicodrama es el uso del role-playing, el ensayo conductual y el entrenamiento en asertividad. Hay otras técnicas psicodramáticas que pueden aplicarse fácilmente a grupos RET. El resto de este capítulo se centrará sobre algunas de estas técnicas y su uso exclusivo en la RET. Sin embargo debe hacerse una advertencia preliminar para que queden claras las cosas: No confundir las técnicas con la teoría. Las técnicas son tomadas del psicodrama, pero su método viene de la teoría RET.

DEMOSTRACION DE INSIGHT

Ellis (1973) ha observado que hay tres tipos de insight psicoterapéutico. El primer insight es que nuestros problemas tienen ciertas causas antecedentes en nuestro pasado cercano o distante. En la infancia estamos expuestos a creencias irracionales por parte de los padres, los profesores, y el grupo de iguales. El segundo insight es que nuestros problemas se mantienen en el presente debido a nuestro pensamiento actual. Creamos nuestro propio trastorno emocional al seguir conservando nuestras creencias irracionales. El tercer insight es que el cambio vendrá solamente si asumimos la responsabilidad de cambiar y después trabajamos en ello.

Estos conceptos pueden ilustrarse de forma muy eficaz en un grupo de terapia o con la asistencia a un taller. Necesitas un coterapeuta y un palo para golpear. La escena se compone de un terapeuta que asume el rol de un niño y el otro terapeuta el rol de un padre. El padre riñe al niño con voz fuerte por no hacer las cosas lo suficientemente bien en la escuela. Entre los gritos del padre se encuentra una abundante cantidad de ideas irracionales, particularmente de aquellas relacionadas con la auto-valía y el perfeccionismo. El enfrentamiento con el niño está remarcado con golpes encolerizados con el palo, hasta que finalmente, disgustado, el padre lanza el palo al niño. Después el padre brama de nuevo. El niño a continuación toma el bate y empieza a repetir las creencias irracionales. Mientras se golpea a sí mismo con el palo gime, «¡Tengo que conseguir ser perfecto! No soy bueno si no consigo la perfección. Nunca consigo ser lo bastante bueno».

Después se pregunta al grupo, «¿Quién ha hecho el daño al niño? ¿Quién continúa haciendo el daño? ¿Quién puede pararlo? ¿Estás tú manteniendo un coste emocional? ¿Qué creencias irracionales estas usando para golpearte a ti mismo?» Esta demostración es una forma eficaz y poderosa de hacer que la gente sea consciente de su auto-conversación, de cómo lo logró al principio y, lo más importante, cómo continúa frustrándose a sí misma con ello.

EL DOBLE

El doble es otra técnica que puede usarse para descubrir ideas irracionales y hacer a los clientes más conscientes de su propia conversación. El doble sonoriza las creencias irracionales que se sitúan detrás de una frase expresada. El terapeuta puede ser el doble, o los miembros de un grupo pueden ser el doble de otro miembro.

Ellos reflejan lo que estaba diciendo juntamente con las ideas irracionales no sonorizadas subyacentes a esas afirmaciones.

Tipicamente, los dos miembros del grupo se sientan uno en frente del otro en el centro del grupo y representan una situación que es problemática para ellos. Los miembros del grupo intentan sintonizar lo que se está diciendo y relacionarlo con sus propias creencias irracionales. Pueden después colocarse detrás de uno de los dos y doblarlos.

- MUJER: Me siento realmente mal porque sé que no apoyas totalmente mi cambio de trabajo.
- DOBLE: ¡Exijo que apoyes el cambio! Eso es por lo que me enfado.
- MARIDO: Estoy intentando apoyar tu cambio. Quiero que te hagas cargo de las posibles desventajas.
- MUJER: Conozco los peligros. Por eso estoy así de aprensiva. Realmente es un gran cambio. Seré la primera mujer en ese departamento.
- DOBLE: Estoy realmente asustada. Si no lo hago bien será terrible —¿seré terrible!—. ¿Qué pensará la gente de mí?

La gente involucrada en el role-playing tiene la responsabilidad de permitir al doble saber si está equivocado. Generalmente se pone de relieve que el doble da sorprendentemente en el blanco. El impacto de los comentarios del doble es incluso mayor cuando vienen de un miembro del grupo que cuando proceden del terapeuta. La exactitud del doblaje del miembro del grupo puede incluso verse como una medida de su comprensión de la RET.

TECNICAS DE LA SILLA VACIA

Harold Greenwald señaló recientemente que para los clientes que demandan psicoanálisis él tiene un sofá; para aquellos que quieren terapia gestalt, tiene una silla vacía. La silla vacía es una técnica bien conocida de la terapia gestalt, pero pocas personas se dan cuenta de que primero fue usada por Moreno y más tarde adoptada por Fritz Perls.

La técnica de la silla vacía puede usarse de diversas formas para dramatizar conceptos RET. Por ejemplo, es bastante útil al tratar con la indecisión. Recientemente una mujer joven se quejaba de su vacilación en relación a su vuelta a la escuela. La había dejado varios años antes y ahora se sentía completamente decidida a volver. Había, sin embargo, una sensación, un presentimiento que era incapaz de identificar. Se colocaron dos sillas delante de ella. Se le dijo que desde donde estaba la silla de la derecha representaba su parte racional. Cuando se sentaba en esa silla era para verbalizar sus pensamientos racionales acerca de volver al colegio. La silla de su izquierda estaba para representar su parte irracional. Cuando se sentaba allí era para verbalizar sus creencias irracionales acerca de volver. Se le dijo que cambiase de sillas cuando debatiese la decisión consigo misma.

- SILLA DERECHA: Requerirá trabajo y esfuerzo, pero es lo que quiero. Tuve problemas en la escuela anteriormente, pero eso pertenece al pasado. Si me aplico, probablemente lo haré bien. No hay razón para tener miedo a intentarlo.

SILLA IZQUIERDA: Eso puede ser cierto, pero antes fracasé, así que probablemente volveré a fracasar. Seré una completa porquería si vuelvo a fallar. No seré condenadamente buena en todo, y tengo miedo de arriesgarme a tener que enfrentarme a esto.

SILLA DERECHA: Incluso si fracaso no significa que sea un fracaso. Si la escuela es importante para mí, intentarlo es un deber que tengo conmigo misma. Si lo hago, estupendo. Si no lo hago, todavía soy estupenda.

El cambiar de sillas mientras verbalizaba sus creencias fue una experiencia poderosa para ella. Le ayudó a hacerse cargo más claramente de lo que era realmente su auto-conversación.

Una variación de esto puede hacerse con dos participantes. Lo he encontrado particularmente útil en grupos de parejas. Una pareja se sienta en el centro del grupo. Cada persona tiene dos sillas disponibles —una «silla de creencia racional» y una «silla de creencia irracional»—. Los miembros de la pareja empiezan por sentarse en sus sillas racionales. Discuten sus problemas y cambian a las sillas de creencia irracional cuando son conscientes de su auto-conversación irracional. Los miembros del grupo tienen la opción de mover a cada participante a la silla irracional cuando detectan la intrusión de ideas irracionales. Una vez que el participante adopta una creencia más racional se le permite volver de nuevo a la silla original.

Esto ha demostrado ser una forma efectiva y agradable de mostrar a la pareja cómo se dejan llevar fácilmente a interacciones motivadas irracionalmente. También les ayuda a aprender a mantener un camino más racional en sus interacciones. La técnica también ayuda a los miembros del grupo a agudizar sus habilidades.

CAMBIO DE ROLES

El cambio de roles significa asumir la posición de otra persona para lograr una mejor perspectiva en la interacción. Maridos y mujeres, padres e hijos, jefes y empleados pueden representar situaciones molestas y después cambiar realmente las sillas. El cambio de asiento se acompaña de un cambio en los roles. Se pide a los participantes que asuman el rol asociado a la nueva silla. Después de unos pocos minutos se les pide que manifiesten las creencias racionales e irracionales motivadas por el rol que han asumido. Por ejemplo, una madre y su hija adolescente representaron una típica situación referente a las salidas. Después cambiaron las sillas y la madre representó la parte de su hija mientras la hija adoptaba el rol de la madre.

TERAPEUTA: Estupendo, permanece donde estás y contesta desde el rol que estabas desempeñando. ¿Cuál es la auto-conversación de la que ahora eres consciente?

HIIJA (COMO

MADRE): Si mi hija no me escucha soy un fracaso como madre. Si algo le sucede, nunca podré perdonármelo.

TERAPEUTA: ¿Y cómo puedes debatir eso?

HIIJA (COMO

MADRE): No puedo hacer que me escuche. Si sucede algo *puedo* perdonarme. Incluso si fracaso como *madre*, no fracaso como *persona*.

TERAPEUTA: Muy bien (A la madre real). ¿Y qué hay de la otra parte?

MADRE (COMO

HIIJA: No puedo aguantar cuando intenta obligarme con sus ideas a la vieja usanza. No aguanto que me diga lo que tengo que hacer. Ya que no me gustan sus reglas, debería dejarlo.

TERAPEUTA: ¿Y cómo puedes desafiar eso?

MADRE (COMO

HIIJA): *Puedo* aguantarlo. Sería agradable si Mamá estuviera más de acuerdo, pero no lo está. Intentaré cambiar su pensamiento sin enemistarme con ella y sin poner peor las cosas.

Los participantes frecuentemente disponen de un tiempo antes para identificar la irracionalidad de la otra persona. Después se facilita el debate y el conocimiento de cómo otra persona ve al participante.

INTENCION PARADOJICA

La intención paradójica es una técnica usada en psicodrama así como en otros enfoques terapéuticos (Frankl, 1960; Haley, 1963; Lazarus, 1976). Básicamente, la intención paradójica supone prescribir el síntoma. Se le dice al cliente que practique repetidamente y de verdad para exagerar el gran problema con el que se enfrenta. Por ejemplo, a la mujer que se preocupa por no llegar al orgasmo se le propone directamente *no* intentar el climax. Esta técnica más el anticatastrofismo de la RET, es, a menudo, bastante eficaz en el tratamiento de una gran variedad de problemas clínicos. También puede verse en muchos de los ejercicios de ataques de la vergüenza usados por la RET.

Puede usarse una variación de la intención paradójica durante el roleplaying. Se le dice al cliente que represente un problema que tiene pero que exagere la influencia de sus creencias irracionales. Esta *reductio ad absurdum* dramática (y a menudo humorísticamente) ilustra el catastrofismo que se encuentra detrás de la creencia irracional. Los aspectos exagerados de la creencia irracional se valoran a menudo más exactamente de lo que el cliente está anticipando en la realidad. Cuando el cliente es capaz de verbalizar y reírse de su catastrofismo, verdaderamente ha hecho progresos.

PROYECCION FUTURA

En psicodrama, la proyección futura es considerada un «ensayo de la vida» (Starr, 1977). Consiste en representar una situación verdadera para estar mejor preparado para ella. Yo he llevado este concepto un paso más allá a la «proyección futura racional» que utilizo con clientes que se encuentran en un *impasse* en la terapia. A menudo el cliente narrará una situación que piensa será demasiado difícil de manejar. El cliente dice con frecuencia, «no estoy preparado para tratar con esta situación todavía». Esto, generalmente, significa que hay alguna creencia irracional que no está preparado para abandonar. He encontrado útil enseñar al cliente a imaginarse a sí mismo en el futuro. Se le dice que se imagine que han

transcurrido dos o tres años. Durante estos años ha continuado progresando en el entendimiento y debate de sus creencias irracionales. Ha superado por completo la creencia que había sido problemática para él. Después le pido que represente la situación problema desde la perspectiva ventajosa del futuro, una vez que no estuviera manteniendo ya la creencia irracional.

El cliente entonces puede, generalmente, representar y tratar con su problema de una forma mucho más realista y auto-realizada. Se le muestra que no tiene que esperar dos o tres años, ya que las nuevas creencias y conductas están ya en su repertorio. Algunos clientes cuentan entonces que son capaces de tratar con las situaciones difíciles (por ejemplo, entrevistas de trabajo) por «fingir» que verdaderamente están más avanzados en el control de su auto-conversación.

La proyección del futuro, como todas las demás técnicas descritas, obviamente no será eficaz con todos los clientes. Además, estas técnicas pueden perder su eficacia si son demasiado usadas o usadas de una forma mecánica. La RET es un sistema comprensivo y dinámico de terapia. Una buena voluntad para explorar nuevos campos de aplicación de la RET es, en mi opinión, esencial no sólo para el crecimiento personal y profesional de uno, sino también para el avance de la RET.

REFERENCIAS

- Ellis, A. *Humanistic psychotherapy*. New York: McGraw-Hill, 1973.
 Frankl, V. E. Paradoxical intention. *American Journal of Psychotherapy*, 1960, 14, 520.
 Haley, J. *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune and Stratton, 1963.
 Harper, R. A. *Psychoanalysis and psychotherapy: 36 systems*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall, 1959.
 Lazarus, A. *Multimodal behavior therapy*. New York: Springer, 1976.
 Moreno, J. L. *Psychodrama*, New York: Beacon, 1946.
 Starr, A. *Rehearsal for living: Psychodrama*. Chicago: Nelson Hall, 1977.

17

La Hipnoterapia Racional-Emotiva: Principios y Técnicas*

William L. Golden

La premisa básica de la Terapia Racional-Emotiva (RET), así como de muchos de los demás enfoques de terapia cognitivo-conductual, es que el sufrimiento neurótico es en su mayor parte el resultado de errores en las percepciones y en los conceptos (Ellis, 1962). Las diversas técnicas de tratamiento usadas en la RET se basan en la suposición de que uno puede producir cambios emocionales y conductuales mediante la modificación directa de estas malas percepciones y de estas cogniciones desadaptadas.

La hipnoterapia racional-emotiva (REH) se basa en las mismas premisas que la RET. Diversos escritores (Araoz, 1981; Ellis, 1962) han indicado que los pensamientos neuróticos contraproducentes propios pueden verse como un tipo negativo o irracional de auto-hipnosis. Emociones tales como la ansiedad y la depresión resultan de la auto-indoctrinación (por ejemplo, lo que uno repetidamente se dice o se sugiere). La imaginación tiene un efecto similar. Beck (1976), otro terapeuta cognitivo-conductual, ha estudiado el papel de la imaginación en el desarrollo y en el mantenimiento de la perturbación emocional.

Barber y sus asociados (Barber, 1979; Barber, Spanos, y Chaves, 1974) afirman que todo fenómeno hipnótico es el resultado de procesos cognitivos (por ejemplo de actitudes, expectativas, pensamientos, e imaginación). En diversas investigaciones se encontró que solas las sugerencias y las instrucciones motivadas por las tareas fueron tan efectivas como los procedimientos de inducción hipnótica al producir fenómenos tales como la regresión, la amnesia, las alucinaciones, la catalepsia, la levitación de brazo, y la analgesia (ver Barber, 1979; Barber et al,

* Este capítulo fue publicado originalmente en la *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1983, 1(1). Al autor le gustaría dar las gracias a Gerald Albert, Ph D., Albert Ellis, Ph D. y Fred Friedberg, Ph D., por sus revisiones del manuscrito, y a Carolyn McCarthy por su ayuda como secretaria.

1974; Spanos y Barber, 1976, para una visión más amplia del tema). Estos hallazgos han sido interpretados por Barber y sus asociados como significando que los procedimientos de inducción hipnótica y de trance hipnótico son innecesarios para experimentar el fenómeno generalmente atribuido a un estado hipnótico. Han propuesto un modelo cognitivo-conductual de hipnosis como alternativa al modelo de trance tradicional (1). De acuerdo con Spanos y Barber (1976), la conducta «hipnótica» es el resultado de cuatro condiciones primarias que son también importantes en las técnicas de terapia cognitivo conductual:

1. La motivación y cooperación del individuo que recibe el tratamiento o las sugerencias.
2. Las actitudes y expectativas del individuo, hacia el tratamiento.
3. Los términos de las instrucciones o sugerencias.
4. El compromiso individual o «absorción» en los pensamientos e imaginación «relacionados con la sugestión».

La investigación ha demostrado que la terapia de conducta y los procedimientos hipnóticos son más eficaces cuando un cliente tiene actitudes positivas hacia el tratamiento y espera que sea exitoso. La investigación también ha mostrado que es más probable que se experimenten las sugerencias cuando proporcionan a un cliente estrategias cognitivas tales como instrucciones para comprometerse en pensamientos e imaginación «relacionados con la sugestión» (por ejemplo, pensamientos e imaginaciones que son consistentes con las metas de una sugestión particular)(ver Spanos y Barber, 1974, 1976, para una revisión de la literatura). Por ejemplo, la anestesia de la mano se produce al imaginarse que se está recibiendo novocaina y decirse uno mismo que su propia mano está llegando a ser insensible, mientras simultáneamente, se bloquean pensamientos contrarios a esa idea tales como «esto es ridículo, realmente no está sucediendo». Spanos (1971) y Spanos y Barber (1972) encontraron que los clientes que respondían a las sugerencias después de someterse a un procedimiento de inducción de trance fueron aquellos que, en sí mismos, empleaban fantasías «relacionadas con la sugestión» como la que se acaba de describir. En otras investigaciones la hipnotibilidad fue intensificada al enseñar a los clientes a bloquear los pensamientos incompatibles y llegar a estar «absorbidos» por los pensamientos e imaginación «relacionados con la sugestión» (ver Diamond, 1974, 1977). Katz (1979) encontró que el entrenamiento en la aplicación de estrategias cognitivas, tales como pensar e imaginar, junto a las sugerencias, era más eficaz que un procedimiento tradicional de inducción hipnótica, al intensificarse la sugestibilidad.

Estos estudios de laboratorio demuestran que los procesos cognitivos están implicados en la hipnosis y que los métodos cognitivo-conductuales son eficaces para intensificar la sugestibilidad. Sin embargo, hasta ahora, no había habido estudios clínicos comparando la efectividad de los enfoques cognitivo conductual y tradicional. Ya que la REH es sólo uno de los diversos enfoques cognitivo conductuales posibles a la hipnoterapia, la investigación también es necesaria para

(1) Sin embargo, algunos terapeutas REH que siguen la terapia de dirección de escena racional de Tosi (1974) parecen subscribirse a un modelo de trance tradicional. De acuerdo a Boutin (1978), la razón fundamental para usar la hipnosis es que intensifica la imaginación y la reestructuración cognitiva.

determinar cuál de las diversas técnicas podría intensificar la eficacia de la hipnoterapia. Los procedimientos racional-emoivos son los que más amenudo se integran con la hipnoterapia; por consiguiente, este capítulo se centrará sobre la REH y las técnicas que son usadas más comunmente por los terapeutas REH.

El enfoque básico en la REH es invertir los efectos de las auto-sugerencias negativas e irracionales a través de una combinación de estrategias hipnóticas, cognitivas, y conductuales. Ellis (1962) ha propuesto que la hipnosis es terapéutica cuando interfiere con los procesos de auto-indoctrinación irracional que están en el corazón de la neurosis y de la conducta neurótica. De acuerdo con Ellis, «Toda sugestión hipnótica que es terapéuticamente exitosa probablemente funcione a través de la auto sugestión —ya que, a menos que el paciente asuma las sugerencias del hipnoterapeuta, y conscientemente siga pensando sobre ellas cuando el terapeuta no esté presente, sólo es probable que tengan lugar los resultados de más corta duración» (1962, p. 276). Barber (1978) y Ruch (1975) también han recalado que la hipnosis o las sugerencias son eficaces sólo en el grado en que los individuos las aceptan y las incorporan como sus propias auto-sugerencias.

Los procedimientos REH pueden categorizarse como o (1) técnicas «de descubrimiento» que se usan para incrementar el conocimiento de un cliente de los pensamientos contraproducentes y sus consecuencias emocionales y conductuales, o como (2) técnicas de reestructuración cognitiva que ayuda a los clientes a reevaluar racionalmente y modificar las percepciones y conceptos erróneos. Eventualmente se enseña a los clientes a tomar parte en un proceso racional auto-hipnótico. Los terapeutas REH enseñan a sus clientes la reestructuración cognitiva así como las técnicas auto-hipnóticas. El examen de las técnicas que siguen es representativa de aquellas que los terapeutas REH usan y no intenta ser una lista exhaustiva.

TECNICAS DE DESCUBRIMIENTO

Inducción y Relajación Hipnóticas

A veces los clientes son incapaces de concretar sus pensamientos y emociones desadaptadas. Sin embargo, una vez que cierran sus ojos y se relajan, muchos de estos mismos individuos parecen ser más conscientes de sus pensamientos y sentimientos. Esto no significa necesariamente que el trance hipnótico proporcione a estos individuos poderes que no poseen generalmente. Es posible otras explicaciones que son más consistentes con un punto de vista cognitivo-conductual.

De acuerdo con Barber y sus asociados (1974), el llamado incremento del recuerdo así como otros fenómenos «hipnóticos» no son habilidades especiales que se creen desde el estado o trance hipnótico. Han concluido que las modificaciones sensoriales, perceptivas y conductuales que ocurren en la hipnosis son «capacidades y potencialidades» que la mayoría de los individuos normales pueden experimentar y son el resultado de procesos cognitivos. El incremento del recuerdo se produce imaginando intensamente sucesos del pasado. La habilidad para llevar a cabo esta hazaña está afectada por las expectativas, la motivación, y el compromiso en la tarea del individuo.

Otra posible explicación para el incremento del recuerdo en situaciones de terapia es que la mayoría de los procedimientos de inducción hipnótica eliciten la

respuesta de relajación (ver Benson, Arns, y Hoffman, 1981) y son por consiguiente efectivos en reducir la ansiedad, haciendo más fácil para los clientes pensar y discutir el material sobre el que estaban previamente demasiado ansiosos o aturridos para afrontar. Después de revisar la literatura existente sobre la investigación, Benson et al (1891) concluyeron que los procedimientos de inducción hipnótica producen un estado fisiológico similar a los procedimientos de relajación. Edmonston (1979, 1981), después de revisar la literatura, concluyó que la hipnosis y la relajación son lo mismo.

Sin embargo, la experiencia clínica sugiere que los procedimientos de inducción de trance hipnótico son útiles para aquellos clientes que creen en su eficacia. Lazarus (1973) encontró este efecto de expectativa en un estudio clínico sobre hipnosis y terapia de conducta. Los clientes que solicitaron la hipnosis fueron asignados a un tratamiento que era definido como terapia de relajación o hipnosis. Aunque los tratamientos fueron realmente iguales para ambos grupos, los clientes que recibieron «hipnosis», como solicitaron, mostraron una mejoría mayor que el grupo que recibió «relajación». Por otra parte, los clientes que no manifestaron preferencia por ningún tipo de terapia tuvieron resultados igualmente buenos con los dos tratamientos etiquetados de forma diferente. Barber (1978) ha dicho que cuando la inducción hipnótica es útil no es debido a los poderes de un estado o trance hipnótico sino debido a la expectativa o creencia individual en la eficacia del procedimiento.

Técnicas de Imaginación

La imaginación se emplea rutinariamente por los terapeutas cognitivo conductuales como un mecanismo de evaluación. Se instruye a los clientes a cerrar los ojos e imaginarse a sí mismos en diversas situaciones problemáticas o, como las denominan en la RET, sucesos activadores. Esto tiende a elicitar los mismos pensamientos, fantasías y sentimientos perturbados que son experimentados en las situaciones reales. Una vez que su conocimiento se incrementa, los clientes son capaces de relatar lo que están pensando y sintiendo en cada suceso activador.

Las técnicas de imaginación evaluativa pueden aplicarse con o sin procedimientos de inducción hipnótica. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, de acuerdo con Barber et al, (1974) es la imaginación, y las expectativas, motivación y compromiso en la tarea del individuo, más bien que el «trance», los responsables de la elevación del conocimiento que se observa en la hipnosis y en la terapia cognitivo conductual. Se necesita investigación futura para evaluar la validez de esta hipótesis.

Hay otras técnicas hipnóticas que pueden ser entendidas desde un punto de vista cognitivo-conductual y pueden usarse en REH para descubrir pensamientos, sentimientos y fantasías desadaptadas. En la inducción de sueño, se dan las sugerencias al cliente de que tendrá un sueño, un ensueño, o una fantasía que estará relacionado con el problema del cliente. En la hipnoterapia tradicional se dan sugerencias al cliente bajo hipnosis de que tendrá el sueño durante el trance o posthipnóticamente mientras está durmiendo. Sin embargo, la inducción de trance no es necesaria para inducir los sueños o producir imaginación intensa. Como Barber (ver Barber y Hahn, 1966; Barber et al, 1974) ha señalado, es posible

influir en el contenido de los sueños de uno a través de instrucciones y sugerencias simples solamente. Barber y sus colaboradores (Spanos, Ham, y Barber, 1973) también encontraron que las alucinaciones visuales pueden ser producidas por sugerencias e instrucciones de motivación para la tarea sin una inducción de trance previo. Starker (1974) encontró que los sujetos a los que se les daban instrucciones de motivación para la tarea para imaginar varias escenas, evaluaban su imaginación como más intensa que aquellos sujetos hipnotizados a los que se les dió sugerencias para imaginar diversas escenas. Contrariamente a lo que se asume generalmente acerca de la hipnosis, Ham y Spanos (1974) encontraron en su estudio que los sujetos no-hipnotizados, a los que se les dió instrucciones de motivación para la tarea para alucinar, clasificaban sus alucinaciones auditivas como más creíbles que un grupo de sujetos hipnotizados.

La regresión es una técnica que muchos hipnoterapeutas usan para proporcionar a los clientes insight. Los hipnotistas tradicionales ven la regresión relacionada con una condición especial que hace posible para un sujeto volver a una experiencia pasada. Por otra parte, desde un punto de vista cognitivo conductual, la regresión puede considerarse que es simplemente otra técnica de imaginación para evocar recuerdos, pensamientos y emociones. Barber y Calverly (1966) encontraron que los sujetos no hipnotizados a los que se les dió sugerencias para volver al pasado, a una temprana edad, fueron capaces de experimentar regresión de edad, de la misma forma en que pudieron los sujetos hipnotizados.

En la REH, aunque hay una preferencia para la imaginación «aquí-y-ahora» de sucesos activadores recientes, a veces la imaginación regresiva se usa para explorar el pasado remoto con los clientes. Las decisiones acerca de estas elecciones pueden hacerse sobre la base de las demandas y expectativas de un cliente. Cuando los clientes quieren y esperan hipnosis, inducción de sueño o regresión que les proporcionen respuestas, a menudo es efectivo para «confabularse» con ellos y usar su motivación para conseguir que cooperen. Este enfoque «de confabularse» puede servir como el principio para auto-controlar pensamientos y sentimientos desadaptados. Aunque los terapeutas cognitivo-conductuales a menudo toman prestadas técnicas de diferentes orientaciones, su punto de vista continua siendo cognitivo conductual, y emplean estos procedimientos con el propósito de examinar o modificar cogniciones, emociones y conductas desadaptadas.

Auto-registro

Los terapeutas RET y otros terapeutas cognitivo conductuales típicamente tienen a sus clientes registrando pensamientos, fantasías, sentimientos y conductas entre las sesiones de terapia. Se pide a los clientes que registren la frecuencia, intensidad, duración y omnipresencia de sus síntomas. Además se les entrena para observar los pensamientos que elicitán estas reacciones. Estas actividades terapéuticas son también importantes en la REH, donde se enseña al cliente que sus síntomas son producidos a través de auto-sugerencias negativas e irracionales, un proceso que a menudo tiene lugar sin el completo conocimiento propio, y que es posible observar el proceso y modificarlo. En la REH, como en la RET y otros enfoques cognitivo conductuales se instruye a los clientes a anotar y registrar estas auto-sugerencias desadaptadas (por ejemplo, sus auto-afirmaciones).

REESTRUCTURACION COGNITIVA

Las técnicas de reestructuración son generalmente empleadas sin la ayuda de procedimientos de inducción hipnótica formal. Sin embargo, las intervenciones hipnóticas comparten elementos en común con procedimientos de reestructuración cognitiva, y pueden obtenerse beneficios integrando expresamente los dos enfoques. Como ejemplo, se ha encontrado que las expectativas son importantes en la terapia cognitivo conductual así como en la hipnosis (ver Spanos y Barber, 1976). Uno podría predecir desde un punto de vista cognitivo conductual que, para los individuos que creen en los «poderes de la hipnosis», emplear un procedimiento de inducción hipnótica antes de utilizar las técnicas de reestructuración cognitiva ayudaría a la credibilidad y por lo tanto a la eficacia, del tratamiento. También como otro ejemplo, la resistencia a los procedimientos de reestructuración cognitiva podría reducirse mediante la incorporación de alguna de las ideas de Milton Erickson acerca del estilo de las sugerencias y el impacto de diversos recursos de comunicación para facilitar la condescendencia a las sugerencias terapéuticas (ver Bandler y Grinder, 1975; Erickson y Rossi, 1979; Erickson, Rossi, y Rossi, 1976; Watzlawick, 1978). Además, se ha encontrado que las técnicas de reestructuración cognitiva realzan la terapia de conducta (ver Meichenbaum, 1977) y pueden tener un efecto similar sobre la hipnoterapia, como se sugirió en los estudios de laboratorio citados anteriormente. Estas son áreas para la investigación futura.

Está más allá del alcance del presente artículo describir todo sobre las diversas técnicas de reestructuración cognitiva. Se aconseja al lector remitirse a Beck (1976), Ellis (1962), Ellis y Harper (1975), Goldfried y Davison (1976), Meichenbaum (1977) y Raimy (1975) para obtener información adicional. El resto del capítulo tendrá que ver con una descripción de las técnicas de reestructuración cognitiva que son empleadas más comúnmente por terapeutas REH.

Debatir Creencias Irracionales

El debate de creencias irracionales de Ellis (1962) es una técnica para ayudar a los clientes a que racionalmente reevalúen y modifiquen sus conceptos erróneos y sus pensamientos desadaptados. Cuando se integra esta técnica con la hipnosis, uno comienza el debate después de pasar primero a través del procedimiento de inducción hipnótica. Puede usarse un enfoque didáctico o Socrático. El enfoque didáctico incluye enseñanza directa. El terapeuta corrige las concepciones erróneas (tales como «debo ser perfecto en cualquier ocasión») y explica porqué las percepciones erróneas y los pensamientos irracionales del cliente son incorrectos y contraproducentes. El método socrático supone el auto-descubrimiento. Las creencias son desafiadas, con la intención de animar al cliente a reevaluarlas. Un terapeuta puede combinar o alternar entre usar estos dos estilos de reevaluación racional. Por ejemplo, el terapeuta puede empezar a ser didáctico, y cuando un cliente aprende la técnica, llegar a ser más socrático. O alternativamente, siempre que los clientes tienen dificultad para responder a cuestiones reflexivas o son incapaces, por sí mismos, el terapeuta puede cambiar a un enfoque didáctico para reevaluar racionalmente las creencias o percepciones particulares. Eventualmente se enseña a los clientes a cuestionar y desafiar las percepciones y las concepciones erróneas, por sí mismo, como parte de su práctica al usar procedimientos auto-hipnóticos.

Inducción del Estado de Animo

Un método efectivo para conseguir que los clientes se den cuenta de cómo contribuyen a su perturbación es a través de la inducción del estado de ánimo. Esta técnica es particularmente útil con clientes resistentes o aquellos que tienen dificultad en entender la conexión entre pensamientos y emociones. Típicamente, aunque probablemente no es necesario, un procedimiento de relajación o inducción hipnótica se emplea antes que algunas sugerencias para la inducción del estado de ánimo. Después el terapeuta sugiere que el cliente piense expresamente en los pensamientos desadaptados que generalmente le elicitán síntomas. A través de estas sugerencias, se inducen las emociones perturbadas del cliente, proporcionando a este la oportunidad de experimentar cómo ciertos pensamientos producen los síntomas. Finalmente, se anima al cliente a experimentar con más puntos de vista racionales y observar los efectos del pensamiento racional al reducir la angustia emocional.

Imaginación Racional-Emotiva (IRE)

A través de la IRE, los clientes practican el enfrentamiento a sucesos activadores. Hay formas diferentes de hacer IRE (ver Ellis y Harper, 1975; Maultsby, 1975). Un estilo de la IRE es imaginarse uno mismo en un suceso activador (por ejemplo, haciendo un examen) y practicar usando auto-afirmaciones racionales (tales como «probablemente haré bien el examen si he estudiado. Pero incluso si fracasase no sería una persona sin valía»), para modificar emociones desadaptadas (por ejemplo, ansiedad ante el examen). El individuo también puede imaginarse a sí mismo enfrentándose con la situación y respondiendo apropiadamente (ejemplo, tranquilizándose y haciendo bien el examen). Un procedimiento de relajación o de inducción hipnótica puede usarse antes de la imaginación. Al principio, el terapeuta guía al cliente a través de la imaginación. Más tarde, el cliente practica la IRE como una técnica de auto-control o auto-hipnosis.

Desensibilización

El enfoque de las habilidades de enfrentamiento a la desensibilización es similar a la IRE en varios sentidos. Ambos procedimientos implican tener a los clientes practicando con técnicas de enfrentamiento, tales como procedimientos de auto-sugestión y relajación, mientras se imaginan a sí mismos enfrentándose a situaciones difíciles. Sin embargo, desensibilizar una jerarquía (por ejemplo, una lista de situaciones, ordenadas por rangos de menos a más perturbantes) se emplea con el propósito de proporcionar a los clientes con exposiciones graduadas a las situaciones en las que ellos experimentan angustia. Aunque consumen más tiempo, las exposiciones graduadas son particularmente útiles con individuos extremadamente ansiosos y fóbicos que son resistentes a enfoques más directos. Para más información sobre esta técnica, ver Goldfried y Davison (1976) y Meichenbaum (1977).

Se puede integrar la desensibilización con la REH. En la REH, se usa un procedimiento de inducción hipnótica antes de que los clientes hayan imaginado

los items de su jerarquía. Mientras se imaginan estas escenas, se da a los clientes sugerencias racionales que están intentando contrarrestar el efecto de sus percepciones erróneas y cogniciones desadaptadas. También se anima a los clientes a practicar usando sugerencias racionales y técnicas de relajación como estrategias de enfrentamiento durante el procedimiento.

Inundación (Flooding)

En la inundación, se enfrenta a un cliente con una situación que provoca ansiedad o lo imagina hasta que la situación o imaginación no elicit ansiedad por más tiempo. Los terapeutas conductuales han explicado la inundación y la desensibilización en términos de contracondicionamiento, extinción, o habituación. Los terapeutas cognitivo conductuales ven estos procedimientos como métodos que ayudan a los clientes a reevaluar sus miedos y les proporciona oportunidades de desarrollar estrategias de enfrentamiento. Por ejemplo, después de enfrentarse a una situación temida un individuo puede tener una «experiencia correctiva» y darse cuenta que la situación no es realmente peligrosa. La investigación ha demostrado que la desensibilización y la inundación son, de hecho, más efectivos cuando se anima expresamente a los sujetos a usar auto-afirmaciones racionales y de enfrentamiento y técnicas de relajación durante su exposición a situaciones que provocan ansiedad (ver Golden, Geller y Hendricks, 1981; Meichenbaum, 1977).

Cuando se usa la inundación en hipnoterapia, antes de la presentación de los estímulos que provocan ansiedad se emplea un procedimiento de inducción hipnótica. En la REH, se puede animar también a los clientes a usar sugerencias racionales y técnicas de relajación para reducir su ansiedad durante la inundación.

Auto-Hipnosis Racional

El entrenamiento en auto-hipnosis es muy importante en la REH. La auto-hipnosis puede ser usada por los clientes como una forma de ensayar o prepararse para situaciones difíciles (por ejemplo sucesos activadores) o para enfrentarse *in vivo*. Durante las sesiones de auto-hipnosis, con o sin el beneficio de la relajación o de un procedimiento de inducción hipnótica, los clientes practican diversas técnicas de imaginación y de reestructuración cognitivas tales como las descritas en este capítulo. Además, se concentran sobre los nuevos pensamientos que quieren internalizar. Durante esta meditación los clientes mentalmente ensayan pensamientos racionales y practican dándose sugerencias constructivas que les ayudarán a enfrentarse con los sucesos activadores. Durante las exposiciones *in vivo* pueden aplicar lo que practicaron durante sus ejercicios de imaginación.

Exposición in Vivo

Generalmente, después de haber tenido alguna práctica a través de técnicas de imaginación, se instruye a los clientes a aplicar sus habilidades a situaciones

de la vida-real. Durante la situación usan técnicas de relajación y sugerencias racionales para reducir sentimientos negativos, controlar hábitos y compulsiones, o perseguir sus metas, a pesar de sentimientos incómodos. La exposición directa (inundación *in vivo*) o la exposición graduada (desensibilización *in vivo*) pueden usarse, dependiendo del cliente y de la situación.

DISCUSION

Aunque las técnicas descritas aquí son usadas por la mayoría de los terapeutas REH, el modelo cognitivo conductual de los fenómenos hipnóticos que se describe no es el paradigma que todos los terapeutas REH aceptar. Esto es verdad a pesar del hecho de que los terapeutas REH generalmente suscriben la teoría racional-emotiva de la perturbación emocional y el cambio terapéutico.

Recientemente, se ha cuestionado el «mito de uniformidad» de que todas las terapias cognitivo conductuales son parecidas o igualmente eficaces (ver Meichenbaum, 1977). Es importante evitar un mito similar acerca de la hipnoterapia cognitivo conductual. La REH es sólo uno de los diversos enfoques posibles cognitivo conductuales a la hipnoterapia. La REH que se presenta aquí es una integración de la RET, las técnicas de alguna de las otras terapias cognitivo conductuales, y las técnicas de diversos enfoques de hipnoterapia. Esta basado en un modelo de hipnosis de no trance, sin embargo los hipnoterapeutas de dirección de escena racionales parecen aceptar un modelo de trance tradicional (Boutin, 1978).

En términos de consistencia, la RET y la REH son más compatibles teóricamente con un modelo de hipnosis de no trance. La REH y el modelo de hipnosis cognitivo conductual de Barber (1979) enfatizan el auto-control y cómo las cogniciones propias afectan a las emociones, conductas, y respuestas fisiológicas de uno mismo. La investigación es necesaria no sólo para evaluar la efectividad de las diversas técnicas REH sino también para la validación de los diferentes modelos.

REFERENCIAS

- Arboz, D. L. Negative self-hypnosis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 1981, 12, 45-52.
- Bandler, R., & Grinder, J. *Patterns of the hypnotic techniques of Milton H. Erickson, M.* Cupertino Calif.: Meta Publications, 1975.
- Barber, T. X. Hypnosis, suggestions, and psychosomatic phenomena: A new look from the standpoint of recent experimental studies. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 1978, 21, 13-27.
- Barber, T. X. Suggested («hypnotic») behavior: The trance paradigm versus an alternative paradigm. In E. Fromm & R. E. Shor (Eds.), *Hypnosis: Developments in research and new perspectives*. (2nd rev. ed.). New York: Aldine, 1979.
- Barber, T. X., & Calverly, D. S. Effects on recall of hypnotic induction, motivational suggestions, and suggested regression: A methodological and experimental analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 1966, 71, 169-180.
- Berber, T. X., & Hahn, K. W., Jr. Suggested dreaming with and without hypnotic induction. Medfield Mass.: Medfield Foundation, 1966.

- Barber, T. X., Spanos, N. P., & Chaves, J. F. *Hypnosis, imagination and human potentialities*. New York: Pergamon Press, 1974.
- Beck, A. T. *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée De Brouwer, 1982.
- Benson, J., Arns, P. A., & Hoffman, J. W. The relaxation response and hypnosis. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1981, 29, 259-270.
- Boutin, G. E. Treatment of test anxiety by rational stage directed hypnotherapy: A case study. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1978, 21, 52-57.
- Diamond, M. J. Modification of hypnotizability: A review. *Psychological Bulletin*, 1974, 81, 180-198.
- Diamond, M. J. Hypnotizability is modifiable: An alternative approach. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1977, 25, 147-166.
- Edmonston, W. E. The effects of neutral hypnosis on conditioned responses: Implications for hypnosis as relaxation. In E. Fromm & R. E. Shor (Eds.), *Hypnosis: Developments in research and new perspectives*. (2nd rev. ed.). New York: Aldine, 1979.
- Edmonston, W. E. *Hypnosis and relaxation: Modern verification of an old equation*. New York: John Wiley, 1981.
- Ellis, A. *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao: Desclée De Brouwer, 1975.
- Ellis, A., & Harper, R. A. *A new guide to rational living*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1975.
- Erickson, M. H., & Rossi, E. L. *Hypnotherapy: An exploratory casebook*. New York: Irvington, 1979.
- Erickson, M. H., Rossi, E. L., & Rossi, S. L. *Hypnotic realities*. New York: Irvington, 1976.
- Golden, W. L., Geller, E., & Hendricks, C. A. A coping-skills approach to flooding therapy in the treatment of test anxiety. *Rational Living*, 1981, 16, 17-20.
- Goldfried, M. R., & Davison, G. C. *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1976.
- Ham, M. W., & Spanos, N. P. Suggested auditory and visual hallucinations in task-motivated and hypnotic subjects. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1974, 17, 94-101.
- Katz, N. W. Comparative efficacy of behavioral training, training plus relaxation, and sleep/trance hypnotic induction in increasing hypnotic susceptibility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1979, 47, 119-127.
- Lazarus, A. A. «Hypnosis» as a facilitator in behavior therapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1973, 21, 25-31.
- Maultsby, M. C., Jr. *Help yourself to happiness through rational self-counseling*. Boston: Marlborough House, 1975.
- Meichenbaum, D. *Cognitive-behavioral modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press, 1977.
- Raimy, V. *Misunderstandings of the self: Cognitive psychotherapy and the misconception hypothesis*. San Francisco: Jossey Bass, 1975.
- Ruch, J. C. Self-hypnosis: The result of hetero-hypnosis or vice versa? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1975, 23, 282-304.
- Spanos, N. P. Goal-directed phantasy and the performance of hypnotic test suggestions. *Psychiatry*, 1971, 34, 86-96.
- Spanos, N. P., & Barber, T. X. Cognitive activity during «hypnotic» suggestibility: Goal-directed fantasy and the experience of non-validation. *Journal of Personality*, 1972, 40, 510-524.
- Spanos, N. P., & Barber, T. X. Toward a convergence in hypnosis research. *American Psychologist*, 1974, 29, 500-511.
- Spanos, N. P., & Barber, T. X. Behavior modification and hypnosis. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*. New York: Academic Press, 1976.

- Spanos, N. P., Ham, M. W., & Barber, T. X. Suggested («hypnotic»— visual hallucinations: Experimental and phenomenological data. *Journal of Abnormal Psychology*, 1973, 81, 96-106.
- Starker, S. Effects of hypnotic induction upon visual imagery. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1974, 159, 433-437.
- Tosi, D. J. *Youth toward personal growth: A rational-emotive approach*. Columbus, Ohio: Charles Merrill, 1974.
- Watzlawick, P. *The language of change*. New York: Basic Books, 1978.

Cuarta Parte

**Aplicaciones de la Terapia
Racional-Emotiva**

Terapia Racional-Emotiva en Grupo*

Richard L. Wessler

La terapia racional-emotiva (RET) como psicoterapia de grupo empezó casi tan pronto como la RET individual. En 1955, Albert Ellis, que se había especializado como psicoanalista y que ya era muy conocido como consejero sexual y matrimonial, no se encontraba muy satisfecho con los resultados obtenidos empleando los principios psicoanalíticos. Por ello, decidió con osadía enfrentar directamente a los pacientes con sus filosofías contraproducentes, argüir activamente contra sus ideas, y asignar tareas conductuales y cognitivas para que se utilizasen al poner en práctica sus nuevas formas adoptadas de pensar y actuar (Ellis, 1962).

Las metas de la RET, tanto si se lleva a cabo en grupo como individualmente, son enseñar a los clientes a cambiar su emocionalidad y conducta trastornada y a enfrentarse casi a cualquier suceso desafortunado que puede surgir en sus vidas. La RET mantiene que los humanos pueden emplear sus procesos de pensamiento intencional en su propio beneficio resolviendo sus problemas y repensando afirmaciones contraproducentes acerca de su propia supuesta perfección y la de otras personas.

El resultado ideal de la RET sería que el individuo adoptase un actitud de auto-aceptación más bien que de auto-juicio; aceptase las realidades de la vida, incluyendo las realidades calamitosas, mediante el reconocimiento de su existencia y no intentando evitarlas o impedir las con pensamientos mágicos y maniobras supersticiosas. Implicaría abstenerse de juzgar a otras personas de una forma global y especialmente de condenarlas por sus deficiencias y transgresiones. Significaría adoptar una forma independiente de filosofía ética más bien que infantil de depender de otras personas o de la religión, de reglas absolutas acerca de lo bueno y lo malo; perseguir sin avergonzarse el placer de los intereses a largo-plazo y a corto plazo,

* El Dr. Wessler publicó originalmente este capítulo en Arthur Freedman (Ed), *Cognitive Therapy with Couples and Groups* (New York: Plenum Press, 1983).

en vez de conformarse a reglas rígidas desagradables o dándose el gusto imprudente sin prestar atención al futuro.

La RET pretende ayudar a la gente a reducir o eliminar fuertes emociones negativas (por ejemplo, ansiedad, depresión y hostilidad) de manera que puedan vivir personalmente vidas más satisfactorias. Para lograr esta meta, la RET pretende ayudar a la gente a identificar las creencias que producen y sustentan las experiencias emocionales disfuncionales y las conductas desadaptadas y cambiarlas a creencias que fomentan más bien que frustran sus objetivos personales.

La meta del cambio, en otras palabras, es una filosofía de reestructuración elegante que permite al individuo dedicarse más eficazmente a las metas humanas comunes de supervivencia y felicidad.

CONCEPTOS BASICOS

La etiqueta de *terapia racional-emotiva* se refiere a dos actividades psicológicas diferentes de los terapeutas. Primero, la etiqueta representada a la RET clásica, caracterizada por los escritos extensos de Albert Ellis. En esta forma de RET, se postula que la perturbación neurótica está causada por pensamiento irracional, lo que se enseña a identificar al cliente. El proceso es altamente directivo, confrontativo y educativo. Ha sido ilustrado ampliamente por Ellis en transcripciones de sesiones de terapia (Ellis, 1971) y en grabaciones de cintas publicadas por el Instituto de Vida Racional de la Ciudad de Nueva York y en películas y videos.

El segundo significado de la etiqueta *RET* es coextensiva con los enfoques de aprendizaje cognitivos de terapia. Ha sido llamada RET exhaustiva (Walen, DiGiuseppe, y Wessler, 1980) para distinguirla de la RET clásica. En esta forma de RET, se postula que la perturbación neurótica está causada por pensamientos irracionales así como por percepciones defectuosas, inferencias embrolladas, definiciones arbitrarias, y razonamiento ilógico.

La versión clásica es altamente filosófica en el sentido que se centra explícitamente sobre valores humanos, sobre temas de bueno y malo (p. ej. moralidad), y sobre una filosofía de vida que incluye la tolerancia hacia las imperfecciones de uno, las transgresiones de otras personas, y el amplio suministro de frustración por parte del mundo.

Como la RET clásica, la RET exhaustiva es altamente directiva, confrontativa y educativa; pero es además persuasiva y hace uso de técnicas y procedimientos desarrollados por el aprendizaje cognitivo y otras formas de tratamiento. Tiende a ser bastante más ecléctica, pero sin perder el corazón filosófico que distingue a la RET de su enfoques aliados. Desgraciadamente, hay pocos ejemplos de RET exhaustiva disponibles para leer, escuchar y ver. Sin embargo, la RET exhaustiva es la que la mayoría de los practicantes de la RET, incluyendo a Albert Ellis, practica, especialmente en grupos de terapia.

TERAPIA

Teoría

La teoría de la RET como tratamiento de la perturbación es bastante simple: si una persona cambia sus creencias irracionales a creencias racionales, sufrirá

menos y disfrutará más de la vida. La evaluación de sí mismo, de otras personas, y del mundo en general son los principales objetivos del cambio.

El tratamiento RET se base en un modelo educacional y persuasivo. Se enseña a los clientes a identificar cómo se perturban a sí mismo descubriendo sus creencias irracionales, luego se les informa acerca de por qué sus creencias son irracionales y cómo cambiarlas. Si cambian sus reglas filosóficas de vida y viven de acuerdo a esos cambios, llevarán vidas más satisfactorias y agradables. No hay apoyo sobre que algunas fuerzas profundas o misteriosas les impidan cambiar su filosofía de vida. Se postula que las personas tienen tendencias innatas a retener o readoptar sus creencias irracionales (Ellis, 1976), y debido a la existencia de aprobación social amplia para algunas de ellas, a retenerlas fácilmente.

Ya que las personas a menudo se resisten a cambiar o fracasan en cambiar cuando se les presenta la nueva información, son típicos de las sesiones RET otros intentos persuasivos que den información (Wessler y Ellis, 1980). Estos intentos persuasivos es mejor etiquetarlos como *métodos disuasivos* porque su propósito es ayudar a las personas a vencer sus disfuncionalidades (Wessler y Wessler, 1980).

Los métodos disuasivos se basan en teorías de formación y cambio de actitud. El componente evaluativo de las actitudes es el objetivo particular del cambio porque en la RET el sistema de creencias se basa en evaluaciones. La información dada se dirige al componente conocido de una actitud, pero debido a que muchas actitudes no se basan en el conocimiento, la información dada tiene sus limitaciones.

Las actitudes a menudo se presentan formadas por tres componentes (conocimiento, evaluación y acción), en relación interdependiente. Un cambio en uno puede llevar al cambio en los otros dos. Una teoría fundamental del cambio de actitudes, la *disonancia cognoscitiva* (Festinger, 1957), propone que el cambio en las evaluaciones se seguirá del cambio en el conocimiento o en la acción o al revés. La teoría del tratamiento de la RET hace uso de este principio ofreciendo argumentos contra el mantenimiento rígido de creencias absolutistas y asigna tareas entre las sesiones de terapia. La tarea generalmente consiste en que el cliente haga algo que sea inconsistente con sus creencias y de esta forma induzca a la disonancia. Como Festinger señala, es difícil negar que hiciste algo contra tus creencias evaluativas, especialmente si hay testigos. La gente tiende a ajustar sus creencias evaluativas para acomodarlas a lo que han hecho, o para acomodarlas a lo que han aprendido, o a ambas cosas.

Muchas otras maniobras disuasivas se presentarán más tarde en este capítulo. Todo puede ser entendido como intentos para cambiar las actitudes. La RET no depende sólo de la discusión racional para producir el cambio terapéutico. En el sentido más amplio de la RET, cualquier cosa dentro de los límites de las éticas profesionales que ayude a la gente a cambiar sus mentes en favor de una filosofía de vida más satisfactoria personalmente es una parte legítima de la RET. La RET asume que el individuo cambia su propia mente y puede elegir hacerlo así, no es responsabilidad del terapeuta forzar el cambio.

Proceso de Terapia

De forma general, la RET procede como sigue: El cliente individual identifica explícita o implícitamente que quiere ciertos cambios o metas. El terapeuta muestra

al cliente que las metas del cambio personal pueden alcanzarse mediante el cambio cognitivo. El terapeuta pasa a mostrar cuáles son las creencias desadaptadas del cliente y cómo pueden ser cambiadas. El cliente después puede elegir trabajar en cambiar su pensamiento.

Este proceso establecido de forma simple puede desarrollarse en una o varias sesiones. Algunas personas nunca cambian mucho, a pesar de esfuerzos sinceros. (Por qué es su pensamiento tan difícil de cambiar, no se sabe, pero Ellis sospecha diathesis biológica).

No hay ninguna suposición de que se deba establecer una relación especial con el terapeuta antes de que pueda producirse el cambio. El terapeuta exhibe aceptación, no condenando al cliente, aunque puede expresar juicios acerca de alguna de las acciones del cliente.

Probablemente tiene que verse al terapeuta de determinada forma por parte del cliente para ser efectivo. La literatura sobre el cambio de actitudes y persuasión (Karlins y Abelson, 1970; McGuire, 1969; Zimbardo y Ebbesen, 1969) sugiere algunas percepciones del terapeuta que promueven la eficacia de la RET. Probablemente el terapeuta es más eficaz si es percibido como creíble por parte del cliente. Una percepción de credibilidad puede ser promovida mostrando pericia y honradez. Una forma de estar seguro y una creencia en lo que dice, tiende a comunicar tal pericia (cf. Frank, 1978), ayudan también los títulos docentes y la reputación profesional. La honradez puede producirse cuando los clientes ven a los terapeutas como genuinamente interesados en ayudarles y no trabajando para el beneficio exclusivo del terapeuta. El principio de la honradez es tener interés sincero por la mejoría y bienestar del cliente. La lista de las características incluye calidez y habilidad empática.

La relación con el cliente es importante por otra razón que está desconectada de algunos aspectos supuestamente curativos. Las características del terapeuta que son irrelevantes al sistema de creencias del cliente probablemente influyen en la aceptación del pensamiento racional. En otras palabras, los clientes pueden cambiar sus mentes por razones que no tienen que ver con la lógica y la evidencia que se les presenta. Así como los estudiantes en el colegio dicen que les gusta un curso o expresan que lo hacen bien porque les gusta el profesor, los clientes pueden creer a un terapeuta porque les gusta o rechazar el mensaje terapéutico porque no les gusta. En la terapia de grupo se multiplican los mismos puntos. Si al individuo no le gustan, no respeta, o no cree a los miembros del grupo y al terapeuta, las oportunidades de ser ayudado se reducen enormemente.

Un aspecto a tener en cuenta de cualquier grupo es su dinámica. Ya que el individuo es el foco del cambio en los grupos RET, las dinámicas son importantes en el grado que afectan al pensamiento, sentimiento y conductas del individuo. Las normas del grupo o sus modelos de comunicación y la emergencia de roles de liderazgo pueden usarse terapéuticamente o, si se fomenta la continuidad del pensamiento irracional, pueden funcionar iatrogénicamente. Así, en un grupo RET, la cohesividad es aceptada, promovida o desalentada, dependiendo de si los propósitos terapéuticos de los individuos en el grupo son alentados o dificultados por la cohesividad del grupo.

La terapia grupal proporciona oportunidades para observar las interacciones de un cliente y hacer comentarios sobre ello. A veces enseñar habilidades interpersonales es el asunto principal de un grupo RET. Eso, sin embargo, generalmente

sucede en conjunción con o después de que la atención se ha centrado en el sistema de creencias del cliente. Por ejemplo, enseñar habilidades de comunicación asertiva puede ayudar a una persona en su vida diaria, pero por sí misma es un paliativo. Las habilidades asertivas pueden ayudar a incrementar la oportunidad para conseguir lo que uno quiere, pero no reduce exageradamente la injusticia de no conseguir lo que uno quiere. De forma similar, la mejora de las habilidades de comunicación entre las parejas, citadas tan a menudo por parejas y consejeros como una dificultad seria, es un propósito secundario en la RET. La meta primaria es reducir la perturbación personal; después se puede enseñar a la pareja cómo mejorar en su comunicación.

Tácticas de tratamiento

Las consideraciones iniciales en el proceso de la RET en grupo son las mismas que en el caso individual. El individuo es el foco del cambio y por consiguiente es necesaria la evaluación de los problemas individuales. La evaluación aquí significa la comprensión de las dinámicas cognitivas, las principales creencias racionales e irracionales y sus consecuencias emocionales y conductuales resultantes. Datos referentes al estatus social, matrimonial, orden de nacimiento, peso, talla y edad de los individuos son de poca o ninguna importancia en la RET. En parte, incluso los problemas prácticos de la vida de una persona (los A en el modelo ABC) son de poca importancia al menos inicialmente. Más tarde, después de tratar con el sistema de creencias, pueden tomarse los problemas prácticos.

El terapeuta que dirige el grupo está en una posición mejor que los miembros del grupo para hacer una evaluación diagnóstica del problema en términos del modelo ABC. Sin embargo, los miembros del grupo, cuando aprenden el modelo ABC, a menudo llegan a ser expertos en reconocer las creencias irracionales y defensas de los otros. Existe el riesgo de que los miembros del grupo puedan tácitamente no estar de acuerdo en enfrentarse unos con otros u ofrecer sólo sugerencias de resolución de problemas prácticos, pero un líder-terapeuta experimentado reconocerá tales acciones, las comentará, e intentará prevenir su reaparición.

Para hacer una evaluación o un diagnóstico del problema, el terapeuta y los miembros del grupo preguntan activamente cuestiones, exploran respuestas, ofrecen comentarios, y examinan hipótesis inferidas de la conducta en grupo y de las auto-narraciones de pensamientos, sentimientos y acciones del cliente focal. La estrategia general es seguir el modelo ABC. El cliente focal, al presentar un problema personal, generalmente comienza con la A o experiencia activadora. A continuación se buscan y clarifican las consecuencias emocionales, la C. A veces tanto A como C se revelan en la presentación inicial de un problema específico, por ejemplo «¡Me enfadé mucho con mi jefe cuando me pidió que trabajase horas extraordinarias la pasada noche!». En esta ilustración el individuo identifica la A (el jefe pidiendo a la persona trabajar horas extras) y C (hostilidad). Los miembros del grupo, dirigidos por el terapeuta, después pueden hacer preguntas acerca tanto de A como de C, por ejemplo «¿Qué razones dió el jefe?» (Una pregunta sobre A); «Tenías alguna cosa más que hacer?» (otra pregunta sobre A); «¿Ha sucedido esto muy a menudo?» (otra pregunta más sobre A). Y, «¿Le permitiste saber que estabas

enfadado?» (pregunta de C); «¿Cómo supistes que era enfado lo que experimentabas?» (otra pregunta de C). Estas cuestiones clarifican y añaden riqueza a la narración y son especialmente útiles si el cliente tiene dificultades en reconocer y narrar experiencias emocionales, como a veces es el caso.

El terapeuta después dirige al grupo a centrarse en el sistema de creencias. Usando el modelo de ira presentado anteriormente en este capítulo, el terapeuta cuestiona sobre las demandas que el cliente coloca sobre la conducta del jefe («No debe pedirme que trabaje horas extras»), reprobación («Es un bastardo por hacer una petición tal»), intolerancia («No debería tener un posición de responsabilidad si va a hacer tales peticiones»), y grandiosidad («No tiene derecho a pedirme que trabaje horas extras»). Uno por uno se van descubriendo los pensamientos evaluativos del cliente acerca de la situación. Podría pedirse que desafíe la veracidad de las auto-afirmaciones, o los miembros del grupo podrían dar razones de por qué no son ciertas las auto-afirmaciones.

Además del enfoque de presentación de problemas personales, los grupos RET también pueden ser experienciales. Los ejercicios de grupo adoptados de diversas procedencias pueden usarse para «producir» consecuencias emocionales. El siguiente ejercicio podría utilizarse fácilmente con un grupo nuevo; su propósito es «producir» consecuencias emocionales (generalmente ansiedad); descubrir defensas, introducir la noción de que el pensamiento, especialmente el pensamiento evaluativo, en su mayor parte determina experiencias emocionales; y que gran parte de tal pensamiento se desarrolla automáticamente sin demasiado conocimiento. El terapeuta dirige el grupo:

Voy a pedirlos que penséis en algún secreto, en algo acerca de vosotros que normalmente no contaríais a nadie más. Podría ser algo que hicisteis en el pasado, algo que estáis haciendo ahora en el presente. Algún hábito secreto o característica física. (Pausa) ¿Estáis pensando sobre ello? (Pausa) Bien. Ahora voy a pedir a alguien que cuente al grupo lo que ha pensado, ... para describirlo en detalle. (Pequeña pausa) Pero ya que sé que todo el mundo querría hacer esto, y no tenemos suficiente tiempo para que lo cuente todo el mundo, seleccionaré a alguien. (Pausa, mirando alrededor del grupo) Sí, creo que tengo a alguien en mente. (Pausa) Pero, antes de llamar a esa persona, permitidme que os pregunte, ¿qué estáis experimentando ahora mismo?

Comúnmente se mencionan respuestas tales como «tensión», «ansiedad» y «nervios». Se expresan ideas tales como «¡Espero que no me llamen a mí!». En este punto el terapeuta muestra al grupo qué es el pensamiento de hacer algo, no el hacerlo en sí mismo, lo que lleva a estos sentimientos. El terapeuta después pregunta cuestiones acerca de las clases de pensamientos que llevaron a sus sentimientos. Son respuestas típicas, «Si ellos encontrasen detalles sobre mí que no quiero que sepan, sería horrible!». Una vez que la discusión ha empezado, a menudo adquiere vigor cuando la gente se hace cargo de que su fuerte pensamiento evaluativo acerca de lo que podría suceder les llevó a sus reacciones ansiosas. Cuando la discusión progresa, el terapeuta puede mostrar a los miembros del grupo que puede afirmarse que ellos siguen normas sociales implícitas en la situación, por ejemplo, «debo hacer lo que el líder dice». Las conclusiones que producen ansiedad son obvias: «Y si no hago lo que dice, pensarán que lo estoy evitando o que no

puedo aguantarlo o que tengo alguna otra debilidad. Eso sería horrible y probaría que soy una persona verdaderamente inútil!».

La discusión posterior puede mostrar a la gente su defensividad y auto-protección. Por ejemplo, algunas personas admitirán que no habrían revelado nada demasiado embarazoso, sólo algo que sonase arriesgado pero que realmente fuese «seguro». Otros admitirán que pensaron en abandonar la habitación. Tales respuestas a menudo se generalizan a otras situaciones también y pueden descubrirse al preguntar, «¿Es ésta tu reacción típica, de la forma que generalmente actúas cuando te encuentras en un aprieto?».

Un líder de grupo RET imaginativo puede incorporar casi cualquier ejercicio dentro del proceso. El «secreto» es cómo se procesa la experiencia, no cómo se conduce. Cualquier experiencia o ejercicio genera sentimientos «aquí y ahora» que pueden ser procesados usando el modelo ABC. Y, desde luego, el conocimiento del sistema de creencias o insights propios de la conducta no es el final del proceso de una experiencia. La disuasión —ayudar a la persona a cambiar el pensamiento evaluativo disfuncional— es la actividad crucial.

Nardi (1979) ha combinado elementos del psicodrama con la RET. Por ejemplo, un miembro del grupo representa al padre de otro miembro que grita creencias irracionales y golpea a la persona focal con un palo de goma; luego el cliente focal toma el bate y se golpea a sí mismo mientras grita las mismas creencias. Aunque este ejercicio exagera la importancia de agentes de socialización tempranos al adquirir las creencias irracionales, es una demostración efectiva de lo que el cliente hace hoy para crear su propia desgracia. En otro ejercicio inspirado en el psicodrama los miembros del grupo actúan como sus alternativas diciendo las creencias irracionales de los principales roles en un psicodrama; los miembros actúan como sus alternativas diciendo las creencias irracionales de los principales roles en un psicodrama. Este ejercicio da a los miembros la oportunidad de clarificar qué es el pensamiento irracional y cómo afecta a la conducta.

Los ejercicios didácticos pueden enseñar los principios de la RET, tal como en la demostración siguiente que inventé para mostrar la idea de la complejidad humana y la ilegitimidad de la auto-evaluación. Es más conveniente que se introduzca después de que un cliente esté expresando algún comentario de auto-desaprobación. El terapeuta dice, «Antes de que respondamos al comentario de John, me gustaría pedir a todo el mundo que haga algo por mí. ¿Véis esa mesa? Me gustaría que alguien la midiera». Si nadie responde, se elegirá a alguien, especialmente a John para que emprenda la tarea. Los miembros del grupo ambiciosos medirán la largura, anchura, altura, o peso de la mesa. Ninguno de estos datos es aceptado por el terapeuta. No es la largura, la anchura, la altura, o el peso lo que interesa, sino la mesa en sí misma. Desde luego, no hay formas de medir la mesa en sí misma; a continuación puede discutirse el error de la parte por el todo, (*partis por toto*) en la auto-evaluación. Medir la valía total de uno sobre la base de unas pocas dimensiones no es legítimo, es una forma de auto-perjudicarse. Los humanos, desde luego, son considerablemente más complejos que las mesas.

El ensayo cognitivo y conductual, especialmente en la forma de role-playing, puede usarse fácilmente en un grupo RET. El grupo a menudo proporciona un ambiente «seguro» en el que experimentar nuevas conductas adquiridas a través de habilidades de entrenamiento y reforzar nuevas formas racionales de pensar. Cuando los problemas de un cliente incluyen una buena cantidad de ansiedad

interpersonal, el grupo proporciona un foro para experimentar habilidades interpersonales; y lo que es más importante, proporciona un foro para atacar la vergüenza, que en la teoría de la RET está en el corazón de la ansiedad interpersonal. Se presupone que la vergüenza surge cuando uno anticipa o experimenta miedo real o atribuye crítica por parte de otras personas de la debilidad propia. En el grupo uno puede aprender a no sentirse avergonzado acerca de alguna de sus características y puede trabajar en mejorar aquellas características que pueden ser modificadas.

Para resumir, la actividad inicial en el proceso de terapia racional-emotiva es evaluar el problema del individuo. Para hacer esto, las cuestiones se construyen de una forma que produzcan información que apoye o rebata la hipótesis acerca de las dinámicas cognitivas del individuo formuladas por el terapeuta y los miembros del grupo. El siguiente paso es hacer al individuo consciente de cómo está creando el auto-sabotaje emocional y las consecuencias conductuales. El siguiente paso es la disuasión, cualquier actividad propuesta para ayudar al individuo a cambiar su creencias desadaptadas, irrealistas e irracionales hacia unas que promuevan la supervivencia y la felicidad individual. Los dos enfoques más comunes son (1) la educación y (2) los métodos directos e indirectos de influencia. Los métodos directos principales son el diálogo socrático y el debate lógico. Cuando los métodos directos no parecen ser eficaces, pueden usarse los métodos indirectos.

Las tareas han sido un elemento característico de la RET ya desde su inicio. Su uso en grupo difiere poco de su uso individualmente. El cliente está de acuerdo en hacer alguna actividad durante el espacio entre ambas sesiones. La actividad podría ser leer literatura RET (biblioterapia), escribir desafíos a su pensamiento irracional (tareas escritas), o alguna tarea experiencial de ataque de la vergüenza o de tomar-riesgos.

Para ayudar a deshacerse de las ideas irracionales que llevan a la vergüenza (ansiedad interpersonal sobre la inadecuación real o ficticia), se le pide al cliente que haga algo ridículo en público. La violación de normas sociales es un ejercicio efectivo de ataque de la vergüenza. Por ejemplo, la mayoría de las personas parecen ignorar que se ajustan a la costumbre cuando se suben a los ascensores y casi siempre miran al frente del ascensor, incluso aunque no estén seguros de si es «ilegal» no hacerlo así. Un ejercicio de ataque de la vergüenza, consistiría en pedir a alguien que dice que se sentiría ansioso subiendo a un ascensor dando la espalda a la puerta en vez de al frente, que lo haga así. Puede explorarse la anticipación; la gente puede tener imágenes de los otros pasajeros dirigiéndoles miradas curiosas o pensando que el desviarse es estafalario o estúpido. El terapeuta puede mostrar que las miradas o los pensamientos no pueden afectar directamente a nadie, e incluso las palabras expresadas son ineficaces a menos que se tomen en serio.

El practicante de la RET insta a experiencias de ataque de la vergüenza todavía por una razón más. Incluso si el cliente ha interpretado correctamente el significado de las miradas de las personas o lee sus mentes con exactitud, es la B o el sistema de creencias lo que lleva más directamente a la ansiedad. Así, la filosofía evaluativa propia acerca de la inofensividad de romper las reglas sociales y de recibir críticas por hacerlo así es la principal preocupación de este ejercicio. La RET enseña auto-aceptación —la habilidad para seguir con la propia conciencia a pesar de la desaprobación de los otros—. Así con el ejercicio de ataque de la vergüenza se pretende incrementar la auto-aceptación y la responsabilidad madura, no simple-

mente lograr comodidad mientras se hace una actividad específica estafalaria. Aunque estos ejercicios a menudo son divertidos porque incluyen romper reglas sociales inócuas, tienen un propósito serio. Los ejercicios de ataque de la vergüenza pueden hacerse no sólo dentro del grupo sino también como una asignación a todos los miembros del grupo para realizarla fuera de la sesión y relatar en la siguiente reunión de grupo la experiencia.

El ejercicio de tomar riesgos es cualquier actividad que el individuo define como «un riesgo». Ya que el riesgo se refiere a un aspecto psicológico, lo que se arriesga es tanto idiosincrático como objetivamente no peligroso. Así, en el análisis final, no es verdaderamente un riesgo, pero descubrir este dato es un propósito principal del ejercicio de tomar riesgos. A un hombre que tiene miedo de entablar conversación con las mujeres se le puede pedir que lo haga. A una persona que «debe» hacer cualquier cosa de modo perfecto se le pide que cometa errores. A través de sus experiencias, si llevan a cabo la actividad, aprenden que sus profecías calamitosas no se cumplen, que la anticipación es peor que la realidad, y que lo que hayan hecho una vez pueden hacerlo de nuevo, para así construir la confianza.

Estas actividades son asignadas con el consentimiento de la persona. El grupo a menudo puede ejercer influencia sobre el individuo para hacer la tarea y puede proporcionar un foro para ensayar y practicar. Es importante observar que el grupo puede entender erróneamente las tareas de ataque de la vergüenza y de tomar riesgos. La cuestión no es hacerlas bien o vencer situaciones incómodas para ganar dominio sobre ellas. La cuestión es obtener dominio sobre uno mismo mediante la confrontación activa de las filosofías de vida que limitan a uno. Así la mujer que rehusa iniciar contactos con hombres porque se sentirá deshecha si es rechazada, se le anima a acercarse a los hombres *no* porque puede llegar a encontrarse mejor con el tiempo, y de este modo huir del rechazo, sino para aceptarse a sí misma *incluso* si recibe rechazos. De hecho, si se acercase a los hombres y no recibiese rechazos, un terapeuta RET experimentado podría comentar, «Eso está fatal. ¡Vuelve a intentarlo!». Estos ejercicios son deliberadamente contrafóbicos porque representan algunas de las mejores formas de vencer el pensamiento irracional acerca de los «horrores» de la vida.

Consistente con el propósito de tomar riesgos, el líder del grupo RET no intenta crear un clima de apoyo en el que la gente es reforzada por su «necesidad» neurótica de amor y aprobación. Se anima a los miembros del grupo a adoptar y expresar actitudes no críticas hacia la otra persona, para practicar lo que Ellis llama aceptación no condenatoria. Esto es algo diferente de la consideración positiva y está más cerca de la neutralidad afectiva. Dando tiempo y libertad para comunicarse con los otros, los miembros del grupo a menudo desarrollan sentimientos cálidos y cohesividad, incluso aunque estos sentimientos no hayan sido promovidos por el líder. Así, si bien algunos intentos iniciales para animar a la gente a revelar características personales y «confiar» mutuamente son deseables para conseguir que el grupo se ponga en marcha, su uso continuado rara vez es necesario.

Requiere que se reevalúe el tema completo de *confianza*, lo que algunos miembros del grupo (y algunos terapeutas, demasiados) sobreenfatizan. La confianza incluye diversas cosas: Primero, significa confiarte información acerca de mí mismo porque creo que no me pondrás en una situación desventajosa debido a tu información privilegiada. Esto es esencialmente un tema ético que tiene que ver con la confidencialidad. Segundo, la mayoría de los clientes se preocupan por el

daño psicológico que pudieran sufrir en las manos (o es la boca) de otra persona. Ya que las reacciones psicológicas son, sin embargo, consecuencias de nuestro propio manejo y están basadas sobre nuestros sistemas de creencias, no hay nada que «confiar» de hecho a otra persona. Confiar significa también que puedo confiar en tí para que me ayudes. Pero este tema, el cual va mucho más lejos de lo que realísticamente importa a uno, rara vez se menciona en los grupos de terapia.

El malestar con desconocidos es otra forma con la que los miembros del grupo justifican permanecer en silencio, cuando trabajar activamente sobre sus problemas sería mejor para sus propósitos. Algunas personas tienen una filosofía de vida que dice «nunca debo sentirme incómodo», conocido en la jerga de la RET como baja tolerancia a la frustración, o BFT. Tanto la confianza como el malestar son formas socialmente respetables de etiquetar la vergüenza. Se tratan mejor como B para ser cambiadas que como condiciones que el grupo tiene que cumplir. En otras palabras, hablar en voz alta de uno mismo es simultáneamente una experiencia de ataque de la vergüenza y de toma de riesgo. A los clientes se les perjudica cuando se les permite evitar las situaciones que provocan ansiedad tanto dentro como fuera del grupo.

PRACTICA

Problemas

Casi todos los problemas neuróticos pueden tratarse en un grupo RET. La psicosis, si es de origen orgánico o desconocido, no puede tratarse en un grupo RET, pero sus enfermos pueden frecuentemente beneficiarse de trabajar sobre sus problemas neuróticos o, más simplemente, sobre sus problemas de vida.

Es mejor, por lo tanto, especificar lo que no puede ser tratado en un grupo RET. La psicosis en sí misma no puede, pero algunos de sus síntomas —por ejemplo, el pensamiento egocéntrico— pueden tratarse con un líder vigoroso y los miembros del grupo sintiéndose libres para señalar esta característica. Los desórdenes en los que el individuo no busca el cambio no son apropiados para un grupo RET. Algunos remitidos involuntarios pueden ser «enganchados» dentro de la terapia mostrando que la RET puede ayudarles a lograr metas, pero muchos no pueden. Los delincuentes no son necesariamente encarcelados debido a la neurosis. Aunque estúpidamente pueden pensar que a la larga pueden cometer impunemente el delito, apenas se dirigen para cometerlos con ansiedad, depresión u hostilidad. Los factores últimos podrían ser una razón en algunos casos y la habilidad del terapeuta podría mostrar cómo la vida del delincuente sería más satisfactoria si no provocase hostilidad; tal persuasión sería un primer paso al hacer RET con quebrantadores de la ley.

Otros remitidos involuntarios pueden tratarse de forma similar. Es necesario primero «motivar» al cliente mostrando que puede beneficiarse de alguna forma si se toma la RET en serio. La RET o cualquier terapia es un medio para un fin; si el fin puede verse como algo que es importante para la persona, tenderá a ver la terapia como algo valioso. En los referidos involuntariamente, el terapeuta podría verse como el agente de la sociedad, y de hecho poder así actuar para intentar conseguir que la persona llegue a ser el «estereotipo» de modelo humano socialmente aceptado. En mi opinión no es ético usar la terapia de esta forma. Son las

metas del cliente sobre las que podemos trabajar, no las de la sociedad. De hecho, la RET a menudo va *en contra* de las normas sociales y explícitamente les pide a las personas que decidan por ellos mismos lo que está bien o mal más que aceptar pasivamente las «reglas de la sociedad» (o la versión de alguien de «las normas de la sociedad»). La sobresocialización crea neurosis. La baja socialización crea sociopatía, pero eso, estrictamente hablando, cae fuera del ámbito de la RET.

Evaluación

Generalmente no se hace en la RET un diagnóstico diferencial preciso. La categorización tosca basada en una entrevista individual inicial es insuficiente para descartar a las personas que son descaradamente psicóticas, exageradamente egocéntricas, introvertidas hasta el punto del silencio perpetuo, o locuaces hasta el punto de la compulsividad. Un individuo psicótico no sería excluido debido a la psicosis sino porque podría ser demasiado introvertido o de alguna otra forma incapaz de interactuar con otros miembros del grupo.

La evaluación se hace de una forma diferente cuando el líder clasifica a través de las narraciones y de la conducta real del cliente, para descubrir las principales filosofías irracionales con las que vive. Esto es más discriminativo que preguntar simplemente a la persona acerca de sus angustias. Si los clientes pudiesen relatar todas su creencias cuando se les pregunta, los terapeutas tendrían poco que hacer. Pero una persona con un problema de ira sobre la conducta de su jefe puede tener diversos problemas, por ejemplo, degradarse cuando el jefe se comporta injustamente, o tomar la petición irrazonable del jefe como una falta de respeto y después «horrorizarse» acerca de eso. A menudo nos enfadamos por culpa de otros porque dicen o hacen cosas que nos «causan» sentirnos avergonzados o ansiosos. A las pocas sesiones, el líder de la RET puede ofrecer con imparcialidad la relación completa de las dificultades principales de la vida, el sistema de creencias, los síntomas principales, y lo duro que trabaja para cambiar, de cada persona.

Este último punto, lo duro que trabaja para cambiar, es particularmente importante. La mayoría de las personas pueden descubrir o reconocer sus creencias y pueden entender cómo aquellas creencias se dirigen a conductas trastornadas y derrotadoras de metas. Algunas personas, sin embargo, encuentran excepcionalmente difícil vencer su pensamiento irracional o ejecutar lo que les ayudaría a efectuar cambios significativos. Una cosa es cuando un individuo no cambia los hábitos de pensamiento de una vida; esto lleva tiempo y práctica. Y es otra cosa bastante distinta cuando la persona no intenta llevar a cabo las asignaciones de tareas de conducta experiencial. La razón puede ser BTF o ansiedad perturbadora.

Cuando una persona afirma que algo es demasiado difícil o demasiado inconveniente, está expresando una filosofía de baja tolerancia a la frustración, que la vida no debería ser tan dura. La mayoría de las personas quieren cambiar fácil y cómodamente. Otras temen a la incomodidad que podrían experimentar al llevar a cabo, dicen, una tarea de tomar riesgos. Quieren sentirse mejor *antes* de cambiar, en vez de cambiar para sentirse mejor.

Una de las tareas importantes de evaluación del terapeuta es descubrir lo que la persona teme y ayudarla a reducir el miedo antes de intentar hacer cambios significativos de conducta. Para lograr esto, se pueden emplear la imaginación y

la proyección en el tiempo: la imaginación descubre exactamente lo que la persona teme y la proyección en el tiempo ayuda a desarrollar alguna confianza para enfrentarse.

En un ejemplo, una mujer joven que rehusaba bailar en público a pesar de las repetidas peticiones de su marido para ir a la discoteca contaba que se imaginaba que todo el mundo se reiría de ella. En vez de tranquilizarla sobre que esto no sucedería, el terapeuta le pidió que imaginara los detalles: ¿Cuántas personas estarían allí? ¿Se reirían todas? ¿Se reirían simultánea o consecutivamente? ¿Cuánto tiempo se reirían? El terapeuta entonces deliberadamente exageró la escena y le pidió que imaginase a treinta clientes riéndose consecutivamente durante 10 segundos. Para ilustrar la duración de una risa de 10 segundos, el terapeuta se rió durante 10 segundos y se unió la cliente en la risa durante los últimos 3 segundos. Después se le preguntó si podría aguantar esta «horrible tortura» durante 300 segundos e imaginar lo que sucedería. Decidió que podría aguantarlo durante 5 minutos, incluso aunque previamente había estado convencida de que no podría aguantarlo. Armada con este ensayo cognitivo llevó a cabo con éxito la tarea asignada de bailar en público y más tarde usó el mismo enfoque para vencer otras fobias sociales sin ayuda del terapeuta.

Si aparecen después de que ha comenzado un grupo uno o más miembros que no quieren participar y parece improbable que lo hagan, pueden ser excusados del grupo y remitirse a tratamiento individual. Cada uno está allí para ayudar; si nunca dan, nunca recibirán ayuda y sería mejor excusarlos del grupo.

Tratamiento

El proceso y mecanismo de tratamiento ha sido descrito en la sección previa. En esta sección se ilustrará el comienzo de un grupo. Se asume que los miembros del grupo no se conocen pero han tenido una entrevista privada inicial con el terapeuta.

La tarea inicial es conseguir que los miembros del grupo se conozcan mutuamente. Esto puede realizarse diciendo cada persona simplemente su nombre y mencionando algo acerca de sí mismo, o puede ser el centro de un ejercicio en el que por parejas se conocen, y luego forman grupos mayores.

La confianza es un tema inicial. Puede manejarse mediante la discusión del líder del tema o mediante un ejercicio experimental tal como el que pregunta por secretos. El ejercicio de los secretos también puede usarse para introducir el modelo ABC.

Otra forma de introducir el modelo ABC es la que yo he desarrollado y etiquetado como *diccionario emocional*. Es especialmente útil con grupos que no están acostumbrados a hablar de sus experiencias emocionales. Se requiere una pizarra u otra superficie grande para escribir, se pregunta a los miembros del grupo el nombre común de palabras castellanas que representen emociones, las cuales se escriben en la pizarra. Si se produce alguna controversia por elegir una palabra, se discute para descubrir los significados comunes (uno de los puntos del ejercicio).

Después se pide al grupo que vote sobre si cada palabra representa una experiencia emocional negativa o positiva (no si puede tener resultados positivos o negativos). En caso de duda, el líder puede preguntar, «¿Considerarías que en el

futuro puede producir ansiedad?». Se coloca un signo más o menos al lado de cada palabra.

Después se pide al grupo que indique si la palabra representa una experiencia que es generalmente extrema y disfuncional, o de suave-a-moderada, o quizá incluso motivante. De nuevo se vota y se discuten los desacuerdos. Se coloca un 2 o un 1 a continuación del signo más o menos de cada palabra. Después el líder cuenta al grupo que en la RET nosotros asumimos que las emociones -2 son debidas a Ci, y que las emociones -1 son debidas a Cr. Aunque esto es a veces una sobresimplificación, proporciona la idea de discriminar las creencias racionales de las irracionales y discrimina las emociones negativas de metas contraproducentes.

El proceso de ejercicios adicionales o resolución de problemas personales usando el modelo ABC puede hacerse con un mayor conocimiento sobre la participación de los componentes del grupo. En toda la RET hay un énfasis sobre lo no misterioso: La terapia y el consueing se ven como procesos educacionales y disuasivos sin intenciones o «insights» que deban ocultarse al cliente o ser cuidadosamente medidos. Si un cliente individual o miembro del grupo pregunta una cuestión sobre la teoría, la filosofía, o el procedimiento, la cuestión se contesta a menos que sea un intento obvio de desviar la discusión; incluso entonces, podría contestarse y refocalizar la discusión sobre el asunto.

El tratamiento puede ser o de tiempo limitado o de final abierto. Los grupos de terapia de Ellis en el Instituto de Terapia Racional-Emotiva han existido durante muchos años, con varias relaciones completas de los miembros. Los nuevos miembros son incorporados más fácilmente dentro de un grupo, en parte porque el líder desanima una actitud «de nosotros somos especiales» entre los miembros del grupo y en parte porque establece que los miembros del grupo parezcan ilusionados por trabajar con nuevas personas.

La terminación, como ya se mencionó, es un tema de decisión individual, aunque tanto el terapeuta como los miembros del grupo pueden hacer observaciones sobre la decisión e incluso intentar disuadir al individuo de su elección si un tratamiento adicional parece justificado. Algunas de las buenas preguntas que puede formular el terapeuta son: ¿Qué no estás haciendo que te gustaría hacer? ¿Y qué estás haciendo que te gustaría no hacer? Estas cuestiones concretas pueden estimular a un individuo a revisar su propio deseo de tratamiento adicional. Algunos clientes permanecen en el grupo tiempo después de que han cesado de crear problemas significativos en sus vidas, generalmente porque disfrutaban de la experiencia del grupo y les ayuda a conservar su propio pensamiento claro. Cuando se detecta una dependencia obvia del grupo, el terapeuta, lo removerá para animarle a una mayor independencia, quizá insistiendo en que la persona abandone el grupo. La terminación en grupos de tiempo limitado no es un tema de la RET.

Tareas del terapeuta

El líder de un grupo RET es un terapeuta no un facilitador. El término *facilitador* implica que el líder meramente crea las condiciones para que potenciales crecimientos positivos lleguen a culminar. Ya que los potenciales de crecimiento positivo impedidos por la sociedad u otras personas no se asumen en la teoría de la RET, el concepto de facilitador es inapropiado.

Ni es el líder el primero entre iguales. Su tarea es proporcionar una estructura para la experiencia de grupo o los intentos de solucionar problemas. Los clientes, por supuesto, proporcionan el contenido específico.

El modelo de comunicación en la resolución de problemas dentro del grupo es una de las tareas del terapeuta con el cliente focal, mientras los otros miembros del grupo o bien observan si el terapeuta es especialmente activo o bien dirigen sus mensajes al terapeuta o al cliente. Hay poca interacción entre los clientes no focales en esta situación.

Otro modelo de comunicación emerge cuando el terapeuta enseña inductivamente; entonces, la mayoría de los mensajes se cruzan entre el terapeuta y los otros miembros del grupo. De nuevo, se presenta poca interacción entre los miembros del grupo.

Sin embargo, el terapeuta deliberadamente puede renunciar a la discusión y asumir el rol de entrenador más bien que de profesor-terapeuta. Se deja que los miembros del grupo preparen un ejercicio o intenten aplicar el modelo ABC a un problema de un cliente focal. A medida que el grupo lo hace bien y permanece sobre el núcleo, el terapeuta no interviene. Cuando el grupo vaga o propone prácticas sin intentar trabajar con el sistema de creencias del individuo, el terapeuta puede redirigir sus esfuerzos. Comentarios simples tales como, «deseo saber quién puede imaginar qué creencias de John son las que le llevan a su ira» pueden redirigir la discusión.

El terapeuta también es activo al ver que una o dos personas no dominan la discusión o que ninguna llega a romper la unidad. Ya que no hay presunción en la RET de que alguien «tiene» que hablar o tiene «derecho» a ser escuchado, el terapeuta puede manejar la discusión del grupo diplomáticamente y dirigirlo a áreas productivas.

Los miembros del grupo pueden socializarse juntos fuera de las sesiones de terapia (y frecuentemente lo hacen), pero el terapeuta no. La relación del terapeuta es profesional, no social. El terapeuta puede ver a los individuos del grupo en sesiones privadas. Los clientes que requieren hospitalización por psicosis o intentos de suicidio son remitidos a una unidad adecuada, y su reintegración al grupo se evalúa después de su alta. Ocasionalmente los clientes pueden ser remitidos para medicación, y esta práctica podría ser una condición para permanecer en el grupo, dependiendo de la actitud del terapeuta RET específico.

APLICACION

Selección y Composición del Grupo

No hay reglas especiales en cuanto a la selección del grupo. Algunas líneas generales practicadas son excluir a las personas que es probable sean perjudicadas debido a psicosis activa, o a hablar compulsivamente e incluir a miembros de ambos sexos, porque muchos problemas de ansiedad interpersonal incluyen relaciones con el otro sexo. Estas líneas generales podrían no tenerse en cuenta si por ejemplo, la persona diagnosticada como psicótica fuera sólo ocasionalmente molesta o si la terapia estuviese combinada con incremento del conocimiento, como en un grupo de sexualidad de hombres y mujeres.

Es probablemente poco aconsejable tener todo personas deprimidas en el mismo grupo, aunque un grupo que tuviese la misma fobia (por ejemplo a volar) podría funcionar bien como grupo de terapia de tiempo limitado, o tema limitado.

Espacio Grupal

No hay requerimientos especiales de espacio. Una disposición de asientos circular facilita la interacción de las comunicaciones. También es deseable el suficiente espacio para las experiencias de role-playing y de psicodrama, y el espacio debería ser bastante privado para preservar la confidencialidad.

Tamaño del Grupo

No hay reglas especiales a aplicar. Si hay menos de 6 miembros en el grupo, las discusiones pueden hacerse pesadas. Si hay más de 12, es difícil incluir a alguien más.

Para enseñar los principios de RET e ilustrar su aplicación a problemas concretos, el tamaño del grupo podría ascender a varios cientos. Ellis frecuentemente demuestra el uso de los principios racionales de la vida diaria a grupos de 100 o más, aunque estas demostraciones no se crean para ser grupo de terapia. De forma similar, a los talleres educativos públicos celebrados en los Institutos de Vida Racional de Nueva York y de Los Angeles y en otras partes pueden asistir muchas personas. Estos talleres se encuentran a caballo entre la terapia y la educación y se centran sobre temas específicos, por ejemplo, vencer bloqueos y designar metas y planes de vida futura.

Frecuencia, Extensión y Duración de la Terapia

La mayoría de los grupos RET se reúnen semanalmente. Pueden estar abiertos y finalizar con los cambios de los miembros o pueden ser de tiempo limitado. Para los talleres de tiempo limitado, parece que lo típico son alrededor de 6 a 8 semanas. La extensión de las sesiones varía desde una hora y media a tres horas. Una excepción es un maratón de grupo RET, el cual podría extenderse durante 10 ó 14 horas o incluso más. No hay líneas generales prescritas para la frecuencia, extensión o duración.

Empleo de Medios

No hay restricciones o requerimientos para los medios en los grupos RET. Podría usarse el equipo de video tape para dar feedback a los participantes acerca de su manierismo y estilo de presentación, pero esto apenas se hace. También podrían usarse las pizarras y los paneles, pero no son necesarios; también «apoyos», por ejemplo, bates de espuma. Ellis ha conducido grupos de terapia durante años sin ninguna ayuda de medios, aunque usa formularios de tareas escritas que los

clientes pueden complementar. Algunos terapeutas de la RET (por ejemplo, Maultsby, 1975) hacen un uso más extenso de formularios escritos.

Cualificaciones

Un líder debería estar profesionalmente cualificado para practicar el counseling y/o la psicoterapia en su Estado y ser competente al conducir la psicoterapia racional-emotiva. Aunque muchos profesionales pueden reunir estos requisitos y ejercer competentemente la RET, algunos de ellos están reconocidos por el Comité Internacional de Estándares de Formación y Revisión de la RET como miembros asociados y miembros. Han demostrado sus habilidades y son reconocidos como cualificados en la práctica de los métodos racional-emotivos.

Ética

Los practicantes de la RET están ligados por el código ético de sus respectivos grupos profesionales. La mayoría de los terapeutas racional-emotivos reconocidos son psicólogos ligados al código ético de la Asociación Americana de Psicología (APA). Las violaciones de las normas éticas también pueden remitirse al Comité Internacional de Estándares de Formación y Revisión para que comprueben si el profesional está titulado para la práctica de métodos racional-emotivos.

INVESTIGACION

Ha habido muchos estudios de investigación publicados que tratan de la RET y de otros enfoques de aprendizaje cognitivo de psicoterapia. Estos estudios se centran tanto sobre la hipótesis cognitiva como factor en la perturbación psicológica (Ellis, 1979), o como resultado terapéutico (DiGiuseppe, Miller y Trexler, 1979). Muy pocos estudios han investigado la terapia de grupo *per se*.

En general, los estudios citados en el siguiente resumen prestan apoyo al rol de la cognición en los procesos emotivo-conductuales. Los estudios análogos apoyan el tratamiento de la RET que reclama la eficacia de sus intervenciones. El problema revelado por este sumario de las investigaciones es que muy pocos estudios investigan la RET pura o clásica.

Los estudios que Ellis (1979) cita en apoyo de sus afirmaciones teóricas proceden de una amplia variedad de fuentes. Relativamente pocas de ellas examinan hipótesis específicamente derivadas de la teoría RET. Parece seguro concluir del volumen de estudios citados por Ellis que las cogniciones juegan un rol importante en la conducta y experiencia humanas; que la conducta neurótica se correlaciona con ideas irrealistas y pensamiento ilógico, y que el estado de ánimo se ve afectado por procesos cognitivos. Sin embargo, la hipótesis fundamental de la RET —de que las creencias irracionales llevan a emociones contraproducentes y que las racionales no— no ha sido adecuadamente investigada.

Los estudios de resultado de las RET sufren de la misma deficiencia: Pocos de ellos han estudiado la RET pura o clásica como una variable independiente. DiGiuseppe et al (1979) revisaron cerca de 50 estudios, remarcando sus limitacio-

nes. Algunos usaban medidas de resultado no conductual, obtenían datos sólo sobre cambios en las creencias irracionales medidas en un test de lápiz y papel, un método sobre el que Wessler (1976) previene. Alguno estudia el resultado de los esfuerzos educativos, no de la psicoterapia o el counseling. Otros narran los resultados de los enfoques cognitivos, no de la RET pura. La RET exhaustiva es el procedimiento realmente estudiado, y se solapa significativamente con los enfoques de Meichenbaum (1974), Beck (1976), y otros. Aunque algunas de las investigaciones de resultados es impresionante (especialmente Rush, Beck, Kovacs, y Hollon, 1977), la terapia no es de naturaleza exclusiva RET. Los pocos estudios de la RET apoyan su eficacia con problemas específicos tales como ansiedad a hablar en público y ansiedad al realizar un examen.

Una dificultad al dirigir la investigación sobre la RET, tanto en grupo como individual, es que la RET no es un técnica única en el sentido que es, por ejemplo, la desensibilización. La RET es una teoría de la perturbación que enfatiza los roles de las percepciones desadaptadas. La RET es una colección creciente de tácticas para ayudar a la gente a cambiar sus cogniciones desadaptadas; algunas tácticas son muy directas, otras indirectas. Lo que hace difícil la investigación es que un terapeuta RET habilidoso puede usar varias tácticas cognitivas, conductuales y de expresión afectiva en pocos minutos mientras trabaja con un cliente (Wessler y Ellis, 1980). Si el debate directo de las creencias irracionales parece no conseguir nada, el terapeuta rápidamente puede poner en marcha la imaginación o el cambio de roles, o las analogías, o incluso las parábolas y poesía. Es muy difícil duplicar esta flexibilidad terapéutica bajo condiciones controladas.

Si uno acepta la RET como una teoría actitudinal de perturbación neurótica, entonces emerge una cuestión de investigación diferente, a saber, ¿pueden las actitudes estar influidas por diadas y grupos grandes? La respuesta es sí, y está apoyado por varias décadas de investigación en el cambio de actitudes y persuasión. La RET emplea estas tácticas para efectuar cambios evaluativos y otros cognitivos (Wessler y Wessler, 1980).

FUERZAS Y LIMITACIONES

La RET se usa más fácilmente con clientes que reconocen su propia responsabilidad al crear sus dificultades o que realmente van a aceptar este hecho. La RET toma al individuo y sus problemas como foco. Puede usarse por problemas específicos, por ejemplo, una fobia, y funciona muy bien como terapia de conducta. O puede tomar la exploración de la personalidad y el auto-conocimiento como su meta, como hace la psicoterapia tradicional, el counseling no directivo, y otros enfoques de auto-conocimiento. Como sistema de terapia, la RET incorpora con facilidad técnicas específicas desarrolladas en otros sistemas dentro de sus tácticas de disuasión terapéutica. La versatilidad y aplicabilidad a un amplio rango de problemas neuróticos de vida están entre las fuerzas sobresalientes de la RET.

La RET no afirma que la persona sea una víctima de sus padres, la sociedad o de las condiciones pasivas del pasado. Los clientes se benefician más rápidamente si desean llegar a no estar perturbados, más que descubrir en qué lugar echan la culpa de su perturbación.

La RET funciona bien con clientes de inteligencia al menos media, pero se

puede usar con personas de inteligencia más baja en un estilo más o menos de repetición (lo cual es probablemente la forma en que aprendieron su filosofía de vida inicialmente). Los clientes que son rígidamente religiosos a menudo se resisten al mensaje ético humanístico central de la RET, pero uno no necesita renunciar a toda la religión para hacer la RET o para beneficiarse de ella. Casi todas las religiones ofrecen un versión racional que desenfatisa o elimina el pensamiento absoletista encontrado en sus practicantes más ortodoxos.

La RET no lo cura todo. No cura la psicosis o la psicopatía. No acabará con el crimen, la delincuencia, o los problemas sociales. Ya que la RET depende de la cooperación del cliente, no ayudará al no cooperativo. Los terapeutas pueden intentar animar la cooperación mediante muchas maneras, incluyendo su carisma personal, pero nadie está obligado a cooperar.

La RET grupal tiene límites adicionales. El cliente muy perturbado puede ser ayudado mejor en sesiones individuales. Un cliente cuyas actividades requieren control semanal o más frecuente se beneficiará más de sesiones individuales que de grupo.

Por otra parte, para ciertos clientes, particularmente para aquellos tímidos, el tratamiento de grupo es mejor que el tratamiento individual. Para muchos clientes las ventajas de la terapia de grupo tiene más peso a la larga que desventajas. La mayoría de los problemas de los clientes incluyen a otras personas, y por tanto el grupo es un lugar ideal en el que trabajar sobre sus problemas. Es verdad que existe la desventaja de que le prestará menos atención el terapeuta, pero las ventajas de la terapia de grupo son muchas:

1. Los grupos tienen un coste eficiente; el terapeuta puede ver a varios clientes a la vez y enseñar los principios racionales a muchas personas al mismo tiempo.
2. Los miembros del grupo pueden aprender que no son únicos al tener un problema o al padecer ciertos tipos de problemas específicos.
3. El grupo puede proporcionar un foro para la psicoterapia preventiva, ya que los miembros pueden oír a otros discutiendo problemas que pueden no haber encontrado o que están actualmente encontrando en sus vidas.
4. Los miembros del grupo pueden aprender a ayudarse mutuamente. Es un principio educacional bien establecido que una de las mejores formas de aprender una habilidad es intentar enseñarla a alguien más. Los clientes aprenden el pensamiento racional mientras intentan enseñárselo a otros en un marco grupal.
5. Algunas experiencias, actividades, y ejercicios pueden hacerse sólo en grupos. El grupo proporciona un foro para practicar ejercicios de ataque de la vergüenza o toma de riesgos.
6. Algunos ejercicios de grupo pueden ser ventajosos al producir emociones específicas que después pueden ser tratadas *in vivo* en el marco grupal.
7. Ciertos problemas son tratados más eficazmente en grupo, por ejemplo, los déficits interpersonales o de habilidades sociales. El cliente puede practicar nuevas conductas sociales y formas de relacionarse con la gente.
8. Un grupo permite a los clientes recibir una gran cantidad de feedback acerca de su conducta, lo que puede ser más persuasivo al motivarles para cambiar que lo mismo de un terapeuta único en una situación individual.

9. Cuando los esfuerzos terapéuticos se centran sobre soluciones prácticas de problemas de vida, la presencia de muchas cabezas en una habitación puede reunir más sugerencias que un terapeuta solo.
10. Los miembros del grupo pueden proporcionar una fuente de presiones de iguales que puede ser más eficaz al promover conformidad con las tareas asignadas que el terapeuta individual.

Finalmente, el grupo puede proporcionar una etapa fuera de experiencia para los clientes que han estado en terapia individual. Tales clientes pueden haber descubierto sus ideas irracionales y cómo debatirlas pero requieren práctica adicional para completar el proceso.

REFERENCIAS

- Beck, A. T. Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao. Desclee De Brouwer.
- DiGiuseppe, R., Miller, N. J., & Trexler, L. D. A review of rationalemotive psychology outcome studies. In A. Ellis & J. M. Whitely (Eds.), *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy*. Monterey, Calif.: Brooks/Coles, 1979.
- Ellis, A. Razón y emoción en psicoterapia. Bilbao. Desclee De Brouwer, 1975.
- Ellis, A. *Growth through reason*. Palo Alto: Science and Behavior Books, 1971.
- Ellis, A. The biological basis of irrational thinking. *Journal of Individual Psychology*, 1976, 32, 145-168.
- Ellis, A. The basic clinical theory of rational-emotive therapy. In A. Ellis & Crieiger (Eds.), *Handbook of rational emotive therapy*. New York: Springer, 1977.
- Ellis, A. Rational-emotive therapy: Resarch data that support the clinical and personality hypotheses of RET and other modes of cognitive-behavior therapy. In A. Ellis & J. M. Witheley (Eds.), *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy*. Monterey, Calif.: Brooks/Coles, 1979.
- Festinger, L. *A theory of cognitive dissonance*. Evanston, Ill.: Row, Peterson, 1957.
- Frank, J. D. *Psychotherapy and the human predicament*. New York: Schocken, 1978.
- Maultsby, M. C., Jr. *Help yourself to happiness*, New York: Institute for Rational Living, 1975.
- McGuire, W. M. The nature of attitudes and attitude change. In G. L. Lindzey & and E. Aronson (Eds.), *The hanbook of social psychology* (Vol. 2). Reading, Mass.: Addison-Weslwy, 1969.
- Meichenbaum, D. H. *Cognitive-behavior modification*. Morristown: N. J.: General Learning Press, 1974.
- Nardi, T. J. The use of psychodrama in RET. *Rational Living*, 1979, 14 (1), 35-38.
- Rush, A., Beck, A. T., Kovacs, M., & Hollon, S. Comparative efficacy of cognitive therapy and farmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1977, 1, 1-8.
- Walen, S., DiGiuseppe, R., & Wessler, R. L. *A practitioner's guide to rational-emotive therapy*. New York: Oxford University Press, 1980.
- Wessler, R. L. On measuring rationality. *Rational Living* 1976, 11 (1), 25.
- Wessler, R. L., & Ellis, A. Supervision in rational-emotive therapy. In A. K. Hess (Ed.), *Psychotherapy supervision*. New York: Wilwy-Interscience, 1980.
- Wessler, R. A., & Wessler, R. L. *The principles and practice of rational-emotive therapy*. San Francisco: Jossey-Bass, 1980.
- Zimbardo, P., & Ebbesen, E. G. *Influencing attitudes and changing behavior*. Reading, Mass.: Addison-Wesley, 1969.

LECTURAS ADICIONALES

- Arnold, M. B. *Emotion and personality: Psychological aspects*. New York: Columbia University Press, 1960.
- Berkowitz, L. *Roots of aggression*. New York: Atherton, 1969.
- Davison, G., & Neale, J. *Abnormal psychology: A cognitive experimental approach*. New York: Wiley, 1974.
- Ellis, A. *Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach*. New York: Julian, 1973.
- Ellis, A. The basic clinical theory of rational-emotive therapy. In A. Ellis & R. Grieger (Eds.). *Manual de terapia racional emotiva*. Bilbao. Desclée De Brouwer.
- Ellis, A. Discomfort anxiety: A new cognitive behavioral construct. *Rational Living*, 1979, 14 (12), 1-7.
- Ellis, A., & Greiger, R. *Manual de terapia racional emotiva*. Bilbao. Desclée De Brouwer.
- Ellis, A. & Harper, R. A. *A new guide to rational living*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1975.
- Hauck, P. A. *Overcoming depression*. Philadelphia: Westminster, 1973.
- Hauck, P. A. *Overcoming frustration and anger*. Philadelphia: Westminster, 1974.
- Hauck, P. A. *Overcoming worry and fear*. Philadelphia: Westminster, 1975.
- Horney, K. *The neurotic personality for our time*. New York: Norton, 1939.
- Izard, C. E. *Human emotions*. New York: Plenum, 1977.
- Karlins, M., & Abelson, N. I. *Persuasion* (2.^a ed.). New York: Spinger, 1970.
- Katz, D., & Kahn, R. L. *Social psychology of organizations* (2.^a ed.). New York: Wiley, 1978.
- Knaus, W. J. *Rational emotive education*. New York: Institute for Rational Living, 1974.
- Knaus, W. J. *Do it now: How to stop procrastinating*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1979.
- Lazarus, A. *Multimodal behavior therapy*. New York: Springer, 1976.
- Lazarus, A. *In the mind's eye*. New York: Rawson Associates, 1977.
- Lazarus, R. S. *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw Hill, 1966.
- Mahoney, M. J. Reflections on the cognitive learning trend in psychotherapy. *American Psychologist*, January 1977, 32, 5-13.
- Mahoney, M. J. A critical analysis of rational-emotive therapy and therapy. In A. Ellis & J. M. Whiteley (Eds.), *Theoretical and empirical foundations of rationalemotive therapy*. Monterey, Calif.: Brooks/Cole, 1979.
- Moore, R. The E-priming of Albert Ellis. In J. Wolfe & E. Brand (Eds.), *Twenty years of rational emotive-therapy*. New York: Institute for Rational Living, 1975.
- Raimy, V. *Misunderstandings of the self*. San Francisco: Jossey-Bass, 1975.
- Rimm, D. C., & Masters, J. C. *Behavior therapy: Techniques and empirical findings*. New York: Academic, 1974.
- Schachter, S., & Singer, J. E. Cognitive, social and physiological determinants of emotional states. *Psychological Review*, 1962, 9, 379-399.
- Watzlawick, P. *The language of change: Elements of therapeutic communication*. New York: Basic, 1978.

19

Un enfoque Racional-Emotivo Aplicado a la Terapia de Familia*

Albert Ellis

La terapia de familia empezó a poner su huella hace varios años basada en un modelo psicoanalítico o psicodinámico (Ackerman, 1966), y durante ese tiempo imperó de forma suprema en el campo psicoterapéutico. Sin embargo, provocado por Gregory Bateson, Don Jackson, Jay Haley, y otros teóricos y terapeutas prominentes, la terapia de familia empezó a asumir un enfoque sistémico y de resolución de problemas. Hoy la mayoría de los practicantes asumen este enfoque, que mantiene que los miembros de la familia llegan a estar en gran parte perturbados dentro de la estructura del sistema total en el que viven y operan. Un entendimiento de este sistema, obtenido fundamentalmente a través de la visión del terapeuta de todos los miembros de la familia simultáneamente para ver cómo interactúan unos con otros, llevará al terapeuta a ser capaz de sugerir cambios importantes en el sistema. Una vez que estos cambios son tenidos en cuenta por los miembros de la unidad familiar perturbada y puestos en práctica (mantiene esta teoría de terapia de familia de orientación sistemática), no sólo hace que estos miembros sigan progresando mucho mejor unos con otros, sino que también cualquier individuo seriamente perturbado (tal como un «esquizofrénico») en el sistema familiar alcanzará un funcionamiento significativamente mejor (Guerin, 1976; Haley, 1977; Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1967; Watzlawick, Weakland, y Fisch, 1974).

Las visiones psicoanalíticas y de orientación sistemática de terapia de familia han sido criticados por diversos terapeutas de familia, entre los que se encuentra Levant (1978), que señala que ambos enfoques tienden tanto a descuidar a los individuos que viven en un sistema familiar, como a fracasar en el conocimiento

* Este capítulo combina dos artículos que se publicaron en *Rational Living*, 13, 15-20, y 14, 23-28 respectivamente.

de las formas importantes en las que los individuos reaccionan ante otros miembros de la familia debido a sus propias visiones fenomenológicas. Levant, citando la experiencia clínica y las teorías de terapeutas existenciales, humanistas, experienciales, y centrados en el cliente tales como Raskin y van der Veen (1970), Rogers (1961), y Truax y Carkhuff (1967), señala que las personas se llevan a sí mismas a cualquier sistema, incluyendo la familia, y que lo que les afecta seriamente no es lo que realmente hay dentro de una estructura familiar, sino más bien su *visión* o *interpretación* de lo que sucede. Levant, por lo tanto, exige una «tercera» fuerza en terapia de familia que cubra las graves diferencias de los enfoques psicoanalítico y sistémico.

Como podría esperarse, tiendo a estar de acuerdo con muchos de los puntos de Levant, aunque no lo estoy con su específica perspectiva rogeriana. Si yo fuera a presentar la visión fenomenológica y humanística de la terapia de familia, que podría verse tanto desde una estructura racional-emotiva como desde una perspectiva centrada en el cliente, tendería a hacer las siguientes puntualizaciones, todas las cuales prácticamente serían aprobadas probablemente por Levant y sus colegas rogerianos:

1. Las relaciones familiares y maritales perturbadas no proceden principalmente de lo que sucede entre los miembros de la familia o clase de sistema familiar que existe con respecto a estos miembros, aunque estos sucesos y ese sistema pueden *contribuir* a tales perturbaciones de manera importante. En vez de lo anterior, fundamental, merece o de forma más directa, proceden de las percepciones que los miembros de la familia tienen y de las visiones que adoptan de los sucesos que tiene lugar dentro del sistema familiar. Obsérvese que, expresado de esta forma, esta proposición meramente traslada los ABC de la RET dentro de las relaciones de familia y presupone que una experiencia activadora (A) que ocurra dentro de una organización familiar no causa directa o principalmente la consecuencia emocional (C) que surge cuando esta organización existe de una manera perturbadora o trastornada. Más bien, el sistema de creencias (B) de los miembros individuales de la familia sobre lo que sucede en A, en gran parte y de forma más directa tiende a *causar* C.

2. Asumir que los sucesos detestables o desagradables están teniendo lugar (en el punto A) en una familia y que, por consiguiente, la familia está acosada con dificultades o problemas, no importando lo que los miembros de la familia (individual o colectivamente) hagan para producir sucesos y relaciones más favorables dentro del contexto familiar, es probable que no tengan demasiado éxito en esta tarea, ni es probable que *mantengan* un sistema familiar favorable en el futuro si cualquiera de los miembros se perciben a sí mismos y/o a los otros participantes de una forma altamente deformada y negativa. En otras palabras, cambiar las condiciones familiares (en el punto A) puede ayudar temporalmente a alguno o a todos los miembros de la familia a seguir relacionándose mejor unos con otros (en el punto C), pero esta clase de cambio tenderá a ser totalmente paliativo y de corta duración a menos que alguno de los miembros de la familia de algún modo cambie radicalmente B, el sistema de creencias acerca de lo que a menudo tiene lugar dentro de una organización marital y de la prole.

3. Prácticamente todas las personas que viven en el marco de la familia tienen tendencias innatas a pensar enrevesadamente, por lo tanto se trastornan indebi-

damente a sí mismos emocionalmente y por lo tanto encuentran difícil seguir avanzando de forma consistente con otros miembros de la familia. Pero también tienen fuertes tendencias innatas auto-correctivas y auto-actualizantes; pueden ver a menudo lo que está fallando en su propia conducta y en la de sus parientes cercanos y pueden a menudo voluntariamente cambiar esta conducta así como mejorar el funcionamiento de la familia. Los cabezas de familia, en particular —no importa lo perturbadas, contraproducentes, y saboteadoras que sean sus percepciones y (consecuentes) conductas— son todavía generalmente capaces, a fuerza de sus propios recursos o con la ayuda de un terapeuta, de cambiar algunos de sus pensamientos, sentimientos, y acciones, y de este modo producir eventos y relaciones más favorables dentro del sistema familiar.

4. Como Rogers (1961) y sus seguidores han señalado, y como Levant (1978) muestra en especial, un terapeuta puede ser de considerable ayuda para los miembros de la familia que se vean a sí mismos en conflicto, mediante: (1) la transmisión de la comprensión empática de sus malas percepciones de sí mismos y de los otros; (2) aceptándolos totalmente, incluso aunque todavía se comporten de formas estúpidas y destructivas; (3) animándolos a aceptarse y perdonarse incondicionalmente incluso con su conducta inadecuada, y (4) sirviendo como modelo de un individuo abierto, genuino, congruente que se acepta a sí mismo a pesar de las deficiencias personales y de las deficiencias de las luchas e incertidumbres que la vida nos presenta a todos nosotros.

Los puntos de orientación fenomenológica que acabo de exponer son, como Levant señala, propios de la terapia de familia centrada en el cliente, pero son más bien desatendidas en las terapias de corte psicodinámico y de orientación sistémica. Levant, sin embargo, como muchos rogerianos, tiende a adoptar una parte del enfoque pasivo existencial de terapia, y por lo tanto se olvida de observar que la metodología fenomenológica y humanística a la que se adhieren es también parte y parcela de diversos tipos de terapias activo-directivas. Esto se enfatiza, por ejemplo, en el marco de la terapia existencial de Frankl (1966), en la terapia gestalt de Perls (1969), y desde luego en la terapia racional-emotiva (Ellis, 1962, 1971, 1973, 1977; Ellis y Grieger, 1977).

No sólo un modo activo-directivo de tratamiento psicológico es altamente compatible con un enfoque fenomenológico de terapia de familia, sino, que afirmaría, también incluye todas las ventajas que Levant reclama para la terapia centrada en el cliente, y es una forma decididamente más eficaz de tratamiento que los métodos rogerianos y otros pasivos-no directivos. Algunas de mis razones para creer esto son:

1. Virtualmente todos los humanos parecen nacer con fuertes tendencias hacia la mala percepción, la sobregeneralización, la auto-condena, la deificación y condena de otros, la omnipotencia, el pensamiento mágico, la baja tolerancia a la frustración, y otras formas de irracionalidad (Ellis, 1962, 1976, 1977b, 1977c; Beck, 1976; Hoffer, 1951; Korzybski, 1933; Levi-Strauss, 1970). Los métodos pasivos o no directivos del tratamiento de familia, por lo tanto, son demasiado ñoños para ayudarles a encarar y vencer estas tendencias innatas, que parecen florecer en concreto cuando los miembros de la familia viven continuamente juntos bajo el mismo techo.

2. Una vez que los miembros de la familia empiezan a pensar y actuar de forma contraproducente tanto para sí mismos como para la familia, tienden a llegar a estar habituados a hacerlo así y se resisten a cambiar sus formas, a pesar de su deseo para hacerlo, y a pesar de la intervención terapéutica. Esto no es, como la escuela psicoanalítica afirmaría, debido a su motivación inconsciente o sus deseos secretos de «destruir» a los otros miembros de la familia (o sabotear al terapeuta), sino más bien porque es muy duro para la mayoría de los humanos cambiar su habitual pensamiento, sentimiento y conducta disfuncional (Ainslie, 1947; Ellis, 1962, 1977b, 1977c; Ellis y Grieger, 1977; Ellis y Harper, 1975; Ellis y Knaus, 1977; Mischel y Mischel, 1975). Consecuentemente, los métodos pasivos o «sosos» de terapia, especialmente durante sus etapas iniciales, tienden a ser antieconómicos o inservibles (Mahoney, 1977).

3. Los tipos más serios de problemas de familia probablemente procedan de la malas percepciones de familia por parte de las personas y de sus constructos personales defectuosos (Ellis, 1962, 1977b; Kelly, 1955; Raimy, 1975). Pero una buena cantidad de dificultades sexuales, amorosas y maritales también provienen de la mala información y la falta de entrenamiento para vivir en pareja y en familia (Dreikurs, 1974; Ellis, 1971, 1973, 1976, 1977b; Ellis y Harper, 1961; Kaplan, 1974; Knox, 1975; Masters y Johnson, 1970). La terapia marital y familiar, por lo tanto, debería incluir un elevado grado de información ofrecida directivamente y de entrenamiento en habilidades.

4. Especialmente cuando están viviendo dentro de la red de una familia con dificultades, las personas con problemas emocionales casi siempre requieren tareas concretas, controladas para ayudarles a vencer sus dificultades familiares (Ellis, 1954, 1962, 1977b; Ellis y Harper, 1961, 1975; Herzberg, 1945; Masters y Johnson, 1970; Maultsby, 1975; Salter, 1949; Shelton y Ackerman, 1974; Wolpe, 1958, 1973). Los terapeutas que toman un enfoque no directivo o centrado en el cliente de terapia de familia no pueden proporcionar a sus clientes estas clases de tareas.

5. Una buena cantidad de individuos y familias que podrían usar la terapia de familia tienen dificultades especiales, tales como un bajo estatus educativo y/o socioeconómico, y hay evidencia de que tales personas con esas dificultades rara vez trabajarían en cambiarse a sí mismos o mejorar sus estructuras familiares si fueran tratados sólo con métodos de counseling pasivo, centrado en el cliente (Aponte, 1976; Minuchin y Montalvo, 1967). Parece probable que incluso si una forma fenomenológica y no directiva de terapia de familia puede ayudar de forma apreciable a algunos clientes, de clase media con estudios, muchos o la mayoría de otros tipos de clientes requieren un enfoque más activo-directivo.

Las razones anteriores por las que yo soy partidario de un procedimiento de counseling de familia de orientación RET activo directivo apenas son exhaustivas, pero serán suficientes. Como para todos los procedimientos RET, en terapia de familia estos siguen generalmente las formas cognitivo-emotivo-conductuales integradas de tratamiento.

TERAPIA DE FAMILIA COGNITIVA

El enfoque cognitivo principal usado en la terapia de familia RET sigue la usual metodología racional emotiva ABCDE. Si todos los miembros de una familia

determinada son bastante mayores y bastante maduros para tomar parte en las sesiones de terapia (lo cual es generalmente el caso, si bien los niños muy pequeños pueden a menudo ser excluidos), se les enseña que no es fundamental su historia pasada de sucesos activadores o de experiencias activadoras (A) las que han causado sus consecuencias emocionales (C) o perturbaciones hoy. Por otra parte, la RET no anima a ninguno de los miembros de la familia a evitar sus responsabilidades atribuyendo consecuencias emocionales actuales (C) a las experiencias activadoras (A) que están experimentando actualmente con otros miembros de la familia.

En vez de eso, el terapeuta racional-emotivo intenta mostrar a estos miembros de la familia que en el curso tanto de sus vidas pasadas como presentes, ellos *se hacen perturbados a sí mismos*, en C, al decirse creencias irracionales (Ci), y si actúan determinadamente contra ellas, terminarán con un nuevo juego de efectos cognitivos, emotivos y conductuales (E) que en su mayor parte resolverán sus problemas emocionales. Entonces, mientras están ayudándose a sí mismos emocionalmente, pueden también retroceder a A y hacer lo posible para instigar los cambios en estas experiencias activadoras (tanto para sí mismo como para aquellos miembros de la familia, especialmente los más jóvenes que no es muy probable que cambien con su propio poder).

Permítanme ilustrar algunos de los aspectos cognitivos de la terapia familiar racional-emotiva mediante el uso de material del trabajo que desarrollé con un marido, una mujer y su hijo de 13 años, Johnny. Les llamaré la familia Jones. Ví a esta familia porque el marido y la mujer se peleaban constantemente por la conducta de Johnny. El Sr. Jones estaba muy enfadado con Johnny por hacer novillos en la escuela. La Sra. Jones estaba ansiosa y decaída porque no podía controlar a Johnny y porque estaba preocupada de que su marido pudiese abandonarla si seguían peleándose y si Johnny seguía actuando de la forma que hacía. Johnny era excepcionalmente rebelde y rehusaba dejar de hacer novillos, no le importaban los sufrimientos que sus padres o la escuela padeciesen por él, sentía que estaba siendo atacado porque la familia no le apoyaba en su necesidad de no asistir a la escuela en la que no tenía interés y encontraba muy aburrida.

El Sr. Jones, al comienzo de la terapia, creía firmemente que Johnny estaba actuando muy nocivamente, sin ninguna buena razón para hacerlo así, y que la conducta de Johnny «Me cabrea». «El no tiene derecho a actuar de esta forma y crearnos tanta desgracia a todos nosotros. Si continúa actuando de esta forma, espero que se vaya de casa y no volverlo a ver nunca. Tengo miedo de que vaya a ser como mi hermano menor. ¡Un bastardo que nunca ha hecho nada bueno para nadie y que apenas merece vivir».

Rápidamente intenté mostrar al Sr. Jones, durante la primera sesión de terapia cuando llegó con su mujer y su hijo, que Johnny *no* estaba provocándole el enfado. Por el contrario, estaba clara y neciamente *encolerizándose a sí mismo*. Y, si pudiese ver exactamente lo que estaba haciendo para crear esta ira, podría vencerla.

El era muy escéptico e insistía en que, no, Johnny realmente *era* quien le producía el enfado, justo como su bastardo de hermano, años atrás, produjo una gran ira a sus padres y a su hermano y hermanas por su conducta impertinente. Yo no le daba la razón, sino que mostraba al Sr. Jones que cuando sentía la consecuencia emocional (C) de ira, no procedía del suceso activador (A), que Johnny hiciera novillos y se opusiera tercamente a él y a las autoridades de la escuela.

Mientras trabajaba con el Sr. Jones en su ira, también durante las primeras sesiones de terapia de familia, trabajé con la Sra. Jones sobre su ansiedad. Su experiencia activadora (A) era básicamente la misma que la de su marido, a saber, que Johnny hiciera novillos en la escuela. Pero en vez de estar enfadada por esto estaba ansiosa debido a que tenía un juego de creencias irracionales (Ci) acerca de Johnny: «Yo *debo* conseguir que Johnny deje de hacer novillos, porque sería *horrible* si mi marido continuase echándome la culpa por la delincuencia de Johnny y finalmente me abandonase. Fracasas tanto con Johnny, a quien *debería* haber educado mejor, como con mi marido, a quien *debería* haber sido capaz de calmar y conservar, me haría una *persona despreciable!*»

Ayudé a la Sra. Jones a debatir (en D) este juego de creencias irracionales a través de que se preguntase a sí misma: «¿Por qué *debo* conseguir que Johnny deje de hacer novillos, incluso aunque sería altamente deseable si él lo hiciese?» «¿De qué forma demostraría que es completamente *horrible* si esta situación continuase y mi marido me abandonara debido a eso?» «¿Dónde está la evidencia de que *debería* haber educado a Johnny mejor y *debería* haber calmado a mi marido?» «¿Cómo llego a ser una *persona despreciable* por completo, incluso aunque se pueda demostrar que he actuado pobremente en estos aspectos?».

Cuando debatí sus propias creencias irracionales de esta forma, no le llevó mucho tiempo a la Sra. Jones terminar con un nuevo efecto (E) como el que se describe en estas líneas: «No hay razón por la que *debo* conseguir que Johnny deje de hacer novillos, aunque eso sería altamente deseable. Si esta situación prosigue y mi marido continua echándome la culpa y finalmente me abandona, eso sería muy inconveniente, pero no totalmente *horrible* o *más que* inconveniente. E incluso fracasar con Johnny y mi marido apenas me hace una *persona despreciable*, sino a lo peor, una persona que está fracasando en estas dos importantes facetas». Cuando empezó a llegar a este nuevo efecto cognitivo, la Sra. Jones perdió su ansiedad y su depresión. Todavía se sentía bastante preocupada acerca de la existencia de tales acontecimientos pero era capaz de trabajar más efectivamente e intentar cambiarlos.

Finalmente, mientras estaba trabajando en las sesiones de familia con su madre y su padre, también hablé a Johnny acerca de sus razones para hacer novillos en la escuela, y pronto fui capaz de ayudarlo a ver que, como sus padres (cuyas creencias irracionales fue claramente capaz de percibir, cuando se las señalé a ellos en su presencia), también tenía un juego de ideas básicas que continuaba empujándole a una conducta contraproducente: «*Tengo que* conseguir la gratificación inmediata de hacer novillos en vez de las ganancias a largo plazo de ir a la escuela y evitarme los problemas. ¡Es *terrible* aburrirse en la escuela! La vida es completamente despreciable cuando no puedo conseguir exactamente lo que quiero cuando quiero!».

Conseguir que Johnny viera que tenía estas ideas no fue muy difícil, pero inducirle a abandonarlas fue mucho más duro! Tengo que admitir que sólo tuve éxito en este aspecto en un grado medio y altamente intermitente. Sólo a veces, generalmente por un corto periodo de tiempo cada vez, Johnny debatía sus creencias irracionales y alcanzaría una nueva filosofía básica o efecto cognitivo. Cuando lo hacía así, entonces se diría a sí mismo algo como, «No *necesito* la gratificación inmediata, aunque ciertamente la prefiero. Es una patada en el trasero ir a la escuela y estar aburrido pero es probablemente un sufrimiento mayor hacer novillos y

meterme en problemas. La vida no es grande cuando no consigo exactamente lo que quiero, pero al menos puedo hacerla algo más pasable y disfrutable». Cuando llegaba a esta clase de conclusión, Johnny actuaba menos rebeldemente en la escuela y con sus padres. Pero después se deslizaba de nuevo en sus actitudes básicas de baja tolerancia a la frustración y empezaba a meterse de nuevo en problemas. Afortunadamente, sin embargo, ya que yo estaba teniendo más éxito con el Sr. y la Sra. Jones que con Johnny al ayudarles a efectuar cambios actitudinales, generalmente eran capaces de tomar sus retrocesos bastante bien y no trastornarse demasiado con su reincidencia.

En todo caso, continuaba mostrando a los tres miembros de la familia que deberían situar la responsabilidad de sus sentimientos y acciones perturbadas en sí mismos, y no sobre su temprana educación ni sobre los sucesos que estaban en la actualidad ocurriendo en sus vidas. Intenté conseguir que todos ellos, incluyendo Johnny, aceptasen esta responsabilidad y cambiasen sus perspectivas de creación de perturbación, de modo que independientes de lo que les sucediese dentro o fuera de la organización familiar, tenderían a evitar sentirse inapropiadamente enfadados, autocondenarse e indisciplinarse y en vez de ello sentirse apropiadamente molestos, pesarosos e irritados con su propia conducta y con las de los demás.

Al mismo tiempo, empleé otras técnicas cognitivas de la RET para ayudar a los miembros de la familia Jones —particularmente métodos de dar información y de resolver problemas—. Tanto en presencia de Johnny como en algunas ocasiones cuando él no estaba en las sesiones de terapia, expliqué al Sr. y la Sra. Jones por qué Johnny actuaba de alguna de las formas que lo hacía y cómo podrían dejar de condenarle y en lugar de ello reforzar su conducta deseable y quizá castigar sus actos indeseables. También discutí como podrían ayudar a Johnny a conseguir absorberse vitalmente en algunos entrenamientos constructivos tales como la carpintería, que serviría para hacer su vida menos aburrida y darle más de un incentivo para asistir a la escuela. Nosotros además discutimos cómo el Sr. y la Sra. Jones podrían organizarse para pasar más tiempo juntos en pasatiempos recreativos en los que disfrutasen todos, de modo que sus conversaciones no tuviesen siempre que ver exclusivamente con la conducta de Johnny y los problemas que estaba causando.

Mientras trabajaba con la familia en estas formas de resolución de problemas me di cuenta completamente (como hacen normalmente los practicantes de la RET) que yo estaba principalmente ayudándoles a cambiar A, sus experiencias activadoras más bien que a cambiar B, sus creencias irracionales acerca de estas experiencias. Así de vez en cuando les señalaba ésto e intentaba conseguir que renunciaran a la ilusión de que si les proporcionaba mejores formas de «manejar» a Johnny, todas sus dificultades emocionales se resolverían.

Usé con la familia Jones uno de los aspectos singulares de los procedimientos cognitivos de la RET que enfatiqué en mi primer libro sobre terapia racional-emotiva, *How to Live with a «Neurotic»*, publicado originalmente en 1957 y completamente revisado en 1975. Una vez que los clientes de la familia RET aprenden a abandonar sus propias demandas y órdenes de *necesidad* perturbadora sobre sí mismos y los otros, se les enseña a menudo cómo usar esta misma clase de pensamiento anti-catastrofista y anti *necesidad* perturbadora para hacer la RET con otros miembros de la familia y de este modo ayudar a estos otros a llegar a estar menos perturbados.

Así enseñé al Sr. Jones no sólo cómo ayudarse a sí mismo con su ira sino

también a ayudar a su mujer con su ansiedad y su auto-abatimiento. Y mostré a la Sra. Jones a animar a su marido a enfadarse menos con Johnny cuando el Sr. Jones tendiese a estallar con él. Cuando, por ejemplo, el Sr. Jones empezaba a quejarse amargamente de Johnny de una manera airada, se le enseñó a la Sra. Jones que podría decir a su marido, «Asumamos que estás en lo cierto, querido, y que Johnny está realmente actuando de mala manera, tanto contra nosotros como contra sí mismo, cuando hace novillos. Esa es una conducta ciertamente inadecuada por su parte. Pero su conducta no puede por sí misma hacerte enfadar y perturbarte. ¿Qué creencias irracionales estás diciéndote para perturbarte acerca de su conducta?».

Cuando la Sra. Jones inducía a su marido a parar y pensar acerca de crear su propia ira contra Johnny, y ver que estaba instigando al demandar que su hijo no debe portarse mal, ella después (le mostré) será capaz de actuar como un terapeuta para su marido y preguntarle, «¿Por qué no debe? ¿Dónde está la evidencia de que tiene que actuar bien?». Ella podía por consiguiente ayudar a su marido para parar y pensar —podría animarle a usar la RET sobre sí mismo cuando se le olvidase de hacerlo así—.

Ayudé a ambos compañeros del matrimonio a usar la RET tanto el uno sobre el otro, como a veces, con Johnny. Contaban que utilizar este método de hacer terapia con los otros miembros de la familia no sólo ayudaba a los otros miembros sino que, quizá lo más importante, ayudaba al Sr. y a la Sra. Jones a conseguir un asimiento completo de los principios de la RET y ser capaces de usarlos más eficazmente para el auto-tratamiento.

TERAPIA DE FAMILIA EMOTIVA

La terapia de familia RET tiende a incluir diversas técnicas altamente emotivas. En el caso de la familia Jones (Ellis, 1978), usé diversas técnicas emotivas, entre ellas: (1) mi total aceptación de todos los miembros de la familia y mi negación a condenarles, incluso cuando su conducta era obviamente absurda o antisocial; (2) ejercicios de ataque de la vergüenza y de tomar riesgos; (3) imaginación racional-emotiva; (4) métodos de role-playing; (5) confrontación dramática y evocativa; (6) uso del lenguaje enérgico por mi parte y de auto-afirmaciones vigorosas por parte de los clientes; y (7) un énfasis pronunciado en el humor.

Como también sucede con la RET individual, ninguno de los métodos afectivos usados en la terapia de familia es empleado por propio derecho, y ninguno se emplea para ayudar a los clientes a sentirse mejor sino más bien a encontrarse mejor. Están entrelazados cercanamente con los aspectos filosóficos y fenomenológico-humanistas de la RET. La meta principal, como con virtualmente todo tratamiento racional-emotivo, es intentar ayudar a los miembros de la familia, tanto como seres individuales como parte de un grupo cohesivo, a hacer cambios profundos en sí mismos y en las formas de verse y la organización familiar. La meta de nuevo, no es ayudarles sólo o principalmente a cambiar su ambiente familiar o hacer una modificación leve de una vida familiar mediocre.

Además, al igual que con todas las técnicas emotivas acabadas de ver, estas se hacen activa en vez de pasivamente, y directiva más bien que no directivamente por los practicantes de la RET. Incluso cuando yo u otros profesionales RET dan a nuestros clientes aceptación total o reconocimiento positivo incondicional, in-

tentamos no sólo darlo y modelarlo para ellos de una forma indirecta, sino enseñarles directa y activamente cómo dárselo ellos mismos.

TERAPIA DE FAMILIA CONDUCTUAL

Aunque Levant (1978) habla de tres tipos principales de terapia de familia (psicodinámico, orientado sistémicamente, y centrado en el cliente), no dice nada acerca del uso de los métodos conductuales, en los que las tres escuelas son notablemente deficientes. La RET, en parte porque es activa-directiva, siempre emplea una buena medida de terapia de conducta tanto con clientes individuales como familiares. Algunos de los principales métodos conductuales de la RET incluyen los siguientes:

1. Se dan continuamente a los miembros de un grupo familiar la actividad de llevar a cabo tareas, la mayoría de ellas para que los clientes las hagan *in vivo*. Así en el caso del Sr. y la Sra. Jones, el Sr. Jones y yo estuvimos de acuerdo que él deliberadamente permaneciera en casa durante todo el tiempo que se sintiese muy enfadado con Johnny y abstenerse de salir corriendo fuera de la casa a un club de ajedrez o a un bar cercano, como él había hecho normalmente antes de llegar a la terapia de familia. También se le dieron una serie de Formularios de Auto-Ayuda Racional (Ellis, 1977d) y se le asignó la tarea de rellenar uno de ellos tan bien como pudiese cada vez que se sintiese enfadado con Johnny.

Para Johnny, él se comprometió conmigo y con su madre y su padre a ir a la escuela cada día durante un mes, tanto si tenía ganas como si no; y rellenar un Formulario de Auto-Ayuda Racional cada vez que no tuviese ganas o cada vez que fuese y se sintiese deprimido o le diese pena por ir. Se dió a la Sra. Jones la asignación de enfrentar a su marido con cada seria conducta de Johnny, no importaba cuanto pánico sintiese acerca de verse criticada por él en cuanto lo hiciese así; y de debatir su creencia irracional de que tenía que tener su aprobación de manera absolutista, de modo que ella fuese capaz de seguir enfrentándose a él con respecto a esto.

2. El condicionamiento operante o principio de auto-gobierno se emplea frecuentemente en la terapia de familia y pareja de la RET y se usa para reforzar conductas de auto-ayuda y penalizar las contraproducentes. Así, los padres de Johnny estuvieron de acuerdo con él y conmigo para reforzarle (con dinero o con comida que le gustase especialmente) cada día que asistiese a la escuela y no cuando hacía novillos. El Sr. Jones aceptó el castigo de quemar un billete de 2.000 pesetas cada vez que evitase hacer frente a su mujer y a Johnny. El Sr. y la Sra. Jones estuvieron de acuerdo en que la Sra. Jones le dijese a su marido todos los peores detalles acerca de la conducta de Johnny, no vacilando nada de él en este reconocimiento. El Sr. Jones haría un esfuerzo especial para discutir estos detalles con ella de una manera no condenatoria, orientada al problema.

3. A menudo se emplea el entrenamiento en habilidades en la RET para ayudar a los miembros de las familias a vencer sus creencias irracionales o cambiar las experiencias activadoras desafortunadas que tienen. De este modo trabajé con la Sra. Jones sobre su problema de no asertividad tanto con su marido como con su hijo. Le ayudé a renunciar a las creencias irracionales (Ci) de que ella *no podría* manejar las situaciones difíciles y dolorosas con el Sr. Jones y Johnny, y que era

vergonzoso para ella huir del manejo de tales situaciones. Cuando ella empezó a ver que era claramente desventajoso, pero no totalmente *terrible*, cuando evitaba manejar las cosas con Johnny y su marido, representé con ella la nueva conducta de hablar más alto más asertivamente a los dos cuando quisiese provocar algunos temas que sabía que ellos evitarían o que la condenarían por provocarlos. Como resultado de su entrenamiento en asertividad durante la terapia, empezó a adoptar menos responsabilidad para disciplinar a Johnny, y persuadir a su marido para que tomase más responsabilidad.

4. La RET a menudo usa técnicas de distracción o entretenimiento en la terapia para ayudar a algunos clientes a enfrentarse con sus ansiedades y hostilidades. Yo empleé tales métodos en diversas ocasiones con los miembros de la familia Jones. De este modo, enseñé al Sr. Jones a usar la técnica de relajación progresiva de Jacobson (1942) cuando se sintiese muy enfadado con su hijo o su mujer; encontró este método útil para interrumpir su ira y darse a sí mismo una oportunidad para tratar con ella, un poco más tarde, en una forma de debate filosófico. También animé a la Sra. Jones a usar ejercicios de relajación de yoga cuando se sintiese demasiado ansiosa por ser criticada por la conducta mezquina de Johnny. Explicué a estos clientes que técnicas de distracción como estas son paliativas, más bien que curativas, pero que son útiles a veces sin embargo, si no se espera demasiado de ellas.

Otras formas de terapia de conducta de descondicionamiento y recondicionamiento se usan a menudo en la RET, incluyendo la desensibilización encubierta de Cautela (1966, 1967); el entrenamiento emocional de Ramsey (1974); y los métodos de resensibilización de Heiman, LoPiccolo y LoPiccolo (1976). Estos métodos, como Masters y Johnson (1970) y Annon (1974, 1975) especialmente observan, pueden ser particularmente efectivos al ayudar a las parejas con problemas sexuales. En el caso de la familia Jones, el problema sexual principal que tenían era que la Sra. Jones podía llegar al orgasmo en un coito si su marido copulaba activamente con ella durante un mínimo de cinco minutos, mientras él generalmente llegaba al orgasmo en menos de dos minutos y consideraba estar padeciendo de eyaculación precoz. Le explicué que él era solamente un eyaculador «rápido» y no «precoz», y que nada era *horrible* o *terrible* (sino sólo inconveniente) acerca de eso. También conseguí que usaran el método de parar en marcha del coito, hasta que se entrenase a sí mismo a durar cinco o más minutos casi todas las veces que hacía el amor (Ellis, 1975).

Permítanme observar de nuevo, en esta relación, que aunque yo y otros practicantes de la RET usemos diversas clases diferentes de procedimientos conductuales, nosotros los ponemos de lleno dentro de una estructura fenomenológica y humanista. Preferimos enseñar métodos conductuales de *auto-control*, más bien que recurrir al condicionamiento o recondicionamiento directo por parte de un terapeuta, como muchos terapeutas de conducta clásica hacen (Goldfried y Merbaum, 1973; Kanfer y Godstein, 1975).

La RET, además, también reconoce las desventajas y perjuicios posibles del refuerzo social, el cual no sólo es usado continuamente de forma única por una veintena de terapeutas de conducta (Bandura, 1969) sino que también se ha demostrado que es uno de los factores secretos principales de los resultados de la terapia obtenidos por muchos terapeutas centrados en el cliente. De tal modo, se

ha encontrado que aunque los terapeutas rogerianos intentan ayudar a sus clientes a lograr un reconocimiento positivo incondicional, frecuentemente dan bastante reconocimiento positivo condicional. Refuerzan a sus clientes con apropiados «uh-huhs» o señales de aprobación cuando dicen las cosas que los terapeutas centrados en el cliente consideran «buenas» y por consiguiente a menudo animan a estos clientes a esforzarse, quizá más de lo que lo hacían antes, por el decididamente reconocimiento positivo condicional. Esto les ayuda a permanecer enganchados, ticamente, sobre sus necesidades de amor calamitoso, lo que les obliga a pensar que deben tener aprobación de los otros.

La RET, por otra parte, utiliza procedimientos de refuerzo, incluyendo el refuerzo social, de una forma realista, práctica y con total comprensión de sus limitaciones e inconvenientes. De este modo, a menudo dispongo que mis clientes de terapia de familia sean reforzados por su conducta saludable o mejorada por mí, por otros miembros de la familia o por individuos ajenos, pero raramente uso el refuerzo por sí mismo. Por ello, aunque tienta coseguir los cambios rápidos que pueden ocurrir en los clientes como resultado de ser reforzados más por hacer una conducta y/o castigados por realizar otra, pueden a menudo llegar a ser más reforzables y menos auto-dirigidos en el curso de este proceso. La meta de la terapia, desde luego, es el cambio de personalidad por parte de los clientes. Pero la meta de la terapia *elegante* es el auto-cambio y la auto-dirección más que el cambio que está manipulado o prácticamente forzado sin ellos. Además, hay alguna evidencia que muestra que los clientes que pierden sus síntomas por verse condicionados a cambiar sus caminos por un terapeuta o por condiciones externas a menudo lo hacen muy bien durante un tiempo pero después tienden a regresar de nuevo a sus viejos hábitos de disfunción cognitiva, emotiva y conductual, mientras que los clientes que trabajan en efectuar una forma básica de reestructuración cognitiva es más probable que mantengan sus ganancias terapéuticas e incluso ir más allá de ellas cuando la terapia ha terminado (Beck, 1976; Ellis, 1977, 1977c; Lazarus, 1971, 1976; Meichenbaum, 1977).

Con el uso de la RET, por lo tanto, intentamos enseñar a los clientes de la familia (así como al individuo) a ser menos manipulables por conformidad social y por consiguiente ser algo menos condicionables. A nosotros nos gusta verlos fuertemente *desear*, pero no *necesitar* absoluta o compulsivamente, la aprobación de los otros, incluyendo a los miembros de su propio grupo familiar. La RET se centra —como algunos otros sistemas principales de terapia de familia hacen— en ayudar a las personas a relacionarse mejor sobre una base preferencial, más bien que sobre una obligación o *necesidad* perturbadora. Analiza y debate su sobre-sugestibilidad y evita fomentar (como otros sistemas terapéuticos hacen) la dependencia infantil de los miembros de la familia sobre el terapeuta y/o unos sobre otros. De esta manera, la RET sale de su camino para ayudar a la gente a entrenarse a sí mismos para ser más reponsables, auto-suficientes, y auto-aceptarse, incluso cuando son parte de una estructura familiar y les gustaría llegar a estar más relacionados cercanamente a otros miembros de la familia.

RESUMEN

La RET toma una posición de «tercera fuerza» en la terapia de familia, esto es, un enfoque fenomenológico-humanístico que es altamente activo-directivo. Este

enfoque primero intenta ayudar a los miembros de la familia a ver y entregar sus malas percepciones de sí mismos y de los otros y hacer cambios filosóficos profundos en sus actitudes y conductas intra e interpersonales. Al unificar un enfoque fenomenológico-humanístico con un enfoque activo-directivo en la terapia de familia, la RET usa —como hace con los clientes individuales— una metodología cognitiva, emotiva y conductual combinada. La terapia de familia RET muestra a los clientes a reconocer, entender, y minimizar sus propios problemas emocionales mientras al mismo tiempo ayuda a los otros miembros de la familia a llegar a ser más racionales, tener experiencias más satisfactorias y respuestas emocionales apropiadas y actuar de una forma menos contraproducente contra sí mismos y contra la familia.

REFERENCIAS

- Ackerman, N. *Treating the troubled family*. New York: Basic Books, 1966.
- Ainslie, G. Specious reward: A behavioral theory of impulsiveness and impulse control. *Psychological Bulletin*, 1974, 82, 463-496.
- Amon, J. *The behavioral treatment of sexual problems* (Vol. 1 and Vol. 2). Honolulu: Enabling Systems, 1974 and 1975.
- Aponte, H. J. Underorganization in the poor family. In P. J. Guerin, Jr. (Ed.). *Family therapy: Theory and practice*. New York: Gardner Press, 1976.
- Bandura, A. *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1969.
- Beck, A. Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Cautela, J. R. A behavior therapy approach to persuasive anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 1966, 4, 99-111.
- Cautela, J. R. Covert sensitization. *Psychological Reports*, 1967, 20, 459-468.
- Dreikurs, R. *Psychodynamics, psychotherapy, and counseling* (Rev. ed.). Chicago: Alfred Adler Institute, 1974.
- Ellis, A. *The American sexual tragedy*. New York: Twayne, 1954.
- Ellis, A. Razón y emoción en psicoterapia. Bilbao: Desclée De Brouwer, 1975.
- Ellis, A. *Growth through reason*. Palo Alto: Science and Behavior Books; and Hollywood: Wilshire Books, 1971.
- Ellis, A. *Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach*. New York: Julian Books and McGraw-Hill, 1973.
- Ellis, A. The rational-emotive approach to sex therapy. *Counseling Psychologist*, 1975, 5(1), 14-21.
- Ellis, A. Techniques of handling anger in marriage. *Journal of Marriage and Family Counseling*, 1976, 2, 395-316.
- Ellis, A. *Fun as psychotherapy*. Cassette recording. New York: Institute for Rational Living, 1977. (a)
- Ellis, A. *How to live with—and without—anger*. New York: Reader's Digest Press, 1977. (b)
- Ellis, A. Rational-emotive therapy: Research data that supports the clinical and personality hypotheses of RET and other modes of cognitive-behavior therapy. *Counseling Psychologist*, 1977, 7(1), 2-42. (c)
- Ellis, A. *Rational self-help form*. New York: Institute for Rational Living, 1977. (d)
- Ellis, A. A rational-emotive approach to family therapy. Part I: Cognitive therapy. *Rational Living*, 1978, 13(2), 15-20.
- Ellis, A., & Grieger, R. *Manual de terapia racional emotiva*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Ellis, A., & Harper, R. A. *Creative marriage*. New York: Lyle Stuart, 1961. Paperback edition, retitled *A guide to successful marriage*. Hollywood: Wilshire Books, 1971.
- Ellis, A., & Harper, R. A. *A new guide to rational living*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall; Hollywood: Wilshire Books, 1975.
- Ellis, A., & Knaus, W. *Overcoming procrastination*. New York: Institute for Rational Living, 1977.
- Frankl, V. *Man's search for meaning*. New York: Washington Square Press, 1966.
- Goldfries, M., & Merbaum, M. (Eds.). *Behavior change through self-control*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1973.
- Guerin, P. J., Jr. (Ed.). *Family therapy: Theory and practice*. New York: Gardner, 1976.
- Haley, J. *Problem solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass, 1977.
- Heiman, J., LoPiccolo, L., & LoPiccolo, J. *Becoming orgasmic*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1976.
- Hezberg, A. *Active psychotherapy*. New York: Grune and Stratton, 1945.
- Hoffer, E. *The true believer*. New York: Harper, 1951.
- Jacobsen, E. *You must relax*. New York: McGraw-Hill, 1942.
- Kanfer, F. H., & Goldstein, A. P. (Eds.). *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia*. Bilbao: Desclée De Brouwer, 1987.
- Kaplan, H. S. *The new sex therapy*. New York: Brunner/Mazel, 1974.
- Kelly, G. Psicología de los constructos personales. Bilbao: Desclée De Brouwer, 1987.
- Knox, D. *Dr. Knox's marital exercise book*. New York: McKay, 1975.
- Korzybski, A. *Science and sanity*. Lancaster, Pa.: Lancaster Press, 1933.
- Lazarus, A. A. *Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw-Hill, 1971.
- Lazarus, A. A. *Multimodal behavior therapy*. New York: Springer, 1976.
- Lembo, J. *The counseling process: A rational behavioral approach*. New York: Libra, 1976.
- Levant, R. Family therapy: A client-centered perspective. *Journal of Marriage and Family Counseling*, 1978, 4, 42-49.
- Levi-Strauss, C. *Savage mind*. Chicago: University of Chicago Press, 1970.
- Mahoney, M. Reflections on the cognitive learning trend in psychotherapy. *American Psychologist*, 1977, 32, 5-114.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown, 1970.
- Maultsby, M. C., Jr. *Help yourself to happiness*. New York: Institute for Rational Living, 1975.
- Meinchenbaum, D. *Cognitive behavior modification*. New York: Plenum, 1977.
- Minuchin, S., & Montalvo, B. *Families of slums: An exploration of their structure and treatment*. New York: Basic Books, 1967.
- Mischel, W., & Mischel, H. A Cognitive social learning approach to morality and self-regulation. In T. Lickana (Ed.), *Morality: A handbook of moral behavior*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1975.
- Perls, F. *Gestalt therapy verbatim*. Lafayette, Calif.: Real People Press, 1969.
- Raimy, V. *Misunderstandings of the self*. San Francisco: Jossey-Bass, 1975.
- Ramsey, R. W. Emotional training. *Behavioral Engineering*, 1974, 1, 24-26.
- Raskin, N. J., & Van der Veen, F. Client-centered family therapy: Some clinical and research perspectives. In J. T. Hart & T. M. Tomlinson (Eds.), *New directions in client-centered therapy*. Boston: Houghton-Mifflin, 1970.
- Rogers, C. R. *On becoming a person*. Boston: Houghton-Mifflin, 1961.
- Salter, A. *Conditioned reflex therapy*. New York: Creative Age, 1949.
- Shelton, J. L., & Ackerman, J. M. *Homework in counseling and psychotherapy*. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas, 1974.
- Truax, C. B., & Carkhuff, R. R. *Toward effective counseling and psychotherapy: Training and practice*. Chicago: Aldine, 1967.

Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. *Pragmatics of human communication*. New York: Norton, 1967.

Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. *Change*. New York: Norton, 1974.

Wolpe, J. *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Bilbao. Desclee De Brouwer, 1975.

Wolpe, J. *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon Press, 1973.

20

La Inclusión de la Familia en el Tratamiento del Niño: Un Modelo para Terapeutas Racional-Emotivos*

Nina Woulff

Las ideas de este capítulo proceden de un deseo de desarrollar un modelo de terapia racional-emotiva para niños que tenga en cuenta la contribución de la familia en el problema del niño y sugiere el fundamento y las técnicas para incorporar a la familia en el tratamiento del niño. Trabajando primariamente en un marco referencial del niño, donde el cliente remitido es siempre un niño, observé que los cambios en los problemas presentados eran más eficazmente logrados cuando la familia del niño estaba implicada en la evaluación y el tratamiento. Sin embargo encontré un modelo no riguroso tanto en la literatura de terapia racional-emotiva (RET), como en la terapia de familia que demostraba cómo los dos enfoques de terapia pueden integrarse satisfactoriamente. Teniendo una amplia formación tanto en la RET como en la terapia de familia estratégico-estructural, y creyendo firmemente en la eficacia de ambas, sentí el reto de ver si las dos teorías eran capaces de acoplarse para producir resultados efectivos y satisfactorios.

La terapia racional-emotiva se dirige primariamente al tema de cambiar las creencias irracionales del cliente. Esta terapia se centra en los sucesos internos del portador del problema y desenfatisa el contexto del problema o del cliente. Este foco ha sido útil al demostrar la forma idiosincrásica en la que los clientes contribuyen a crear y mantener su desgracia. La literatura de la RET sólo discute rara vez la forma en la que los humanos viven en los grupos influyéndose y enfrentándose uno al otro (Ellis, 1978, 1979, 1982; McClellan y Protinsky, 1977; Stieper, 1977; Young, 1979).

* Este capítulo fue publicado primero en A. Ellis y M. E. Bernard (Eds.), *Rational-emotive approaches to the problems of childhood* (New York: Plenum Press, 1983).

Cuando el cliente es un niño, llega a ser crucial que el terapeuta conozca el efecto del ambiente humano del niño porque los niños son extremadamente dependientes de los adultos para cubrir las necesidades y aprender las formas y significados de las relaciones y funcionar en este mundo. La terapia estratégico-estructural (Haley, 1976, 1980; Papp, 1977; Selvini, 1978; Andolfi, 1979; Madanes, 1981) demuestra cómo este ambiente humano —especialmente, la interacción entre las personas en los grupos— es crucial en la creación y mantenimiento del problema.

El modelo de terapia propuesto en este capítulo es un híbrido de terapia racional-emotiva y de terapia estratégico-cultural y en lo sucesivo nos referiremos a ella como terapia de familia racional-emotiva, o REFT.

FUNDAMENTO DE LA REFT

Existen diversas razones por las cuales la REFT es preferible a la RET individual con niños remitidos. Cuando los padres remiten a su hijo a un clínico de salud mental, no es inusual que los padres estén más angustiados que el niño. Así trabajar individualmente con el niño en estas circunstancias no resulta productivo porque el niño no está particularmente motivado para cambiar. Incluso si el niño está motivado para cambiar, el terapeuta tiene relativamente poca influencia comparada con la influencia de sus padres. El refuerzo parental es extremadamente poderoso, y es altamente improbable que un niño que ha aprendido a desarrollar el pensamiento racional con su terapeuta individual continúe manteniendo este cambio cuando sus padres u otros miembros de la familia siguen reforzando con fuerza las viejas creencias irracionales y la conducta consecuenta. Se ejemplifica este problema con el siguiente caso.

Hace varios años, trabajé con un niño de 10 años de edad que presentaba problemas de conducta persistentes en la escuela y en la casa. Sus padres insistieron en que necesitaba terapia individual y que ellos se podría reunir conmigo sólo esporádicamente debido a sus muchas ocupaciones. Siendo un terapeuta relativamente joven e inasertivo en este tiempo, estuve de acuerdo en sus condiciones. El niño pequeño venía muy contento a las sesiones individuales, durante las cuales nos dedicábamos a jugar y a discutir, dirigiéndonos a corregir la cantidad de percepciones erróneas que tenía acerca de su «maldad». El chaval era el único niño adoptado de la familia y también tenía diabetes, que se controlaba con medicación. El había interpretado estas características singulares queriendo decir que él era completamente despreciable y que nada de lo que pudiese hacer cambiaría cómo pensaban los adultos de él y cómo actuaban hacia él. El niño era bastante listo, y en varias sesiones fue capaz de desarrollar un punto de vista más racional sobre sí mismo y planificar cómo cambiar su conducta para estar menos preocupado. Sin embargo, cuando periódicamente hablaba con los maestros o los padres del niño escuchaba que su conducta permanecía virtualmente inalterada excepto en algunos «buenos ratos» pasajeros y fugaces. Yo estaba bastante perplejo pero continué trabajando con el chaval. Algún tiempo después, durante una sesión con los padres, emergieron algunos factores interesantes. Aunque había habido pocos progresos en la terapia, la madre insistía en que el niño continuase porque creía que él tenía una personalidad muy patológica y era la causa de la mayoría de los demás pro-

blemas de la familia. Decía que el hecho de que este niño fuese el único miembro de la familia en asistir a la terapia probaba este punto. El padre discrepaba con la manera de la madre de disciplinar al niño y le prodigaba una atención especial siempre que la madre intentaba ser firme con él. La justificación del padre era «pero es un niño tan infeliz —no necesita ser disciplinado en cada cosa que tiene que desenvolverse en la vida— con problemas como que no puede ayudarse a sí mismo». De este modo llegó a ser obvio para mí que los padres estaban reforzando activamente las creencias irracionales del niño acerca de su «maldad» innata y su mala conducta. Los padres tenían muy estructuradas sus actitudes; llegaron a irritarse bastante cuando intenté desafiar sus creencias, e indicaron que debería limitar mis esfuerzos terapéuticos en cambiar a su hijo. Ví al niño varias sesiones más y después dije a los padres que no continuaría a menos que la familia completa asistiese regularmente. Se negaron y cerré el caso.

Creo que desperdiqué mucho tiempo en trabajar con este niño, de hecho, el que estuviese de acuerdo en trabajar con él individualmente fue interpretado por los padres como una evidencia adicional de que estaba realmente mal y necesitaba ayuda. El caso demuestra algunos de los riesgos de no trabajar con las familias cuando se remite a un niño. Además, se sugiere la necesidad de poseer diversas habilidades importantes al hacer terapia de familia racional-emotiva. Especialmente, el terapeuta necesita tener un modelo conceptual de los problemas, incluyendo: la interacción entre los miembros de la familia, hacer una evaluación total, ser capaz de vencer la resistencia de la familia para el tratamiento y motivar a los miembros de la familia para que lleven a cabo su tarea.

ESQUEMA CONCEPTUAL DE LA REFT

El terapeuta REFT conceptualiza el buen funcionamiento de las familias como grupos de personas que son capaces de llevar a cabo la tarea de ayudar a los desarrollos de personalidad y sociales de su vástago. Esta difícil tarea se ve impedida cuando el sistema tiene reglas, límites, y/o jerarquías confusas o inapropiadas. En un sistema familiar efectivo, los padres se comprometen a un trabajo cooperativo en equipo que opera como la unidad «ejecutiva» del sistema, y los niños son un subsistema de poder y estatus claramente secundario. Las tareas del subsistema parental son trabajar cooperativamente para socializar a los niños y ser capaces de modificar las reglas y expectativas a medida que los niños van creciendo. La tarea del sistema de hermanos es ofrecer a sus miembros la oportunidad de aprender cómo negociar, cooperar, compartir, competir y hacer amigos con sus iguales.

Para que cada subsistema lleve a cabo sus funciones específicas, las fronteras entre los subsistemas deben quedar claras. El término *fronteras* se refiere a la intensidad de la interacción entre las personas y a cómo se delegan las responsabilidades. Cuando las fronteras se enredan entre los subsistemas o entre los individuos, los miembros de la familia experimentan poca sensación de independencia. Esta falta de independencia contribuye a crear dificultades en el desarrollo de actividades y pensamiento independiente, y en la resolución de problemas. Cuando los límites se desatan, hay poca comunicación útil entre los miembros y esta ausencia puede impedir el desarrollo de la capacidad de vivir interdependientemente con los otros.

Cuando una familia se presenta con un niño problema, el terapeuta REFT investiga la posibilidad de que existan incongruencias de jerarquías y fronteras inapropiadas dentro de una familia. Ejemplos de tales problemas son (1) un padre se relaciona con su hijo como un igual; (2) un niño está cercanamente enredado con un padre mientras que el otro está relativamente distante; (3) un niño mayor toma la mayoría de las decisiones de una familia; o (4) todos los miembros de una familia se relacionan como iguales en estatus.

Los terapeutas REFT creen que estos problemas organizacionales y relacionales se crean y mantienen primariamente por las suposiciones irracionales de los miembros de la familia individuales acerca de sí mismos y de los otros. De este modo, aunque el terapeuta REFT pueda tener la reorganización estructural como el objetivo final de la familia con un niño sintomático, los caminos por los que se logra esta meta son la alteración de las suposiciones irracionales. Para lograr esta tarea, el terapeuta REFT utiliza un amplio repertorio de técnicas de la RET, entre las que están el debate cognitivo directo, el debate imaginativo y conductual, chistes y parábolas, prescripciones paradójicas y transformación del problema (Bergner, 1979).

ETAPAS DE LA REFT

Se propone que los terapeutas REFT sigan unas etapas específicas al trabajar hacia las metas. Se usará a lo largo de toda la sección el caso de Michael P. para demostrar las etapas cruciales en la terapia REFT. Michael P., de 11 años, fue traído a la clínica por sus padres. Había una hermana más pequeña en la familia, que estaba aparentemente al margen del problema. El Sr. y la Sra. P. estaban preocupados por Michael porque comía y dormía poco, se enfrentaba mucho a su padre, afirmaba que era muy desgraciado, y expresaba un gran disgusto y ansiedad acerca de la idea de que sus padres tuviesen relaciones sexuales. El padre de Michael estaba preocupado por su falta de amigos, aunque la Sra. P. no estaba de acuerdo en esto. Su conducta y ejecución en la escuela no presentaban problemas. Michael presentaba una historia de problemas similares a estos. Sus padres tuvieron que asistir a un curso de habilidades para padres y habían estado con anterioridad en terapia de familia. En la sesión de evaluación mantenían firmemente que Michael debía verse en terapia individual porque tenían miedo de que si hablaban sobre algunos temas delante de él le herirían. También dijeron que estaban muy descontentos de su terapia previa porque el terapeuta se centró casi exclusivamente sobre su matrimonio y los problemas con el niño no desaparecieron.

Evaluación del Problema

En este punto, el terapeuta REFT querrá obtener cierta información que revelará las anomalías estructurales en este grupo de personas y ayudará a identificar las creencias irracionales que están manteniendo los síntomas y la estructura disfuncional. Para conseguir esto, el terapeuta debería plantearse las siguientes preguntas:

- ¿Están los padres de acuerdo en la forma en la que intentan resolver el problema?
- ¿Cómo pueden las soluciones ya probadas estar reforzando realmente los problemas del niño en vez de solucionarlos?
- ¿El niño problema tiene un cantidad inapropiada de poder e influencia en la familia?
- ¿Se comportan los padres asertivamente con su hijo?
- ¿Tienen los miembros de la familia algún problema práctico que pudiese estar contribuyendo en el problema presentado (por ejemplo, falta de habilidades de manejo o negociación con el niño, problemas económicos, problemas de comunicación con la escuela, handicaps físicos o neurológicos)?
- ¿Qué suposiciones irracionales podrían estar influyendo en la forma en la que cada miembro de esta familia reacciona al problema y a los otros miembros de la familia?
- ¿Cómo se culpan irracionalmente los miembros de la familia a sí mismos o a los otros por el problema?
- ¿Cómo las creencias del niño mantienen sus síntomas?

El terapeuta REFT elicit las respuestas a estas preguntas cuestionándolas directamente, observando la conducta no verbal de los individuos en la familia y de las interacciones entre los miembros de la familia, y asignando tareas. Algunas de las cuestiones que el terapeuta puede preguntar a la familia directamente serían:

- (A los padres) ¿Discutís este problema? ¿Qué sucede cuando lo discutís?
- Específicamente, ¿qué hacéis cada miembro de la familia cuando se presenta el problema? ¿Qué se ha hecho en el pasado?
- ¿Qué es lo que piensa cada miembro del grupo sobre cuál es la causa del problema?
- ¿Qué piensa cada miembro de la familia sobre lo que se necesita para resolver el problema?
- ¿Qué significan estos problemas para el niño (por ejemplo, él está enfermo, es mano, estúpido, débil)?
- ¿Qué siente y piensa cada miembro de la familia cuando surge el problema?
- (Al niño) ¿Qué sucede a tu alrededor y qué estás pensando cuando experimentas tus problemas?
- ¿Qué quiere cada miembro de la familia de la terapia?

Al observar las conductas no verbales durante la sesión, el terapeuta escucha emociones irracionales e incongruencias entre lo que una persona dice y cómo se comporta. Además, el terapeuta observa la interacción de los miembros de la familia que le proporcionan pistas sobre la estructura familiar y sobre las creencias irracionales. Mientras observa, el terapeuta tiene en mente las siguientes preguntas:

- ¿Quién responde primero?
- ¿Parece un padre más implicado con el niño sintomático?
- ¿Quién habla a quién en la familia?

- ¿Qué tono de voz se utiliza cuando los miembros de la familia se dirigen unos a otros?
- ¿Cómo están sentados los miembros de la familia, y cómo se miran unos a otros?

Finalmente, al asignar tareas, el terapeuta está intentando elicitar datos cognitivos y conductuales que ayudarán más adelante a proporcionar la información que se necesita para establecer la hipótesis sobre lo que está creando y manteniendo el problema. Esta información no se recoge toda de una vez. El terapeuta REFT debe estar preparado para revisar su comprensión del problema durante toda la terapia. A medida que el terapeuta da instrucciones y los miembros de la familia cambian, se activan las creencias irracionales que el terapeuta debe estar preparado para reevaluar y tratar.

Este esquema de recogida de información se utilizó en la evaluación de Michael P. y su familia. Ambos padres dedicaban gran cantidad de tiempo a su hijo cuando experimentaba sus problemas. La madre pasaba horas hablando con Michael sobre sus ansiedades, y contaba que él estaba muy descontento con su padre. El padre invitaba a Michael a participar en actividades con él, pero Michael rehusaba. Una noche, cuando Michael entró en la habitación de sus padres y les acusó de tener relaciones sexuales, ambos le tranquilizaron diciendo que estaban sólo durmiendo y le permitieron dormir en su habitación durante el resto de la noche. A la hora de comer, tanto el padre como la madre le engatusaban suavemente para que se comiese su comida. Ambos padres expresaban gran preocupación de que su niño estuviese emocionalmente perturbado y se pudiese suicidar. La madre pensaba que la causa del problema era que tenía miedo de su padre y que tenía una personalidad «sensible» como la suya. El padre pensaba que Michael estaba demasiado pegado a su madre y permanecía en casa demasiado tiempo. Ambos padres discutían los problemas de su hijo *ad nauseum*, pero no podían decidirse sobre una solución efectiva. Parecían estar confusos sobre las técnicas prácticas de manejo de niños.

Cuando Michael estaba en casa, estaba casi siempre de mal humor, y parecía no haber claramente factores precipitantes identificables. Decía que cuando se dirigía a casa desde la escuela empezaba a sentirse deprimido a medida que se aproximaba a su casa. Decía que era consciente de pensar que su padre era mezquino e injusto y que su madre estaba preocupada e intranquila. Dijo que también pensaba que era terrible tener estos problemas y estar yendo a una clínica de consejo para niños. La madre dijo que ella oscilaba entre sentirse intensamente preocupada por su hijo, irritada con él por tener un problema tal, y después culpada y deprimida. El padre dijo que a menudo sentía culpa, impotencia, y ocasionalmente ira contra su hijo. Los padres dijeron que su hijo necesitaba terapia individual, y Michael dijo que no sabía lo que le ayudaría. Ambos padres afirmaron que su meta al ir a terapia era liberar a su hijo de sus problemas.

Al observar la conducta no verbal de la familia, observé diversos modelos interesantes. La madre tendía a responder a las preguntas antes que nadie, y su cuerpo estaba orientado hacia su hijo. Aunque el niño manifestaba que era bastante desdichado, sonaba muy asertivo y corregía a sus padres cuando estaban hablándose acerca del problema. Los padres no se irritaban con el niño cuando hacía esto sino que se defendían sumisamente. El niño frecuentemente volvía sus ojos y suspiraba.

Formular una hipótesis acerca del Problema

Con esta información, yo formulé una hipótesis acerca del problema. En términos de la estructura familiar, surgió que el niño tenía una gran cantidad de poder e influencia sobre sus padres. De este modo, la jerarquía estaba dada la vuelta porque el niño parecía influir en sus padres, más bien que a la inversa. Determinaba dónde dormía, qué hacían ellos en su cama, y cómo pasaban la mayoría de su tiempo. Además, la frontera entre madre e hijo parecía enmarañada, compartían problemas y preocupaciones comunes y no resolvían los problemas propios. La frontera entre hijo y padre parecía descolgada, porque había poca interacción entre ambos. En las soluciones que habían intentado, los padres estaban inadvertidamente reforzando el problema, porque el niño estaba obteniendo mucho tiempo especial y atención de su madre. Era tratado como si fuese un rey.

Al comprender cómo se mantenía esta estructura disfuncional, el terapeuta REFT buscó los conceptos erróneos de los individuos dentro del sistema familiar. Parecía evidente que cada miembro de la familia tenía creencias irracionales que estaban creando sentimientos angustiosos y provocándolos para comportarse de manera que reforzaban el síntoma. La madre tenía miedos y expectativas irracionales sobre sí misma y su hijo. A veces, creía, «Debo estar preocupada por mi hijo todo el rato y ayudarlo a vencer sus problemas; cuando no lo hago soy un completo fracaso» y «El pobre niño no puede salir de sus problemas; soy terrible por estar tan irritada con él». El marido creía, «Soy un padre sin valía porque mi hijo tiene tantos problemas», «No debo hacer nada que perturbe a mi hijo», y «Mi hijo no debería ser tan difícil de ayudar». El hijo creía, «No puedo aguantarlo si mi padre no actúa exactamente como quiero que actúe», «No puedo ayudarme a mí mismo - no tengo esperanza», «Es terrible para mi madre estar tan perturbada» y «Soy una persona mala, perversa porque tengo todos estos problemas». Además, el niño tenía muy baja tolerancia a la frustración y creía, «No puedo aguantar estar preocupado y ansioso - mi madre debe calmarse inmediatamente». Además, todos los miembros de la familia compartían la creencia irracional de que la fuente y la solución de sus problemas estaba en los otros y que cada uno tenía poca habilidad para controlar la infelicidad que estaban experimentando. Las familias que vienen a la clínica de salud mental frecuentemente echan la culpa de sus problemas unos a otros, a los profesores, a los mayores, a la historia temprana, a las niñeras, e incluso al tiempo atmosférico. Aunque estos factores pueden, de hecho, estar influyendo en activar una dificultad, he encontrado que en general hay un buen número de creencias irracionales operando en las familias con un niño problema.

Al analizar las creencias irracionales de los individuos de la familia, las razones de la estructura disfuncional llega a ser evidente. Cuando los padres se deprimen a sí mismo por un autoabatimiento irracional es improbable que se comporten de forma sintónica con un subsistema parental efectivo. Si su hijo tiene baja tolerancia a la frustración y es bastante exigente y si sus padres creen que su auto-valía depende de conseguir un niño feliz, probablemente cumplirán muchas de las demandas de su hijo. Hasta cierto punto, estos padres viven con miedo de su propio hijo como resultado de las connotaciones que colocan sobre la conducta de su hijo. De este modo, el niño se convierte en el «jefe» y los padres en el «niño».

En la familia de Michael P., los síntomas se mantenían por un ciclo de interacciones en el que a medida que aumentaban las quejas de Michael sobre sus

dificultades, más se trastornasen sus padres y adorasen al niño; y más se repitiese todo esto, más actuaba el niño así. Los padres seguían indecisos y sobreimplicados con él por estar atrapados en sus propios ciclos de pensamiento interno, en el que se despreciaban a sí mismos por irritarse y enfadarse con su hijo. Al analizar el problema de una familia, es útil para el terapeuta REFT buscar los ciclos de pensamiento repetitivos en las mentes de los individuos y los ciclos repetitivos de las conductas entre los individuos.

Además, es útil para el terapeuta REFT estar al tanto de las constelaciones de creencias irracionales que ocurren en las familias con ciertas disfunciones estructurales. Por ejemplo, en la mayoría de las familias donde las fronteras se encuentran enmarañadas, el terapeuta encontrará al menos dos miembros de la familia compartiendo varias de las siguientes creencias irracionales:

- «Es terrible ser diferente de las otras personas de mi familia. No debo pensar, comportarme, o sentirme de forma diferente a la que ellos lo hacen».
- «Es horrible pelear o estar irritado o enfadado con alguno de mi familia».
- «Debo ser capaz de cambiar a los individuos de mi familia».
- No puedo aguantar si alguien de mi familia tiene un problema».
- Sería horrible si un miembro de mi familia nos dejase. Todos nos *necesitamos mutuamente*».

La identificación cuidadosa de las creencias irracionales ayudará al terapeuta a planificar el foco del tratamiento.

Definir Metas

Mis metas para la familia de Michael P. eran que los padres llegaran a ser un equipo efectivo y asertivo al tratar con su hijo y que Michael aprendiera cómo resolver muchos de sus problemas emocionales. Para llevar a cabo esto, tuve que ayudar a los miembros de la familia a identificar, desafiar y recolocar las creencias irracionales que estaban creando sus problemas emocionales e impidiéndoles resolver los problemas prácticos de manejo efectivo del niño. Las metas suenan completamente claras y sencillas; sin embargo, para alcanzar estas metas, el terapeuta REFT debe ser algo creativo al introducir a la familia la noción de terapia y cambio.

Motivar a la Familia para el Tratamiento y Tratar con la Resistencia

Los padres que traen a sus niños a tratamiento a menudo afirman, como en el ejemplo de Michael P., que quieren que su hijo cambie. Al principio del tratamiento, los padres se muestran generalmente muy poco dispuestos a admitir que ellos necesitan tratamiento y a menudo abandonan el tratamiento pronto si el terapeuta intenta demostrarles prematuramente cómo están trastornándose irracionalmente a sí mismos. La literatura de la terapia de familia contiene diversas teorías y metodologías exóticas para tratar con la resistencia de las familias al tratamiento (Hoffman, 1976; Papp, 1977; Selvini, 1978; Watzlawick, 1978). Por ejemplo, Andolfi (1979, p. 123) escribió:

El terapeuta está, por esta razón, inmerso en un *juego* en el que cada esfuerzo por su parte para actuar como agente de cambio es invalidado por el grupo familiar. En términos sistémicos, estas actitudes aparentemente contradictorias derivan del equilibrio dinámico existente entre las fuerzas de oposición y de interacción; la tendencia hacia el cambio, que está implícita en la solicitud de ayuda, y la tendencia preponderante hacia la homeostasis, la cual lleva a la familia a repetir sus secuencias conductuales habituales.

Las técnicas que se sugieren para tratar con este problema incluyen el uso de un equipo de terapeutas y la prescripción de paradojas y contraparadojas.

Desde un punto de vista RET, la resistencia puede entenderse como un racimo de creencias irracionales que se activan cuando los miembros de la familia perciben que el terapeuta sugiere que la familia entera participe en el proceso de cambio. La resistencia puede presentarse al principio de la terapia de familia, cuando el terapeuta intenta implicar a los padres; y a lo largo de la terapia, siempre que el terapeuta dé a la familia tareas específicas. Cuando los padres resistentes llegan a implicarse en la terapia, tienen diversas creencias irracionales que se presentan comúnmente. A veces estas creencias son fáciles de descubrir, y el terapeuta puede entonces desafiarlas directamente. Sin embargo, la resistencia, por su naturaleza, tiende a ser difícil de tratar directamente, y las razones de una resistencia inicial a menudo no se revelan en la terapia hasta más adelante. Los terapeutas deben entonces inferir las creencias irracionales subyacentes.

En el caso de Michael P. ambos padres querían sólo la terapia individual para su hijo. Cuando se les preguntó sobre esto, los padres expusieron las siguientes razones: «Cuando Michael nos oye discutir estos problemas, se trastorna más, y no podemos aguantar cuando se trastorna». Además, la madre indicó que la idea de venir a las sesiones le hacía sentirse deprimida. Cuando le pregunté qué se decía acerca de venir a terapia, dijo: «Supongo que entonces pensaría que los problemas son todos por mi culpa y mi responsabilidad». La respuesta de la Sra. P. omite el componente evaluativo de su autoafirmación, lo que más tarde emergió como sigue «y esto probaría que soy una madre terrible». Esta creencia irracional no es inusual entre los padres de niños remitidos. Las creencias irracionales de los padres que contribuyen a la resistencia al tratamiento familiar incluyen:

- «Es un signo de fracaso completo tener que venir para ser ayudado en los problemas familiares».
- «Los terapeutas podrían preguntarnos acerca de otros problemas que tenemos, y eso sería desastroso».

Los niños de las familias también pueden resistirse al tratamiento, y algunas de sus creencias irracionales comunes son:

- «Si alguien sabe que vengo a este lugar, me moriría».
- «Si mi familia viene aquí a terapia, eso es una prueba absoluta de que soy una persona mala».
- «No quiero cambiar nada porque las cosas podrían resultar peor, y no podría aguantarlo».

El terapeuta tiene al menos dos formas de tratar con esta resistencia al tratamiento. Una forma es desafiar las inferencias y evaluaciones irracionales directamente. En la otra el terapeuta puede también elegir «esquivar» la resistencia. Por ejemplo, el terapeuta puede decir a los padres que su implicación en la terapia es crucial porque son las personas más significativas en la vida del niño y porque ellos, más que nadie en el mundo, son los mejores equipados para ayudar a su hijo. Cuando los padres oyen esto, tienden a pensar que venir a terapia es un honor en vez de una calamidad. Además sugiero que el terapeuta afirme que la meta de la terapia es ayudar al niño a llegar a liberarse de sus problemas y que el terapeuta asistirá a los padres para que ayuden a su hijo. Manifestando las metas de tratamiento de esta forma, el terapeuta es probable que enganche la cooperación de los padres en el proceso de terapia. Habrá muchas oportunidades más adelante en la terapia para enseñar a los miembros de la familia a identificar y a desafiar rigurosamente sus evaluaciones irracionales.

Implementación del Plan de Tratamiento

Una vez que la familia está de acuerdo en el tratamiento, se aconseja al terapeuta que siga estos pasos: (1) negociar la forma y frecuencia del tratamiento; (2) transformar el problema presentado cuando sea necesario; (3) dar tareas conductuales; (4) tratar la resistencia a las tareas; y (5) ayudar al niño remitido a desarrollar estrategias para resolver los problemas de forma independiente.

Negociación de la Forma y Frecuencia de Tratamiento. No es necesario, ni es siempre aconsejable, ver a todos los miembros de la familia conjuntamente al poner en práctica la REFT. Al determinar la forma de tratamiento, el terapeuta debería preguntarse a sí mismo las siguientes cuestiones:

- ¿A través de qué métodos se conseguirán las metas de terapia más eficiente y eficazmente?
- ¿Con qué forma de tratamiento es probable que esté de acuerdo la familia?

Con la familia de Michael P., elegí una forma «mixta» de tratamiento. Les dí a la familia una cita de 90 minutos cada dos semanas. Durante la primera media hora, veía a Michael individualmente, después me reunía con los padres durante los siguientes 45 minutos, y veía a los tres durante los restantes 15 minutos. Esta decisión estuvo basada en mi suposición de que (1) sería más fácil animar a Michael a desarrollar pensamiento independiente y resolución de problemas si lo veía solo; (2) inicialmente, sería más probable que los padres expresaran sus propios sentimientos y pensamientos si se veían libres de la influencia de su poderoso hijo; (3) los últimos 15 minutos darían a los padres la oportunidad de ensayar tratando efectivamente con su hijo; y (4) sería probable que los padres aceptasen este formato.

Transformar el Problema Presentado. Bergner (1979) ha señalado repetidamente que es importante para los terapeutas ser conscientes de que los clientes pueden tener definiciones muy destructivas de sus problemas, lo que les lleva a la

depresión y a soluciones ineficaces. En este caso, Bergner sugiere que el terapeuta intente replantear estas definiciones destructivas del problema por unas más constructivas. Este método es similar a la reconstrucción (Watzlawick, 1974, 1978) y a la connotación positiva (Selvini, 1978). En la REFT, el terapeuta querrá transformar la definición del problema si cree que será más probable que los miembros de la familia lleven a cabo las nuevas soluciones a su problema si piensan sobre él de una nueva forma.

Con la familia de Michael P. creí importante cambiar la inferencia de los padres de que su hijo estaba emocionalmente perturbado, podía suicidarse, y era sobre sensible, porque esta forma de percibir el problema llevaba a una sobreprotección de los padres al niño. Dije a los padres que, basado en la evidencia, parecía claro que su hijo estaba padeciendo la «ansiedad de separación, que estaba precipitada por la aproximación de la adolescencia» y que la única forma de vencer el problema era si sus padres «deseaban y eran capaces de ir apartándole poco a poco de ellos». Aseguré a los padres que este no sería un proceso fácil. Al transformar el problema de esta forma, creé un nuevo camino para que siguiese la familia, un camino que esperaba les llevaría lejos del ciclo contraproducente en el que estaban anclados.

Dar Tareas Conductuales. El conjunto de las metas de las tareas conductuales es dar la vuelta a las jerarquías incongruentes y eliminar los refuerzos que están manteniendo el síntoma. El terapeuta deberá imponer tareas para casa tan simples, tan claras, y tan económicas como sea posible.

Tratar con la Resistencia a las Tareas. Los terapeutas no deberían desanimarse cuando los padres se resisten o sabotean las tareas. En la REFT, esta gran resistencia es el camino Real de las creencias irracionales que están perpetuando el ciclo de interacciones alrededor del síntoma. También, el terapeuta de la REFT debería estar preparado para ayudar a los miembros de la familia a resolver los problemas emocionales y prácticos que pueden salir a la superficie cuando el problema presentado mejora.

En la familia de Michael P., dirigí a los padres a dejar de permitir que su hijo durmiese en la cama de sus padres; dejar de compadecerle, halagarle, y animarle; y aplicar consecuencias positivas si comía sus comidas. Además, se instruyó al padre para disciplinar a su hijo firmemente cuando el niño fuese grosero. Estas tareas eran relativamente simples y sencillas; sin embargo, llevó más de una docena de sesiones antes de que los padres pudiesen poner en marcha cómoda y eficazmente estas nuevas soluciones. Al comienzo de la terapia, la Sra. P. se resistía a la orden de que su marido tomase un control firme de su hijo porque decía que provocaría una desavenencia mayor entre padre e hijo. Fue necesario identificar y desafiar su creencia irracional: «Es terrible si un niño no ama a su padre siempre». Además el padre estaba un poco temeroso de disciplinar a su hijo, diciendo que pensaba que perdería el control de sí mismo y pegaría al niño. Fue necesario enseñar al padre la diferencia entre ira irracional y enojo racional y sugerir algunas técnicas prácticas de manejo de niños.

Aunque al principio parecía como si la Sra. P. estuviese siguiendo las instrucciones de llegar a estar menos implicada con su hijo, pronto llegó a estar claro que esto no era así. La Sra. P. estaba hablando menos con su hijo acerca de la

comida, el sueño, y los problemas sexuales. Michael, sin embargo, era un niño bastante listo y desarrolló nuevos problemas, tales como pelearse con su hermana y su abuela, y la Sra. P. volvía a caer dentro de los viejos modelos de tratarle. Así estuvo bastante claro que algo estaba evitando la Sra. P. al no generalizar las soluciones efectivas. Emergió que la Sra. P. escondía las creencias de que «Si no atiendo siempre a los problemas de mi hijo, seré un mala madre y eso es terrible», y «Debo ser lo opuesto de mi propia madre, que fue negligente y horrible». Al desafiar estas creencias y llegar a alternativas más racionales, la Sra. P. fue capaz de estar más apropiadamente comprometida con su hijo en una variedad de situaciones.

Al trabajar con estos padres, se desarrolló un fenómeno curioso. A pesar de que los problemas de Michael se iban haciendo menos severos, sus padres seguían ligeramente deprimidos y decían que «la situación era desesperante». Gracias a que los padres conservaban un documento objetivo de la conducta de Michael, supe que su respuesta estaba provocada por algo más. Al cuestionar a los padres acerca de sus pensamientos respecto a su situación llegó a ser evidente que estaban evaluándose como fracasados porque ¡su hijo no estaba un 100 % libre del problema! Salió a la luz que ambos padres eran perfeccionistas y necesitaron ayuda para definir metas racionales para sí mismos y su hijo.

Además, la Sra. P. se quejaba de que su marido enfatizaba sus dificultades al tratar con su hijo y nunca reconocía sus éxitos. Al investigar este problema, encontré que la Sra. P. tenía una necesidad irracional de que su marido le aprobase. Sin embargo, el Sr. P. estaba muy asustado por la ira y la desaprobación de su mujer. El Sr. P. estaba preocupado de que cuando ella fuese más dura con su hijo, llegaría a ser más dura con él, no le necesitaría más, y posiblemente le abandonaría. Fue necesario ayudar a ambos padres a desafiar estas creencias antes de que pudiesen trabajar cooperativa, respaldada, y autoritariamente en ayudar a su hijo.

Al comienzo de la terapia con estos padres fui bastante específico en mis directrices. Durante las últimas sesiones, sin embargo, animé a los padres a generar sus propias soluciones a dificultades específicas. Cuando los padres llegaron a estar libres de sus creencias irracionales incapacitantes, empezaron a negociar uno con el otro para desarrollar planes para tratar con la conducta de su hijo. Por ejemplo, durante una de las últimas sesiones, el padre y la madre desarrollaron su propio plan para tratar con el problema de que su hijo evitase el contacto con sus iguales.

Ayudar al Niño Remitido a Desarrollar Estrategias para Resolver Problemas Independientemente. Cuando se trabaja individualmente con el niño remitido en la REFT, el terapeuta debe ayudar al niño a identificar sus técnicas defectuosas de resolver problemas emocionales y prácticos y debe ser consciente de que el niño puede experimentar nuevas dificultades cuando las transacciones en la familia cambien.

Volviendo a nuestro ejemplo, al trabajar con Michael P. descubrí que era bastante «pro» creencias irracionales. Aunque las reacciones de sus padres le habían ayudado ciertamente a mantener su pensamiento y conducta irracional, parecía claro que Michael era un maestro en ayudarse a sí mismo a seguir desgraciado. Mi primer trabajo fue mostrar a Michael cómo vencer su abatimiento por ver a un terapeuta. Michael creía que tenía el demonio dentro porque se sentía enfadado todo el tiempo. Lentamente Michael aprendió que no era el demonio, sino los

pensamientos irracionales, sobre los que tenía control, los que producían su enfado. Además, Michael también creía, como sus padres, que era horrible no amar a un padre. Paradójicamente, cuando Michael aprendió a debatir esta creencia, contó un gran número de interacciones positivas con su padre. Cuando su madre llegó a ser más autoritaria, Michael llegó a estar enfadado y deprimido. Aprendió cómo desafiar sus exigencias y catastrofismo relacionados con este cambio en su relación con su madre. También llegó a darse cuenta de que podría resolver muchos de sus problemas sin la ayuda de su madre.

Uno de los problemas más persistentes de Michael era su falta de amigos. Aunque parecía querer pasar más tiempo jugando con sus iguales, hacía poco para rectificar el problema. Después de gastar considerable tiempo haciendo sugerencias directivas e intentando desafiar su baja tolerancia a la frustración, decidí transformar el problema. Le dije que me parecía que tenía un problema mucho más serio de lo que yo pensaba. Basado en la evidencia, parecía que tenía un miedo profundamente arraigado a la diversión. Su reacción a esta transformación del problema fue bastante dramática: Se enfadó mucho conmigo y en su próxima visita volvió con varios ejemplos de experiencias agradables con amigos.

Terminación de la REFT

La terminación de la REFT tiene lugar cuando los problemas presentados han decrecido y cuando el terapeuta está convencido de que los miembros de la familia han hecho cambios significativos en su pensamiento. Sugiero que el terapeuta REFT delinee una etapa final en la terapia. Esta etapa no dura más que dos sesiones, y las metas son reforzar los cambios que los miembros de la familia han hecho y evitar la futura reactivación de los síntomas. En esta etapa, es muy útil para los terapeutas preguntar a las familias las siguientes cuestiones:

- ¿Cómo explicas los cambios que han ocurrido?
- ¿Cómo podrías volver a recaer en los viejos modelos? Específicamente, ¿cómo tendría que pensar y reaccionar cada uno para volver a la vieja rutina?

Al responder a estas cuestiones, los miembros de la familia demuestran su habilidad para entender cómo han contribuido al problema y si han desarrollado un locus of control más interno. Si los miembros de la familia responden a la primera cuestión diciendo que su niño ha cambiado porque el tiempo es mejor o el profesor es más agradable, entonces el terapeuta sabe que su trabajo no está terminado. Al final de la REFT, los padres a veces solicitan ayuda para dificultades individuales que no están directamente relacionadas con el problema de su hijo. Se sugiere que, si el terapeuta está de acuerdo en continuar trabajando con este padre, se establezca un nuevo contrato terapéutico.

CARACTERISTICAS DE LOS TERAPEUTAS REFT

El entrenamiento teórico en la REFT equipa a los terapeutas con muchas de las habilidades que son necesarias para conducir eficazmente las sesiones de terapia. Los terapeutas de familia necesitan ser (1) directivos y centrados en dirigir las

sesiones; (2) capaces de planear las sesiones; (3) deseosos de desafiar las realidades que aceptan los miembros de la familia; (4) persistentes en animar a la gente a cambiar; (5) capaces de centrarse en métodos orientados en el presente de enfrentar y resolver los problemas y no desviarse por los intrincados de la historia pasada; (6) claramente orientado en las metas; (7) capaz de designar tareas para casa creativas; y (8) deseando hacer un uso flexible de sí mismos para enganchar y motivar a los miembros de la familia (Minuchin, 1974; Haley, 1976; Watzkawick, 1974; Minuchin y Fishman, 1981). Estas son todas las habilidades que son básicas en el repertorio del terapeuta RET (Ellis y Grieger, 1977; Grieger y Boyd, 1980; Walen, DiGiuseppe, y Wessler, 1980; Wessler y Wessler, 1980). Un terapeuta de familia debe ser capaz de no distraerse por el laberinto del contenido que los miembros de la familia presentan durante una sesión. Ya que el terapeuta RET está entrenado en buscar las B subyacentes a las A, es menos probable que se vean absorbidos por los detalles de un problema.

La importancia de que el terapeuta adopte una postura no culpadora se enfatiza frecuentemente en la literatura de terapia de familia (Selvini, 1978; Andolfi, 1979; Minuchin y Fishman, 1981). Stanton (1981) escribió: «Culpar, criticar y usar términos negativos tiende a movilizar la resistencia, como los miembros de la familia reúnen sus energías para rechazar la etiqueta peyorativa. Tales maniobras negativas o depresivas por parte de la familia pueden rendir al terapeuta impotente» (p. 376). Es improbable que los terapeutas RET caigan en la trampa de percibir a algunos miembros de la familia como «víctimas» y a otros como «matones», porque entienden toda la conducta disfuncional humana como resultante de las cogniciones irracionales. De este modo, el terapeuta RET tendería a percibir a los miembros de la familia como «víctimas» de sus propias ideologías individuales irracionales.

RIESGOS Y PELIGROS DE LA REFT

A pesar de las habilidades que un terapeuta RET tiene para trabajar con familias, todavía encara riesgos y peligros potenciales.

Uno de los problemas más comunes es el insuficiente diagnóstico del alcance del pensamiento irracional en los miembros de la familia. Este es un problema particular en las familias en las que uno de los miembros de la familia —a menudo la madre— expresa notoriamente emociones e ideas irracionales mientras los otros miembros de la familia parecen bastante racionales en comparación. Una vez trabajé con una familia en la que la madre estaba claramente auto-abatida e irracionalmente enfadada por sus últimos 4 años difíciles. El padre parecía bastante racional y razonable en comparación con la madre. Gasté considerable tiempo y energía en ayudar a la madre a llegar a auto-aceptarse más, deprimirse y enfadarse menos, y ser más eficaz en las técnicas de manejo de niños. Sin embargo, las estrategias de manejo nunca se mantuvieron mucho tiempo, y los viejos modelos disfuncionales de enfrentamiento volvían a aparecer rápidamente. Cuando eché una segunda mirada al problema, descubrí que este aparentemente razonable marido estaba minando las estrategias porque tenía un buen número de conceptos erróneos acerca de la vulnerabilidad de su hijo, así como expectativas irracionales hacia su mujer.

Otro problema con el que los terapeutas de familia se enfrentan es la tendencia a «instalarle» dentro de la familia si el terapeuta tiende a estar de acuerdo con la

percepción y la definición que sobre el problema tiene la familia y hacer el trabajo de los padres. En otras palabras, el terapeuta llega a ser susceptible de la presión del grupo ejercida por la familia. Por ejemplo, puede asumir el rol del líder de la familia al establecer reglas o poder caer en la trampa desafortunada de actuar como juez de la familia al decidir qué es «justo» o quién está en lo «cierto» o está «equivocado». El terapeuta RET que recuerda los valores y metas básicos de la RET estará algo protegido ante este peligro. Los terapeutas RET están entrenados para asumir que las afirmaciones de los clientes de sus problemas, de ellos mismos y de los otros son raramente descripciones puras; más bien, están coloreadas de inferencias y evaluaciones. Es improbable que los terapeutas acepten estas afirmaciones como «verdaderas» y estén de acuerdo con la percepción y definición de la familia de su problema. También, porque los terapeutas RET creen que la meta de la terapia es enseñar a los clientes a reconocer su responsabilidad en las emociones y en la conducta, no corren e intentan «fijar» los problemas de los clientes.

Otro problema que se presenta ocasionalmente es que un padre denigre al otro por tener creencias irracionales al inferir que tener estas creencias es «malo», «débil» o «disparatado». El terapeuta debe ser capaz de identificar e interrumpir esta interacción rápidamente, porque puede llevar la terapia al fracaso o a un empeoramiento de la situación. El terapeuta puede interrumpir esta interacción desahorizando el concepto de pensamiento irracional y buscando los temas subyacentes a este juego de ventajas tácticas. El terapeuta encontrará a menudo que el compañero «superior» tiene secretamente una multitud de miedos y expectativas irracionales.

RESUMEN

Aunque parezca a veces una tarea complicada y ardua conducir la REFT eficazmente, hay muchos beneficios de trabajar de este modo. En términos de tratar con los problemas relativos a los niños, el enfoque de terapia de familia puede ser muy eficaz. Muchas de las ventajas de hacer la RET en grupos aplicado al trabajo de familias son: Varios miembros de la familia pueden aprender RET a la vez, los miembros de la familia pueden reforzar su propio aprendizaje desafiando sus creencias unos a otros, y las sesiones de terapia de familia pueden funcionar como un laboratorio de la vida en la que los miembros de la familia experimentan con nuevas interacciones. Además, teniendo a los miembros de la familia interactuando juntos, ciertas emociones pueden ser activadas durante la sesión de modo que el terapeuta pueda tratar con ellas directamente.

Trabajando con la familia completa, los miembros de la familia desarrollan una creencia mucho más fuerte en su habilidad de funcionar competentemente y resolver sus propios problemas. Es discutible que si un terapeuta trabaja únicamente con los niños, inadvertidamente refuerza la creencia de los padres de que la solución a sus problemas depende de un agente externo, el terapeuta, por tanto desalienta el desarrollo de un locus of control interno.

Este modelo ofrece un método por el cual el terapeuta puede desenmarañar la tela de araña enredada de creencias e interacciones irracionales que circundan los síntomas, y sugerir una dirección de terapia. Se recomienda que el terapeuta

sea capaz de evaluar tanto los atributos funcionales de la familia como su sistema humano y la estructura cognitiva y emocional individual de sus miembros. Al cambiar las creencias irracionales que sostienen las organizaciones disfuncionales y los ciclos destructivos de interacción, el terapeuta será capaz de ayudar a las familias eficaz y efectivamente a vencer sus problemas presentes y a desarrollar las habilidades necesarias para mantener tales cambios.

REFERENCIAS

- Andolfi, M. *Family therapy: An interactional approach*. New York: Plenum Press, 1979.
- Begner, R. M. Transforming presenting problems. *Rational Living*, 1979, 14(1), 13-16.
- Ellis, A. A. rational-emotive approach to family therapy: I. *Rational Living*, 1978, 13(2), 15-19.
- Ellis, A. A. rational-emotive approach to family therapy: II. *Rational Living*, 1979, 14(1), 23-27.
- Ellis, A. A. Rational-emotive family therapy. In A. M. Home & M. M. Ohlsen (Eds.), *Family counseling and therapy*. Itasca, Ill.: Peacock, 1982.
- Grieger, R., & Boyd, J. *Rational-emotive therapy: A skills-based approach*. New York: Van Nostrand Reinhold, 1980.
- Haley, J. *Problem-solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass, 1976.
- Haley, J. *Leaving home*. New York: McGraw-Hill, 1980.
- Hoffman, L. *Breaking the homeostatic cycle*. In P. J. Guerin (Ed.), *Family therapy: Theory and practice*. New York: Gardner Press, 1976.
- McClellan, T. A. & Stieper, D. R. A structured approach to group marriage counselling. In A. Ellis & R. Grieger (Eds.), *Handbook of rational-emotive therapy*. New York: Springer, 1977.
- Minuchin, S. *Families and family therapy*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1974.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. *Family therapy techniques*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1981.
- Papp, P. The family who had all the answers. In P. Papp (Ed.), *Family therapy: Full length case studies*. New York: Gardner Press, 1977.
- Protinsky, H. Marriage and family therapy: Cognitive and behavioral approaches within a systems framework. *Family Therapy*, 1977, 4(1), 85-91.
- Selvini Palazzoli, M., Boscola, L. Cecchin, G., & Prata, G. *Paradox and counterparadox*. New York: Jason Aronson, 1978.
- Stanton, M.D. Strategic approaches to family therapy. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy*. New York: Brunner/Mazel, 1981.
- Walen, S., DiGiuseppe, R., & Wessler, R. *A practitioner's guide to rational-emotive therapy*. New York: Oxford University Press, 1980.
- Watzlawick, P. *Change*. New York: W. W. Norton, 1974.
- Wessler, R., & Wessler, R. *The principles and practices of rational-emotive therapy*. San Francisco: Jossey-Bass, 1980.
- Young, H. S. «Is it RET?» *Rational Living*, 1979, 14(2), 9-17.

21

Intervención RET en la Población Juvenil: Líneas Generales Sistemáticas y Prácticas*

Michael E. Bernard y Marie R. Joyce

Es bastante interesante observar que hasta este momento se ha publicado sólo otro libro, *Rational-Emotive Approaches to the Problems of Childhood* (Ellis y Bernard, 1983) que haya enseñado cómo la RET y otros enfoques cognitivo conductuales aliados pueden utilizarse para ayudar a resolver los problemas emocionales de los niños y los adolescentes. Mientras ha existido una razonable cantidad de trabajo que debate e ilustra cómo los enfoques cognitivos pueden emplearse para modificar *problemas conductuales* infantiles tales como la agresión y la hiperactividad (por ejemplo, Kendall y Hollon, 1979b), se ha rendido escasa atención en la literatura cognitiva a *resolver problemas emocionales*. Como regla, los teóricos y terapeutas cognitivo conductuales infantiles actúan como si las emociones jugaran un rol pequeño o nulo en los problemas de conducta del niño, y es casi como si estos científicos y practicantes hubiesen olvidado que ¡las emociones existen!

En este capítulo describiremos las etapas tercera y cuarta de la terapia RET: *adquisición de habilidades, y práctica y aplicación*. Después de que se ha acometido la construcción de la relación y la evaluación del problema, el practicante empieza a enseñar las bases de la resolución de problemas prácticos y emocionales, lo que comprende ayudar al joven cliente a llegar a ser consciente de la propia conversación, enseñándole los ABC de la RET, e ilustrando los principios básicos del

* Este capítulo se publicó originalmente en Michael Bernard y Marie Joyce, *Rational-Emotive therapy with children and adolescents* (New York: John Wiley, 1984). Reimprimido con permiso de John Wiley and Sons, Inc.

cambio cognitivo (adquisición de habilidades). Una vez que se han introducido las habilidades básicas de la RET, el practicante cambia el centro de atención para ayudar al cliente a practicar y aplicar estas habilidades en una variedad de situaciones tan amplia como sea posible.

La decisión sobre qué procedimiento de intervención racional-emotivo emplear depende de una multitud de factores, entre los que se encuentran el alcance de los problemas emocionales y prácticos descubiertos durante la evaluación, la «madurez cognitiva» del joven cliente, la buena voluntad del cliente para cambiar, si los padres o profesores están deseando (y son capaces de) participar en un programa de cambio, y el tiempo disponible para la intervención. Por ejemplo, Claudio, de 10 años, fue remitido por ser agresivo, hiperactivo y por un acercamiento negativo a su escuela. El padre de Claudio, un mecánico sin empleo, bebía en exceso y hablaba mal el inglés, mientras su madre, asistenta a tiempo parcial, aparecía extremadamente deprimida como consecuencia de las discusiones familiares continuas, sus largas horas de trabajo, y las circunstancias económicas humildes de su familia. Después de diversos intentos frustrados de intervención familiar, llegó a estar claro que el padre no estaba interesado en cambiar para que su hijo pudiese mejorar, y su madre representaba un «riesgo bajo» para el éxito del counseling familiar. Claudio estaba deseando ver al practicante y, con la ayuda de sus maestros, se implementó un programa cognitivo conductual. Sus profesores establecieron un sistema, tomado del coste de respuesta basado en la escuela, donde Claudio era reforzado y castigado por conductas apropiadas/inapropiadas académico/sociales (los procedimientos de coste de respuesta han demostrado ser más eficaces con niños con desórdenes de control del impulso). Al mismo tiempo, se instituyó un programa cognitivo con los objetivos de animar a Claudio a (1) interpretar situaciones específicas de la escuela más correctamente a través de un análisis empírico de sus conclusiones y predicciones; (2) adquirir conceptos de lenguaje más racional para interpretar y describir las experiencias; (3) desarrollar una imagen más racional de su auto-concepto; y (4) a través del uso de auto-instrucciones verbales ayudar a su acercamiento a su trabajo escolar. Como demuestra esta ilustración, no hay abordajes de «libro de cocina» para aplicar la RET a niños en edad escolar. Para que los practicantes de la RET tengan éxito, será mejor que sean sensibles a las características singulares de cada caso y estar preparados para variar su aproximación de acuerdo con esto.

BASES DE LA INTERVENCION

Objetivos

La RET se dedica en gran parte a enseñar una actitud de responsabilidad emocional, esto es, cada uno de nosotros tiene la capacidad de cambiar cómo se siente. A través de la enseñanza de las habilidades de auto-análisis racional y de pensamiento crítico, la RET instruye a las personas cómo llegar a ser mejores resolutores de sus propios problemas emocionales. La meta principal de la resolución de problemas emocionales es enseñar a los niños y a los adolescentes cómo cambiar los sentimientos inapropiados a unos apropiados. Como Waters (1982a) señala,

Los sentimientos apropiados se generan por creencias racionales, son una respuesta apropiada a la situación, facilitan la consecución de objetivos, y son generalmente moderadas en oposición a reacciones extremas; en cuanto que los sentimientos inapropiados se generan por creencias inapropiadas, son una respuesta inapropiada a la situación, impiden el logro de los objetivos, y son generalmente reacciones extremas. (p. 72)

Ejemplos de emociones inapropiadas e inútiles son aquellas con las que los niños se sienten muy enfadados, enfurecidos, hostiles, deprimidos, y ansiosos, mientras que sentimientos más apropiados serían la irritación, el enojo, la desilusión, la tristeza, la inquietud, y la preocupación.

Para los niños pequeños, los objetivos de la RET pueden expresarse como sigue (Waters, 1981, p. 1):

1. Identificar correctamente las emociones.
2. Desarrollar un vocabulario emocional.
3. Distinguir entre sentimientos útiles y perjudiciales.
4. Diferenciar entre sentimientos y pensamientos.
5. Sintonizar con la propia-conversación.
6. Establecer la conexión entre la propia-conversación y los sentimientos.
7. Aprender afirmaciones de enfrentamiento racional.

Para los niños mayores y los adolescentes, se pueden perseguir un juego de metas más complejo en adición a las ya listadas (Young, 1983):

1. Enseñar los ABC.
2. Debatir «lo horrible».
3. Debatir los «deberías, tienes que y obligaciones» (los imperativos personales).
4. Desafiar «No puedo aguantarlo» (baja tolerancia a la frustración).
5. Enseñar la auto-aceptación.
6. Corregir las percepciones erróneas de la realidad.

Nos gustaría recalcar de nuevo que la RET no dirige a los clientes jóvenes a llegar a ser autómatas pasivos que se ajustan a la a veces pernicioso influencia social de padres y profesores. Un objetivo básico de la RET es señalar a las personas jóvenes a vivir tan cómodamente como sea posible en situaciones que no pueden ser significativamente cambiadas. Ilustraremos cómo a un cliente joven se le pueden enseñar formas diferentes de resolver problemas sobre los que, hasta el momento, no había hecho nada o había tratado de una forma no productiva.

Una Perspectiva de las Estrategias de Intervención

Existen dos aspectos de la actividad cognitiva que pueden llevar a la perturbación emocional y conductual y son corregidos a través de la RET. *Las inter-*

pretaciones y percepciones distorsionadas de la realidad se producen por errores de inferencia y de razonamiento lógico (inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, magnificación y minimización, personalización y razonamiento absolutista/dicotómico), y puede llevar a niveles moderadamente desadaptados de excitación emocional. Las malas percepciones frecuentemente pueden conservarse por las personas como asunciones enfermas acerca de sí mismos y su mundo. Un segundo e importante aspecto, desde un punto de vista de la RET, de actividad cognitiva disfuncional es la evaluación y valoración que los individuos hacen de sus interpretaciones erróneas. Estas *evaluaciones de las interpretaciones*, las cuales pueden ser racionales o irracionales, se percibe que son la principal fuente de perturbación emocional, puesto que las valoraciones racionales de una percepción distorsionada de la realidad no llevará generalmente a niveles extremos e improductivos de excitación emocional.

Un ejemplo proporcionado por DiGiuseppe y Bernard (1983) ilustrará las diferencias entre las inferencias defectuosas que llevan a los errores de interpretación y a las evaluaciones contraproducentes de las distorsiones de la realidad.

George, un niño de diez años, se cambió a un barrio nuevo y no ha encontrado nuevos amigos. Se sienta silenciosamente en el parque del barrio, mientras los otros niños se divierten corriendo. El se siente asustado y su potencial de acción asociado (conducta) es la retirada. Se sienta solo apoyada contra un muro leyendo un libro. Cuando ve a los otros niños venir, George piensa, «Nunca les caeré bien, pensarán que no soy muy bueno en sus juegos y no querrán jugar conmigo, no importa lo que haga». George ha extraído estas inferencias acerca de la conducta de los otros niños. De hecho son predicciones acerca de lo que podría suceder, pero que no han sucedido nunca realmente. Las inferencias no son suficientes para incitar miedo. Algunos niños, aunque no es el caso de George, podrían ser perfectamente felices sentándose y leyendo un libro, pero George evalúa la situación bastante negativamente y de forma catastrófica «Es horrible que no tenga a nadie con quien jugar, debo ser un estorbo si ellos no quieren jugar conmigo». (pp. 48-49).

Los practicantes de la RET deciden sobre la base de la edad y de las metas para un joven cliente si desean que el objetivo del cambio sea la interpretación de la realidad del cliente («Nunca les caeré bien»), lo que Ellis consideraría una solución limitada, o si se desafían las asunciones y creencias evaluativas («Es horrible... Debo ser un estorbo»). De nuevo, una meta perseguida en el tratamiento es enseñar a los clientes a aceptar la vida como viene sin exagerar lo desagradable.

Existen unas cuantas estrategias básicas que los practicantes de la RET emplean típicamente para modificar las interpretaciones y evaluaciones disfuncionales y para enseñar habilidades de pensamiento racional. El *análisis empírico* consiste en que el practicante y el joven cliente trabajen en colaboración para designar un simple experimento de evaluación de las interpretaciones de la realidad del cliente (Ellis, 1977; DiGiuseppe, 1981). Al llegar a una *solución empírica*, se evalúa la «veracidad» de la inferencia del cliente, esto se pone en práctica a través de la recolección de datos por parte del cliente con los que el practicante esté de acuerdo en que serían suficientes tanto para confirmar como para rechazar la asunción del cliente. En el caso de George, George y el practicante pudieron definir aquellas reacciones

de los otros niños que indicarían que George era agradable y aquellas que sugerirían que era desagradable. Después George pudo evaluar su predicción de que «No caeré bien y no jugarán conmigo» iniciando un número limitado de contactos con los niños del barrio que le permitiesen saber si, de hecho había alguna evidencia que apoyara sus conclusiones interpretativas contraproducentes de que sería rechazado. Si se recogía poca o ninguna evidencia que apoyara la conclusión de George, entonces, se esperaba, que disminuyese su ansiedad hasta el punto de que se sentiría libre y más relajado para empezar otros contactos. El practicante podría señalar el hecho de que el pensamiento de George era incorrecto y podría ayudarle a volver a plantear sus ideas más objetivamente.

Un segundo enfoque cognitivo básico para cambiar las cogniciones es lo que Ellis llama el *debate filosófico* y que es el núcleo y distintivo de la intervención RET. El debate puede plantearse en varios niveles de abstracción (DiGiuseppe y Bernard, 1983). Se puede enseñar al cliente a cuestionar las evaluaciones específicas de las interpretaciones particulares examinando el contenido (y los conceptos) irracionales contenidos en la evaluación. Esta forma limitada de debate es apropiada para los niños que no son capaces de debatir conceptos y creencias irracionales en abstracto. George pudo ser capaz de evaluar racionalmente su evaluación del rechazo social debatiendo los conceptos de «horrible» y «estorbo» en el contexto de la presentación del problema, mientras que debatir conceptos tales como «exageración» y «auto-aceptación» como se aplican en el caso general estarían más allá de su control. Si George tuviese 12 años, podría ser un mejor candidato para una consideración y aplicación más general del debate filosófico a los conceptos y creencias irracionales que subyacen a sus evaluaciones negativas.

Tanto el análisis empírico, como el debate filosófico, en cualquier nivel que se aplique, constituyen los componentes básicos de las habilidades de *pensamiento racional* enseñados en la RET. Existen otros dos enfoques generales que los practicantes de la RET emplean frecuentemente. Las *auto-afirmaciones racionales* (De Voge, 1974; DiGiuseppe, 1975) son suministradas por el practicante al cliente para ensayar y utilizar posteriormente en las situaciones que tienden a ocasionar en el cliente niveles inapropiados de afectividad. Los contenidos de las auto-afirmaciones incorporan conceptos racionales y ayuda al cliente a vencer cualquier emoción que esté interfiriendo con la conducta. A George se le pudo instruir a través del modelado a verbalizar de forma encubierta auto-afirmaciones que rivalizasen con su ansiedad social: «Relajado, George, se acerca y se presenta a sí mismo. No te preocupes, puedes hacer frente a cualquier suceso; eres valiente».

Otro proceso cognitivo que es cada vez más empleado por los practicantes de la RET con clientes jóvenes es la imaginación racional-emotiva (IRE). Este método consiste en pedir al joven cliente que recree tan vividamente como le sea posible en su mente una imagen mental de una situación en la que experimenta una reacción emocional extrema. Cuando el sentimiento llega a ser tan fuerte como sea posible, se pide al cliente que intente cambiar ese sentimiento tan extremo (ocho, nueve, o diez sobre el termómetro del sentimiento) a un nivel más moderado (cuatro, cinco o seis). Por ejemplo, el cambio podría producirse desde la ansiedad extrema a la preocupación e inquietud moderada. Cuando el cliente es capaz de hacer esto, se señala que la forma en la que el cambio emocional tuvo lugar fue a través de un cambio en los pensamientos. La IRE puede emplearse tanto durante las fases de *construcción de habilidades* como de *práctica y aplicación* de la RET.

Además de estos cuatro enfoques cognitivos, los practicantes de la RET, enseñan *habilidades de resolución de problemas prácticos* para ayudar a los clientes jóvenes a resolver problemas prácticos que no son emocionales (no saber que hacer en una situación, estar exageradamente agresivo). La resolución de problemas prácticos puede variar desde ayudar a los niños más jóvenes a pensar acerca de diferentes alternativas (y sus consecuencias) para manejar un problema *específico*, hasta desarrollar un juego más amplio de estrategias cognitivas de pensar y resolver problemas en general (Spivack y Shure, 1974). Ya que George tiene sólo 10 años, el énfasis se colocaría en animar, y, si es necesario, enseñar habilidades de hacer amigos que pudiese usar para resolver su problema.

ADQUISICION DE HABILIDADES

Describiremos ahora con cierto detalle el flujo de la intervención racional-emotiva, comenzando con la decisión, hecha por el practicante como consecuencia de la evaluación RET, de que el joven cliente «tiene un problema». Es en este punto cuando se enumeran las diferentes cogniciones, emociones, y conductas que tienen que ser cambiadas y se establecen de manera tentativa las metas para las sesiones iniciales, intermedias y finales. De hecho resulta que desde esta visión se entretejen la evaluación y la intervención. Cuando el joven cliente empieza a internalizar cualquier nivel de complejidad de los ABC de la RET y cuando se desarrolla la relación terapéutica, la calidad del detalle introspectivo proporciona mejoras y llega a estar más clara la identificación específica de las cogniciones automáticas y de las creencias irracionales. De este modo, las metas específicas para un joven cliente se modificarán necesariamente en respuesta a la nueva información descubierta durante la intervención. Cuando surgen nuevos problemas el practicante continúa evaluando, como preludio a la intervención, las relaciones entre cogniciones, sentimientos y conductas.

En la discusión que sigue ilustramos cómo se logran las metas de la RET que acabamos de describir tanto para niños como para adolescentes. El practicante se guiará, en cuanto al nivel en el cual se introducirá la RET, por la variedad de factores mediadores que hemos enumerado ya.

Insights Básicos para el Cliente más Joven

Antes de que el practicante empiece a enseñar las habilidades emocionales y de resolución de problemas, lo más importante es hacer que los jóvenes clientes conozcan que no sólo los cambios en sus emociones y conductas son posibles, sino que también son deseables (DiGiuseppe, 1981). Muchos niños pueden concebir sólo una forma de tratar con y de sentirse en una situación, y algunos encuentran revelador aprender tanto la posibilidad de líneas de acción alternativas como de cambio emocional.

Muchos niños conocen pocas palabras para las emociones, y un vocabulario restringido puede limitar su habilidad para conceptualizar una situación. DiGiuseppe (1981) nos lo cuenta:

Recientemente, mientras discutía la reacción depresiva de una niña por la pérdida de algunos de sus privilegios, hice la sugerencia de que podría haber pensado y sentido de forma diferente en la situación de lo que decía. La niña respondió, «¿Te pasa algo? ¿Quieres que me sienta feliz con esto?» La niña sólo conceptualizaba como posibles reacciones la felicidad o la tristeza. Frecuentemente el esquema de los niños sobre las reacciones emocionales es dicotómico y se ve limitado a los constructos de feliz-triste o feliz-furioso. Será imposible convencer a un niño para que cambie sus pensamientos automáticos si el niño cree que el terapeuta quiere que esté a gusto con una situación que obviamente es negativa. (pp. 58-59).

Estamos de acuerdo con DiGiuseppe en que uno de los primeros pasos en la terapia cognitiva con niños es proporcionarles un esquema que incorpore un continuo de respuestas y sentimientos, y contenga un vocabulario para estas reacciones.

Al introducir la idea de que uno no siempre tiene que sentirse de la misma forma, y que los sentimientos pueden variar de intensidad desde débil (un poco) a fuerte (lo máximo), encontramos instructivo para los niños más pequeños que coloquen sus manos y brazos bastante juntos para indicar un sentimiento que altera poco y separar sus brazos tanto como puedan para expresar una alteración extrema.

Al debatir las consecuencias negativas de la conducta presente en relación a las consecuencias positivas (o consecuencias menos negativas) que pueden derivar de alternativas diferentes, a veces proporciona a los jóvenes clientes con una «salida» a una situación problemática crónica que habían estado buscando desesperadamente. Grieger y Boyd (1983) ilustran en la Figura 21-1 cómo puede emplearse un diagrama para enfatizar la relación entre niveles variados de alteración y consecuencias positivas y negativas. En conjunción con tal actividad, a menudo es útil explicar al cliente, como sugiere Virginia Waters, que estar muy alterado es como estar en una «confusión emocional» y que hasta que uno no se calma, uno no será capaz de ver cómo resolver mejor un problema dado.

Por ejemplo, Craig, de 13 años, se ponía muy enfadado cuando el conductor del autobús le decía que tenía que sentarse en el asiento y no en el brazo del asiento.

- TERAPEUTA: Bien, ¿Cuánta ira, de 1 a 10, sentiste ayer en el autobús cuando el conductor se volvió hacia tí y te dijo que te sentases?
- CLIENTE: Casi 10 (Los brazos abiertos en extremo).
- TERAPEUTA: Y ¿siempre te sientes enfadado cuando te dice que te sientes?
- CLIENTE: Sí.
- TERAPEUTA: Y ayer ¿te apeaste del autobús, cruzaste el río y cogiste el tren a casa?
- CLIENTE: Uh-huh.
- TERAPEUTA: ¿Siempre sientes algo diferente cuando se mete contigo?
- CLIENTE: No.
- TERAPEUTA: ¿Qué piensas que sucederá si continúas enfadándote con el conductor?
- CLIENTE: No sería capaz de coger el autobús.
- TERAPEUTA: ¿Eso es una cosa mala o buena?
- CLIENTE: Mala.
- TERAPEUTA: Bien, te enseñaré cómo puedes hacer para ponerte menos enfadado —vete diciendo desde el 9 hasta el 6— y sintiéndote menos enfadado, con esto se espera, serás capaz de seguir subiéndote al autobús.

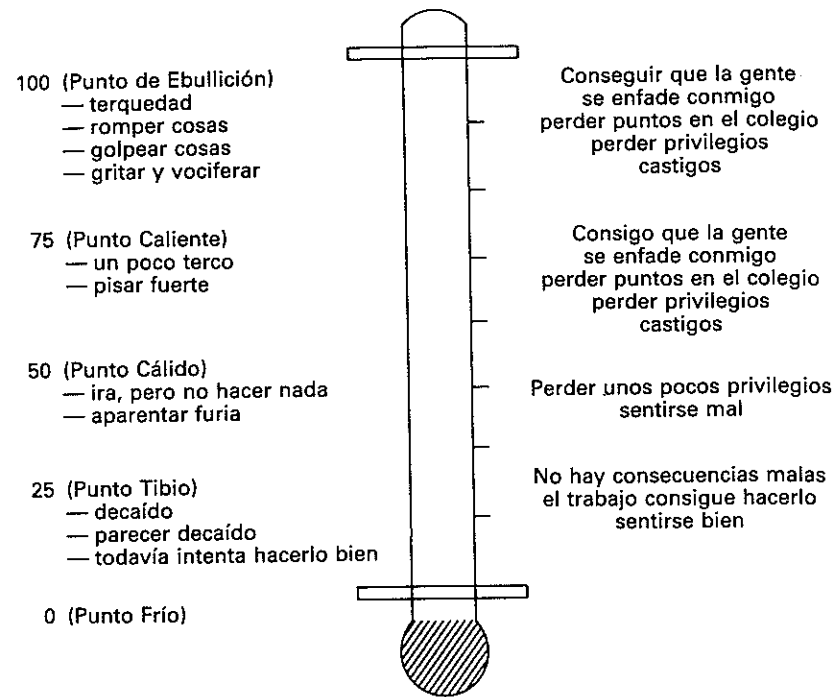


Figura 21-1 Termómetro de furia de Jeff (tomado de Grieger y Boyd, 1983).

Enseñando los ABC de la RET

Después de que un joven cliente es consciente de la posibilidad y la deseabilidad de cambiar, el siguiente paso, es a menudo, enseñar los insights básicos de la RET relativos a pensamientos, sentimientos y conductas. Antes de instruir realmente al joven cliente en los ABC, lo más importante es que posea alguna comprensión de las emociones. Los niños de todas las edades varían mucho en su habilidad para comprender y expresar emociones. A menudo se presenta el caso de que un joven cliente es incapaz al principio de expresar lo que siente, sólo identifica lo que otros están sintiendo. El practicante tendría que estar seguro de que el joven cliente tiene un buen dominio de los conceptos emocionales y es capaz de expresarlos antes de continuar.

Una buena forma de incrementar el conocimiento emocional es que el joven liste todos los sentimientos que conozca como forma de evaluar su vocabulario emocional. Después puede animarse al cliente a expresar, tanto verbal como no verbalmente, los diferentes sentimientos que puede haber experimentado en diferentes situaciones y, si es posible, proporcionar sus pensamientos y auto-conversación en estos momentos. Waters (1982a) ha sugerido varias técnicas para extender el insight emocional. Sugiere que pueden usarse unas tarjetas con una emoción escrita en cada una de ellas en una amplia variedad de maneras. «El terapeuta y

el niño pueden jugar a las adivinanzas donde cada uno por turno representa la emoción de una tarjeta elegida y el otro tiene que adivinarla, o inventando historias sobre cada emoción. Es posible examinar las tarjetas emocionales y preguntar al niño qué emociones ha experimentado esa semana» (p. 575). Waters también sugiere que los jóvenes pueden jugar a ser un *detective emocional* y observar cómo diferentes persona manejan diferentes sentimientos.

Para niños mayores y adolescentes que demuestran suficiente nivel de conocimiento emocional, es posible empezar bastante rápidamente a enseñarles, empleando variedad de estrategias, métodos y técnicas, que el insight básico de la RET es que los pensamientos, y no las personas o los acontecimientos, causan a las personas sentirse (y comportarse) como lo hacen. Los principios y los insights corolarios incluyen que los sentimientos proceden de los pensamientos; que diferentes pensamientos llevan a diferentes sentimientos; que los pensamientos agradables/desagradables llevan a sentimientos agradables/desagradables, y que si alcanzas demasiada perturbación por algo, es muy difícil hacer algo para mejorar la situación.

Para ilustrar estos principios básicos de la RET, el practicante puede empezar preguntando a los más jóvenes una cuestión. El practicante puede pedir al más joven que piense acerca de por qué los niños de características similares reaccionan de formas tan diferentes ante la misma situación. Si una situación, un acontecimiento, o un suceso *causa* nuestras emociones, entonces deberían tener el mismo sentimiento en la misma situación. Un ejemplo concreto sería: si nieva, algunos jóvenes son felices, otros están enfadados, y otros se asustan. «Por qué», se pregunta al cliente, «¿dónde está la diferencia?». Algunos jóvenes proponen la respuesta de que deben estar pensando o imaginando cosas diferentes. «¡Correcto!» dices (o sugieres la respuesta si el cliente no ha podido) y explicas que la felicidad de unos es probablemente por que piensan que no van a tener que ir al colegio, el enfado de otros es porque piensan que sus padres les forzarán a llevar botas y guantes, y los otros que están preocupados tienen miedo de que sus autobuses escolares puedan salirse de la carretera. Otra forma de ilustrar este principio es descubrir cómo nuestros sentimientos acerca de algo o alguien pueden cambiar si nuestros pensamientos cambian. Knaus (1974) propone el ejemplo de una joven que se pone enfadada cuando un desconocido le empuja o choca con ella, pero, al observar que el desconocido era ciego siente tristeza y culpa. El practicante pide a la joven que suministre algunos de los pensamientos que pudieron llevarle a la ira versus, aquellos que pudieron llevarle a la tristeza o culpa. El practicante proporciona éstos si la joven tiene dificultades para hacerlo. Los niños pueden requerir muchas experiencias e ilustraciones concretas antes de que ellos se apoderen de los factores esenciales de los ABC. Finalmente, S.R. Harris (1976) proporciona la siguiente ilustración de cómo enseñar a grupos de niños que el mismo suceso produce diferentes sentimientos en diferentes niños:

(Nosotros pedimos) a los niños que evalúen sobre un continuo de -5 (muy negativo) a +5 (muy positivo) cómo se sienten acerca de cosas tales como grandes perros, comer espinacas, y por los truenos y los relámpagos. Encontramos una amplia variedad en las respuestas emocionales (punto C) al mismo suceso (punto A). Por ejemplo, uno o dos niños tenían intensos sentimientos negativos sobre los grandes perros, algunos tenían sentimientos positivos y

otros tenían sentimientos menos intensos o neutrales. Los niños compartieron sus pensamientos acerca de los grandes perros tales como «Realmente me gusta ver grandes perros, ¡me siento muy atraído por ellos!» o «No me gusta verlos, ¡tengo miedo de los grandes perros!». A través de las discusiones les ayudamos a comprender que lo que ellos estaban pensando afectaba a cómo se sentían acerca de los acontecimientos en sus vidas. (p. 118)

Al enseñar la base del modelo ABC, a menudo es útil usar un gráfico para ilustrar la relación entre los sucesos activadores, los pensamientos (auto-conversación), y las consecuencias. Frecuentemente usamos un gráfico de «sucesos-pensamientos-sentimientos-conductas» tal como el de más abajo para enseñar el insight básico de la RET que cuando (1) algo te sucede, (2) piensas lo que sucedió, (3) los pensamientos te llevan a un sentimiento, y (4) el sentimiento afectará a cómo reaccionas.

Qué sucedió	¿Qué fue lo que pensaste?	¿Qué fue lo que sentiste?	¿Qué hiciste?

Aun cuando generalmente se cree que tanto el practicante como el cliente comparten «una visión cognitiva similar de los problemas psicológicos y hablan en un lenguaje común basado cognitivamente» (Sutton-Simon, 1981, p. 68), ocasionalmente es bastante posible —especialmente cuando se trabaja con niños muy pequeños— evaluar y modificar las auto-afirmaciones sin debatir con el cliente la razón fundamental subyacente. Por ejemplo, consideramos a Richard, un niño de tercero de EGB, que era visto con frecuencia gritando después del colegio cuando su madre llegaba tarde a recogerlo. Después de determinar que no existían circunstancias atenuantes en casa y que Richard no tenía problemas importantes excepto preocuparse de vez en cuando sobre la calidad de su trabajo, se decidió que un contacto RET limitado podría conducir a una solución. Se vio a Richard durante dos breves sesiones de 10 minutos en un período de una semana. Durante la primera sesión, se pidió a Richard que describiera sus pensamientos mientras esperaba a su madre. Replicó en este sentido «Que si Mamá se olvida de nuevo, estaré abandonado a mi suerte, totalmente solo». Pareció claro sin explorar las creencias subyacentes que las auto-afirmaciones relativas a estar olvidado y solo contribuían en gran medida a sus sentimientos de preocupación. Se le dijo a Richard que una forma de sentirse mejor era decirse a sí mismo mientras esperaba a su madre, «No importa si tengo que esperar un poco; no seré olvidado por mucho tiempo, alguien vendrá a por mí; puedo hacerle frente». Richard practicó diciéndose este diálogo en voz alta y se le dijo que lo repitiese si tenía que esperar después del colegio. Durante la siguiente semana, los diversos profesores de guardia contaron que Richard no gritó, incluso aunque su madre llegó tarde un par de veces.

Richard dijo que estaba menos preocupado, y cuando le pregunté por qué, replicó, «Me digo a mí mismo, puedo hacerle frente, y que Mamá estará aquí pronto». Dos meses más tarde, se vio de nuevo a Richard e indicó que ya no estaba preocupado por ser abandonado un rato después del colegio. No se hizo ningún intento para enseñar a Richard la relación entre pensamientos y sentimientos. Los niños de la edad de Richard y más pequeños a menudo están deseando tanto aprender a cambiar completamente sus pensamientos como están deseando cambiar sus ropas para una clase de educación física.

Como un prerrequisito para enseñar a los clientes jóvenes cómo desafiar y debatir las creencias irracionales, a veces es necesario que los conceptos de «racional» e «irracional» se enseñen formalmente. Al trabajar con clientes jóvenes y especialmente con niños, Waters (1982a) sustituye los términos «útil» y «perjudicial» o «productivo» e «improductivo» por creencias. Su explicación de estos términos es como sigue:

Las creencias racionales se siguen de la realidad, realzan al individuo, son aptas para llegar a conseguir las metas, y tienen como resultado emociones apropiadas; mientras que las creencias irracionales no se siguen de la realidad, son contraproducentes para uno mismo, generalmente bloquean la consecución de las metas, y dan lugar a sentimientos inapropiados. (p. 572)

Existen diversas técnicas instructivas que empleamos cuando enseñamos estos conceptos (ver Bernard, 1975; Bernard, 1977). Generalmente presentamos una definición de cada concepto (Knaus, 1974):

Pensamiento racional: Una idea sensible y lógica que parece ser verdad.

Pensamiento irracional: Una idea no razonable o absurda que parece ser falsa.

Después proporcionamos ejemplos y no-ejemplos de los pensamientos racionales e irracionales. Al más joven se le proporciona unas hojas de trabajo instruccional donde se le ofrecen ejemplos prácticos para clasificar (ver Tabla 21-1). Se

TABLA 21-1 Ejercicios de Instrucciones para Enseñar los Conceptos *Racional e Irracional*

Instrucciones: Coloca una marca (X) en la línea de puntos debajo de la palabra racional o irracional dependiendo de si piensas que el pensamiento es racional o irracional. (Recuerda: ¿Es el pensamiento sensible y veraz, o es absurdo y falso?)

	Racional	Irracional
1. Nadie en el mundo será nunca mi amigo.	_____	_____
2. Sería el más feliz del colegio si fuese el mejor en mi trabajo.	_____	_____
3. Nunca haré nada bien.	_____	_____
4. Si hago esto mal en mi trabajo, nunca seré bueno en nada.	_____	_____
5. Todo el mundo me odia.	_____	_____
6. Deseo tener más amigos en la escuela.	_____	_____
7. No puedo aguantar hacer los deberes.	_____	_____
8. Deseo poder jugar al fútbol tan bien como lo hace John.	_____	_____

proporcionan apuntes, explicaciones y feedback verbal. Cuando el más joven demuestra que puede discriminar entre pensamientos racionales e irracionales, se le dirige a aplicar estas habilidades intelectuales al análisis de las características de sus propios pensamientos.

Al trabajar con niños mayores y adolescentes, es deseable enseñarles una estrategia de «debate» o «desafío» para decidir si sus pensamientos son racionales o irracionales. Definimos el desafío como «Cuestionarse uno mismo para ver si su pensamiento es racional o irracional» y enseñamos que «Para averiguar si un pensamiento es racional o irracional, pregúntate "¿Tengo suficiente evidencia para decir que el pensamiento es verdadero?"». Si existe, el pensamiento es racional, si no, el pensamiento es irracional. Esta estrategia se utiliza al enseñar los fundamentos del análisis empírico y del debate filosófico. Waters (1982a) sugiere que los niños pueden aprender a desafiar sus creencias irracionales preguntándose y contestando a la siguiente serie de cuestiones:

1. ¿Está esta creencia basada en un hecho, una opinión, una inferencia o una suposición? ¿Dónde está la evidencia de que esto es realmente así?
2. ¿Es realmente horrible? ¿Es verdad que no podría aguantarlo? ¿Es lo peor que podría pasar?
3. ¿Está esta creencia consiguiéndome lo que yo quiero?
4. ¿Por qué no debería ser así? ¿Siempre tengo que conseguir lo que quiero?
5. ¿Dónde está la evidencia de que esto me hace perder valor? ¿Cómo puede hacerme esto perder valor o ser menos que humano? (p. 576)

Una vez que se ha enseñado al joven la diferencia entre racional e irracional, a veces es instructivo demostrar a través del uso de ejemplos de la vida del practicante y de la del cliente las consecuencias del pensamiento racional e irracional. Waters (1982b) sugiere el juego de «Qué pasaría si» para explorar las consecuencias de «la exigencia» y «el catastrofismo»:

¿Qué pasaría si tu exigieses que deberías conseguir siempre tu propósito? (1) ¿Qué sentirías? (2) ¿Qué harías? (3) ¿Cómo te responderían los otros? (4) ¿Sería más probable que consiguiesses tu propósito que si no hubieras hecho esta demanda? Por otra parte, ¿qué sucedería si pensases que te gustaría conseguir tu propósito siempre, y que no podrían aguantar si no lo consiguiesses? (1) ¿Cómo te sentirías? (2) ¿Qué harías? (3) ¿Cómo podrían responderte los demás? (p. 20)

Resolver Problemas Emocionales

En esta sección detallaremos un número de procedimientos de cambio cognitivo básico usados en la RET.

Auto-afirmaciones Racionales. Con niños pequeños, el procedimiento de cambio más común utilizado para resolver las dificultades emocionales es la auto-instrucción racional. Este método es relativamente sencillo de emplear. El practicante (a veces con la ayuda del joven cliente) redacta un juego de auto-afirmaciones

útiles que el cliente puede sustituir en la auto-conversación más perturbante usada en una situación problemática. Waters (1982b) ilustra la elicitación de la auto-conversación útil y perjudicial como prelude para enseñar a un cliente de cuarto de EGB el uso de las auto-afirmaciones racionales para combatir su miedo de dormir en la casa de una amiga.

TERAPEUTA: Vamos ahora a trabajar en ello. Existen ciertas cosas que puedes decirte para crear ese sentimiento temido. Hagamos una lista de aquellos pensamientos perjudiciales que crean ese malestar general, ese nudo en la garganta y esas ganas de «gritar». Una vez que identifiquemos esas cosas perjudiciales entonces podemos hacer una lista de las cosas útiles que puedes decirte, de modo que puedas aliviarte y hacer que te sientas mejor. (El terapeuta saca papel y lápiz y escribe «Pensamientos Perjudiciales»). Hagamos primero una lista de las cosas perjudiciales que puedes decirte para crearte ese sentimiento temido. Si puedes identificarlas, podremos después inocularte contra ellas. Supón que estás en la casa de tu amiga. ¿Cuáles serían algunos de esos pensamientos perjudiciales?

CLIENTE: Bien, generalmente me siento peor si me he olvidado mi animal de trapo, Snoopy, porque me alivia.

TERAPEUTA: Así que una podría ser: «Es horrible, olvidé mi Snoopy» (escribiendo debajo).

CLIENTE: Yeah.

TERAPEUTA: Sería horrible si todo el mundo se durmiese antes que yo.

CLIENTE: Yeah y sería horrible si los padres de mi amiga saliesen y me dejasen sola, o sería horrible si me llamase mi madre para decirme buenas noches y ella no estuviese en casa; y no se me ocurre nada más. Esas son las cosas principales.

TERAPEUTA: Ahora lo que vamos a hacer es alcanzar la comodidad, cosas útiles que puedas decirte para sentirte mejor cuando estés durmiendo en la casa de tu amiga (El terapeuta escribe «Pensamientos Útiles» sobre el papel).

CLIENTE: Imagino que podría abrazar a mi Snoopy y fingir que él está confortándose.

TERAPEUTA: ¿Qué cosas fingirías que Snoopy te estuviese diciendo para que te confortase?

CLIENTE: Bien, probablemente haría que dijese que estoy realmente segura y que nada malo puede suceder, y probablemente me quedaría dormida pronto y me sentiría mejor.

TERAPEUTA: ¿Qué estarías haciendo para sentirte mejor?

CLIENTE: Me confortan los pensamientos supongo.

TERAPEUTA: Bien. Y ahora lo que me gustaría hacer es darte una oportunidad para que practicases diciéndote esas cosas útiles, las cosas que te alivian, de modo que cuando estés en la casa de tu amiga sea más fácil que uses lo que acabas de aprender para sentirte mejor.

CLIENTE: Creo que no voy a ser capaz de hacer eso a menos que esté realmente en la casa de una amiga.

TERAPEUTA: Puedes anticiparte, y de este modo estarás en una posición mucho mejor para parar los pensamientos perjudiciales y decir los pensamientos que te confortan cuando llegue la ocasión.

CLIENTE: Sabes, pienso que he estado pensando anticipadamente demasiado y diciéndome «qué pasaría si» demasiadas veces.

TERAPEUTA: Si, «qué pasaría si» es una buena pregunta si quieres preocuparte y asustarte, porque «que pasaría si» crea cantidad de incertidumbre. Algo importante para recordar acerca del «qué pasaría si» es que si te lo preguntas estés segura de contestar la pregunta. Por ejemplo, si te preguntas, «¿Qué pasaría si ella se duerme primero?» puedes contestarte diciendo, «Bien, si mi amiga se queda dormida primero es demasiado malo, intentaré relajarme y quedarme tranquila hasta que me quede también dormida. De modo que eso no sea tan malo. (pp. 12-13).

El practicante explica a la niña que diciéndose estas cosas nuevas al empezar a sentirse intranquila le permitirá sentirse mejor y ser más feliz. La «auto-conversación es útil» es típicamente modelada por el practicante y después ensayada anticipada y silenciosamente por el joven, al que se le pide que imagine que está en la situación inquietante. Lo más importante es que el practicante refuerce al cliente positivamente tanto durante el tiempo en que las auto-afirmaciones racionales se están aprendiendo, como cuando el cliente en sesiones posteriores narre que hizo un intento y/o logró un éxito al emplear las afirmaciones fuera del despacho del practicante. También se anima al joven a proporcionarse auto-refuerzo en la forma de una imaginaria «palmadita en la espalda». Unos cuantos ejemplos ilustrarán las aplicaciones de las auto-afirmaciones racionales.

Kanfer, Karoly y Newman (1975) emplearon las siguientes auto-afirmaciones racionales con niños de seis y siete años que tenían miedo de la oscuridad.

Ejemplo A: «Soy un niño valiente. Puedo cuidar de mí mismo en la oscuridad».

Ejemplo B: «La oscuridad es un lugar divertido para estar. Hay muchas cosas buenas en la oscuridad».

Encontraron que las auto-afirmaciones racionales (Ejemplo A) que enfatizan la competencia del niño para tratar con la experiencias de angustia inducida de exposición a la oscuridad daba como resultado la mayor tolerancia a largo plazo.

DiGiuseppe (1981) expuso el uso de entrenamiento auto-instruccional con una niña de seis años de la que contaba su madre que estaba profundamente deprimida por el divorcio de sus padres:

El padre de Paula visitaba a la niña cada domingo. Cuando terminaba la visita Paula lloraba por perder a su papá. También lloraba a menudo durante la semana, alegando la misma razón. Se ideó el enfrentamiento con afirmaciones para ayudar a Paula a evitar la depresión y los lloros. Si sentía que iba a empezar a llorar se instruyó a Paula para que dijese: «Mi papá me quiere y le veré la próxima semana». Usando muñecas y marionetas el terapeuta representaba escenas donde un padre y una hija se decían adiós y se separaban. En cada separación la niña usaba enfrentamiento de afirmaciones y seguía la conducta apropiada de no llorar. Después se le pidió a Paula que tomase el rol de la niña y usase el enfrentamiento de afirmaciones en escenas similares. Después de sólo dos sesiones, cesó por completo el que Paula llorase después de la visita de su padre y no volvió a ocurrir en tres meses, hasta que la volvimos a ver en una entrevista de seguimiento. (pp. 61-62).

En este caso, puede verse que aunque las auto-afirmaciones racionales pueden funcionar eficazmente para moderar la intranquilidad emocional en una situación específica, no se esperará que se transfieran a emociones o situaciones problema.

Bernard, Kratochwill, y Keefauver (1983), combinaron el uso de auto-instrucción racional con el debate filosófico para producir una reducción en la conducta de arrancarse pelo de una chica de 17 años. El entrenamiento en el debate pretendió cambiar las creencias, pero esto era a la corta insuficiente para eliminar totalmente la conducta; ocurrieron cambios moderados en la frecuencia de arrancar pelo durante, de cuatro a ocho semanas. En este punto, el practicante modeló cognitivamente un juego de auto-instrucciones que tomaron la forma de un diálogo de resolución de problemas empleado en el entrenamiento auto-instruccional. Un ejemplo de las auto-afirmaciones que la cliente internalizó progresivamente fue el siguiente:

DEFINICION DEL PROBLEMA:	«¿Qué debo hacer?»
APROXIMACION AL PROBLEMA:	«Voy a construir una burbuja protectora alrededor de mi, de modo que nada me preocupe hasta que consiga hacer mis deberes».
FOCO DE ATENCION:	«Debería prestar atención a mi cometido. ¿Cuál es la siguiente cosa que tengo que hacer?».
AFIRMACIONES DE ENFRENTAMIENTO:	«Oh, estoy empezando a estar preocupada por la escuela... y acabo de arrancarme un pelo. Sé que si me relajo y me centro en mi trabajo no me preocuparé».
AUTO-REFUERZO:	«Oye, eso está muy bien. Terminé ese trozo de trabajo. No estoy preocupada. Y no me he arrancado ni un pelo. ¡Sé que podré hacerlo!».

La introducción de estas auto-afirmaciones condujo al cese rápido de la conducta de arrancarse el pelo. Fue imposible determinar los efectos relativos del entrenamiento en el debate y el entrenamiento auto-instruccional en este estudio.

El siguiente caso descrito por DiGiuseppe y Bernard (1983) señalará cómo la RET en la forma de auto-afirmaciones racionales puede usarse con chavales muy pequeños y relativamente poco inteligentes:

Greg era un niño de nueve años que fue remitido por sus padres por rabietas de mal humor, hacer pucheros y conducta no cooperativa. Greg tenía una historia familiar de refuerzo extremo no contingente. Durante toda su vida, sus padres le habían mimado y le habían dejado hacer lo que le apetecía. Aunque esta conducta era graciosa cuando era más pequeño, con la madurez llegaba a ser inaceptable. Los padres de Greg intentaron darle una serie de reglas y a comportarse apropiadamente. Le castigaban siempre que Greg no completaba las tareas o las conductas apropiadas a su edad. Greg creyó que esto significaba un cambio en los afectos de sus padres y que no le cuidarían más tiempo. También creía que era terriblemente injusto que tuviese que hacer tales cosas mundanas como limpiar su habitación y colocar su ropa ordenada en el armario. Estas cosas eran demasiado difíciles. Greg era un chico no expresivo con inteligencia próxima a la media y que tenía dificultades para seguir muchas de las estrategias de debate. Sin embargo, era capaz de repre-

sentar estas situaciones con el terapeuta. Durante estas representaciones, el terapeuta modelaba las auto instrucciones verbales tales como «Mis padres cuidan de mi, ellos sólo están intentando hacer su tarea y ayudarme a crecer». «No tengo que sentir intranquilidad por estas cosas, puedo hacerlas». Mediante la práctica de estas auto-afirmaciones y recibiendo el refuerzo a la conducta apropiada, Greg aprendió lentamente a dejar de hacer pucheros y esto proporcionó el empuje para conductas más maduras e independientes. (p. 74).

Análisis empírico. Una segunda solución más compleja para resolver los problemas emocionales de los clientes jóvenes se obtiene cuando el practicante cambia las inferencias que hacen los niños de sus distorsión de la realidad (DiGiuseppe y Bernard, 1983). Aunque *no* ataja las valoraciones irracionales del cliente de las distorsiones de la realidad, la solución empírica frecuentemente da como resultado una moderación del afecto y una mejora en la conducta, y es más fácil enseñar a los jóvenes que el debate filosófico. El practicante advierte, sin embargo, que el análisis empírico evalúa los recursos intelectuales y creativos. Es al principio un método difícil de dominar.

Si uno desea usar este método con niños, lo más importante es que se enseñe a los clientes los conceptos básicos, tales como (1) discriminar entre hechos, opiniones, inferencias y presunciones y (2) el insight de que lo que están pensando y las ideas que mantienen ellos y otros tales como padres y profesores pueden no ser verdad. DiGiuseppe (1981) proporciona algunas sugerencias para enseñar al niño la importancia de evaluar empíricamente las ideas:

Esto puede hacerse hablando sobre las creencias que las personas tenían en el pasado, pero que nosotros sabemos ahora que son diferentes. Por ejemplo, la gente creyó una vez que la tierra era plana y que el sol daba vueltas alrededor de nuestro planeta, pero mediante la construcción y verificación de teorías sabemos que no es así. (pp. 62-63).

El grado en que puede utilizarse el análisis empírico depende en parte de si los niños pueden adquirir estos conceptos y sobre la generalización de la idea que es analizada empíricamente. La idea más concreta, la más sencilla es lograr una solución empírica. Un ejemplo de un caso ilustrará el uso del análisis empírico. Se vio a Craig, un chaval de 13 años extremadamente inteligente (CI 130), durante un período largo para ayudarlo a controlar su excesiva preocupación. En el caso de Craig, la excesiva preocupación le llevaba a trabajar demasiado duro en la escuela, cansándose en exceso y eventualmente siendo víctima de una enfermedad física periódica relacionada con la ansiedad.

Después de varias sesiones semanales con Craig, apareció que tenía la idea de que para conseguir su meta en la escuela de recibir muy buenas notas, debía siempre poner un esfuerzo del 100 % en sus deberes. Parecía aceptar esta idea sin ningún tipo de duda e interpretaba todas las tareas del colegio como requiriendo un esfuerzo máximo. Transcurrieron semanas sin obtener éxito en conseguir que Craig dejase algunas tareas de la escuela cuando se encontraba cansado. Craig inexorablemente se ponía a sí mismo en el límite cuando objetivamente no había razón para ello. Esto es, era altamente probable que Craig pudiese conseguir su

meta con un esfuerzo menor. Más bien que continuar el debate con Craig sobre su exigencia perfeccionista auto-impuesta de éxito en su trabajo, se decidió que debería examinarse un análisis empírico de las ideas no probadas de Craig relativas a la cantidad de esfuerzo requerido para tener éxito.

La cuestión analítico-cognitivo que el terapeuta planteó para centrar la atención del análisis empírico fue, «¿Qué es probable que piense Craig sobre la importancia de estudiar duro?». Esta fue la respuesta: «Obtener buenas notas en la escuela, debo trabajar tan duro como pueda». Craig estuvo de acuerdo rápidamente en que esto era algo que «probablemente me hago creer» aunque no lo había considerado antes. Se le explicó que era bastante posible que esta creencia (1) fuese la que podía estar forzándole a trabajar así de duro, (2) podía ser o no ser verdad, y (3) podía examinarse para ver si era cierta a través de un experimento. Craig aceptó el desafío y estuvo de acuerdo en que si su idea resultaba ser falsa se la volvería a plantear. La hipótesis en la que tanto el practicante como Craig estuvieron de acuerdo en evaluar fue, «Yo debo poner un gran esfuerzo para obtener notas satisfactorias». El experimento consistió en disminuir su esfuerzo en el estudio para un examen de historia. Craig estuvo de acuerdo en revisar la materia sólo una vez en vez de sobrepregarla. La hipótesis sería aceptada si obtenía un 85 o más y rechazada con un valor inferior a 85. Dos semanas después Craig contó que había recibido una nota de 89 y estaba bastante contento con el resultado. Sin ayuda del practicante, concluyó que pondría menos esfuerzo para conseguir buenas notas e intentaría poner en práctica su nueva idea.

Este episodio fue el primer avance, hasta ese momento, sobre que Craig no podía controlar la cantidad de tiempo que trabajaba, debido a su miedo al fracaso. Cuando comprendió que menos trabajo significaba más diversión e iguales buenas notas, fue capaz de relajar su visión del estudio.

DiGiuseppe (1981) describió el caso de Paul, un niño de 10 años que presentaba una variedad de conductas antisociales tales como rabietas y gritos a sus padres. Un análisis conductual reveló que Paul generalmente discutía siempre que sus padres estaban en desacuerdo sobre un tema, incluso si la diferencia de opinión no tenía como resultado una riña. Una evaluación cognitiva indicó que Paul aprobaba dos ideas antiempíricas: (1) que el desacuerdo lleva al divorcio; y (2) que no podría sobrevivir si sus padres se separaban. DiGiuseppe eligió trabajar sobre la primera idea perturbadora, ya que la segunda presentaba una dificultad que excedía el debate con niños.

Pedí a Paul que idease un experimento para evaluar su hipótesis de que el desacuerdo lleva al divorcio. Estaba deseando hacerlo y se le diseñó un cuestionario para este propósito. Paul encuestó a su profesor y director, a varios dependientes, a un oficial de policía, y a otras personas acerca de si ellos decidirían divorciarse cada vez que discutían con sus esposos. Paul encontró que los desacuerdos eran comunes en el matrimonio y que raramente desenvocaban en un divorcio. Sus síntomas cesaron. (p. 64)

Bard y Fisher (comunicación personal) demuestran cómo la inferencia defectuosa de un adolescente, «Todas las cosas saldrán bien», puede ser corregida a través del uso combinado de un análisis empírico y de métodos conductuales.

Dale T., por ejemplo, un chico de 17 años con una inteligencia alta, se la había ingeniado para timar a sus padres y profesores, evitando el trabajo académico y consiguiendo notas límite de principio a fin del bachiller. Su madre le culpaba y le regañaba. Su padre, un hombre de negocios con éxito, le había dado varios «incentivos» para conseguir mejorar sus notas y el más reciente había sido un coche. Simpático, agradable, Dale había asistido a sesiones de terapia asegurando al terapeuta que lo haría mucho mejor académicamente, que estaba mucho más motivado ya que su padre le había regalado un coche, que podría vencer sus «perezas», etc. Obviamente, todo saldría bien, excepto el trabajo que no estaba dispuesto a poner y sus resultados académicos siguieron en el límite. Se incluyó directamente a los padres y se comprometieron en el programa de incentivos, el cese de las regañinas, y el resistirse a ser manipulados y adherirse a este método. El consejero del colegio trabajó con los profesores de Dale para aceptar sólo la conformidad a las reglas, a los plazos y a las tareas. Dale llegó a ser menos jovial y parlanchín, abordando los asuntos con alguna angustia y muchas quejas. Se le llevó a debatir las metas y se descubrió que sus bajos resultados en los pasados tres años era el resultado directo de su creencia errónea de que todo saldría bien, tanto si trabajaba como si no. Lentamente empezó a trabajar y descubrió que estaba mal preparado para entrar en la Universidad. Fue capaz de definir algunas metas académicas y vocacionales significativas para él, fue aceptado en un programa universitario y fue capaz de minimizar la evitación y la manipulación, así como su localidad agradable en la que permaneció en sus años de bachiller. Al renunciar a su creencia de que todo saldría bien sin trabajar, fue capaz de ver que con el trabajo, el esfuerzo y la planificación muchas de sus metas pudieron lograrse.

En este ejemplo, podemos ver cómo las inferencias defectuosas acerca de la relación entre esfuerzo y resultado llevó a un adolescente a interpretar inexactamente las consecuencias de su conducta. Puede verse claramente en este ejemplo que las suposiciones defectuosas pueden llevar a la conducta contraproducente sin la mediación de excitación emocional fuerte. Aunque Dale, de hecho, puede experimentar baja tolerancia a la frustración debido a su creencia de que «La vida debe ser siempre alegre», sin duda, su otra suposición de que todas las cosas estarán bien impidiéndole incluso abordar las tareas de la escuela podría ocasionar ansiedad perturbadora.

Otro ejemplo de DiGiuseppe y Bernard (1983) indicará como a los niños pequeños se les puede enseñar a cambiar las inferencias relativas al significado de los sucesos de sus vidas:

Sara era una niña de nueve años, que estaba particularmente deprimida, debido a la poca frecuencia con que veía a su padre. Sus padres se habían divorciado hacía 6 años y su madre y su padre todavía continuaban discutiendo. Sara tenía un gran número de hermanos todos ellos mayores que ella y que experimentaban un gran rencor hacia el padre. El padre reaccionaba evitándolos. Nuestros debates revelaron que Sara creía que ya que su padre no amaba o cuidaba de su madre o sus hermanos, no podría realmente preocuparse de ella. El debate empírico de esta inferencia probó lo contrario. Aunque el padre

hacía pocos intentos para ver a los hermanos y seguía discutiendo con la madre, siempre iba a visitar a Sara y la veía bastante regularmente. Aunque papá no era una persona demasiado exaltada, estaba mucho más dedicado a esta niña que a cualquiera de los otros y gastaba considerable cantidad de tiempo visitándola, llamándola y reuniéndose con ella. La preocupación de Sara estaba causada primero por su inferencia de que la conducta de su padre hacia los otros miembros de la familia indicaba que sentía lo mismo hacia ella y la valoración de que si no le cuidaba sería catastrófico. Sara estaba bastante poco dispuesta incluso a debatir esta última posibilidad. El plantear la idea de que no sería terrible si un padre no la cuidase le llevó al silencio y a la retirada. Sin embargo, la solución empírica aquí fue bastante interesante al recolectar datos que verificasen sus inferencias. Ella estuvo contenta con los resultados. Esta estrategia fue aceptable debido a la inferencia del terapeuta de que el padre realmente cuidaba a Sara. Si el debate empírico no hubiese llegado a ningún resultado, hubiese sido necesario un método más elegante. Pero aquí fue aceptable limitarnos a la solución empírica. (pp. 73-74).

Haremos una última precisión relativa al uso del análisis empírico. Es el caso, como señala DiGiuseppe (1981), de que los niños estén enfrentados con sucesos aversivos, inalterables tales como padres que no les cuidan. El practicante haría un uso inapropiado y mal dirigido de la estrategia si intenta convencer a un niño «falsificando» un experimento de que su padre le ama y le cuida cuando toda la evidencia apunta a lo contrario. Como ha observado DiGiuseppe perspicazmente, tales «escrutinios» enseñan al niño un sentido deformado de los valores y un significado distorsionado de los conceptos de «amor» y «cuidado» lo que podría llevar a efectos interpersonales negativos e involuntarios para la vida posterior del niño. Cuando se plantea que el joven cliente está siendo educado en un ambiente sin cariño, se sugiere la estrategia (aparte de trabajar directamente con los padres dentro de lo posible) de enseñar al joven que puede ser feliz en el resto de su vida incluso aunque las cosas en casa puedan no ser lo que desearía que fuesen.

Debate. La estrategia usada más ampliamente para modificar el pensamiento irracional es el *debate* (desafío). El desafío se usa siempre y de cualquier forma posible para examinar y cambiar la variedad de conceptos y creencias irracionales que subyacen a los problemas emocionales y conductuales de los niños en edad escolar. Una vez que se han enseñado los ABC de la RET, las técnicas de debate se emplean para disuadir al joven de su pensamiento irracional. En la mayor parte del trabajo con jóvenes se ha empleado métodos cognitivos para desafiar la irracionalidad, y es a estos a los que ahora nos referimos.

Existen una variedad de conceptos irracionales básicos (por ejemplo, «exigencia», «catastrofismo», «auto-derrota») que interactúan para definir las diferentes creencias irracionales del período infantil. Estos conceptos operan en diversas combinaciones para producir diferentes problemas. El papel principal del debate es enseñar al cliente cómo desafiar estos conceptos y reformularlos a sus contrapartidas racionales. Para los mayores y los adolescentes más maduros cognitivamente, es posible emplear las técnicas preferenciales de la RET de debate filosófico de las creencias irracionales abstractas y generales que produzcan soluciones elegantes. Con aquellos jóvenes que son incapaces de manejar el grado de abstracción requerido para lograr la solución preferencial, se sugiere que el practicante ayude

al cliente a examinar los conceptos irracionales contenidos en su valoración defectuosa de sucesos activadores específicos, los cuales le están perturbando.

Howard Young (1974, 1983) ha hecho contribuciones significativas al demostrar cómo el debate filosófico puede emplearse con adolescentes. Aunque su método práctico conlleva cantidad de dificultades al trabajar con adolescentes, lo maneja para emplear el debate cognitivo eficazmente y confiando profundamente en la «claridad semántica» para ayudar a los quinceañeros a repensar sus problemas.

Young (1983) indica que, aunque a veces enseña a los adolescentes el modelo ABC, introduciéndolo verbalmente y usando un dibujo o ilustración, no emplea mucho tiempo en presentar la fórmula. Prefiere atacar los conceptos irracionales que subyacen en el pensamiento adolescente más bien que tenerles entendiendo la lógica de la teoría RET. Ahora nos referimos a los métodos y técnicas de Young y otros autores para cambiar el pensamiento irracional.

Cuando el practicante descubre evidencia de «deberías», «tienes que» y «obligaciones» junto con la tendencia de los adolescentes de tratar sus quieros como deseos («Debo tener mi camino porque es digno, serio, bueno, hermoso, justo, etc.»), Young (1983) sugiere intentar ayudar a sus clientes a entender que usar tales pensamientos absolutistas tiene como resultado tanto dificultades emocionales como interpersonales. Sugiere las siguientes tácticas:

1. Usar el «tengo que» en lugar del «debería». Los quinceañeros usan la palabra «debería» tan frecuente e indiscriminadamente que a veces conseguir cambiar la palabra «tengo que» consigue la cualidad esencial. Una vez que esto se establece, pueden empezar a aprender cómo vivir sin absolutos.
2. Usar «conseguir» en lugar de «debería». «Debería obtener una A» tiene sentido para muchos quinceañeros, pero «voy a obtener una A» a menudo les anima a ver el error de sus formas.
3. Cambiar «debería» a «no hay derecho». Otro método de lograr comunicar el significado absolutista del «debería», es cambiar. «No debería hacer eso» por «No tiene derecho a hacer eso». La irracionalidad de «No tiene derecho» es a menudo más fácil de entender para algunos adolescentes.
4. Usar el concepto querer-necesitar. Otra forma de conseguir que los quinceañeros reconozcan y desafíen los absolutos es enseñarles la diferencia entre querer y necesitar. He encontrado que algunos de los jóvenes más resistentes y testarudos, especialmente aquellos implicados en excesos conductuales, son capaces de entender la distinción crítica entre deseos y necesidades y usar este insight productivamente.
5. Enseñar «deberías» irrompibles por ley. A veces consigo algo con los clientes jóvenes que tienen dificultad al entender el significado absolutista de los «deberías» y «tienes que» sugiriéndoles que se perturban porque sus auto-proclamadas leyes han sido rotas. Ejemplos de este método son: «Las Demandas de Debbie han sido violadas», o «Era el turno de Tom para ser Dios, y se ha trastornado porque alguien ha roto una de sus Reglas». Una vez que los adolescentes entienden lo que significa estar demandando de forma irrealista, procedo a enseñarles a no perseguir el universo, de este modo esperarían de mejor talante que las cosas saliesen mal. (pp. 95-96)

En el concepto de terapia que sigue, Walen et al. (1980, pp. 137-139) ilustran cómo distinguir los quieros de las necesidades. La cliente es una niña de siete años que tiene dificultad para hacer amigos en el colegio.

- TERAPEUTA: ¿Necesitas jugar con ellos?
 CLIENTE: ¿Qué significa «necesito»?
 TERAPEUTA: Una necesidad significa esto: ¿cuáles son algunas de las cosas que necesitas? Necesitas agua. ¿Qué sucede si no tienes agua?
 CLIENTE: Te mueres.
 TERAPEUTA: Es correcto. ¿Qué sucede si no tienes comida?
 CLIENTE: Te mueres.
 TERAPEUTA: Es correcto. ¿Podemos decir que necesitas comer?
 CLIENTE: Sí.
 TERAPEUTA: ¿Y el agua?
 CLIENTE: Sí.
 TERAPEUTA: ¿Y el aire?
 CLIENTE: Sí.
 TERAPEUTA: Es correcto. ¿Necesitas la televisión?
 CLIENTE: No.
 TERAPEUTA: Pero, a veces dices que necesitas ver la TV, ¿no?
 CLIENTE: Sí, porque me gusta.
 TERAPEUTA: Sí, te gusta y quieres hacerlo, pero eso no es una necesidad, ¿no es así?
 CLIENTE: No.
 TERAPEUTA: No lo necesitas. ¿Necesitas caramelos y helados?
 CLIENTE: No.
 TERAPEUTA: No los necesitas, pero tú los quieres, ¿no es eso?
 CLIENTE: Sí.
 TERAPEUTA: Pero tú no los necesitas, ¿no?
 CLIENTE: No.
 TERAPEUTA: ¿Ves la diferencia entre un *deseo* y una *necesidad*? ¿Cuál es la diferencia? Intenta explicármela.
 CLIENTE: Una necesidad es lo que necesitas para ayudarte a vivir.
 TERAPEUTA: Una necesidad es algo que tienes que lograr por tener que vivir.
 CLIENTE: Y un deseo es lo que quieres tener.
 TERAPEUTA: Correcto. Te *gustaría* tenerlo, es agradable. Ahora vamos a ver: Lisa quiere caer bien a los chavales de la escuela. ¿Eso es un deseo o una necesidad?
 CLIENTE: Un deseo.
 TERAPEUTA: Es un deseo, ¿seguro?
 CLIENTE: Seguro.
 TERAPEUTA: Hasta aquí hemos hablado un poquito acerca de los deseos y las necesidades. Ahora vamos a tratar de lo que sucede si te dices a ti misma «Oh *necesito* tenerlos y que jueguen conmigo en la escuela —necesito tener su aprobación—. ¿Cómo crees que vas a sentirte si no les caes bien?
 CLIENTE: Triste.
 TERAPEUTA: Triste. ¿Cómo de triste, un poco triste o muy triste?
 CLIENTE: Mucho.
 TERAPEUTA: Mucho. ¿Qué pasaría si dices, «Necesito caer bien a Kate y *necesito* ser su amiga?»

- CLIENTE: *Quiero ser su amiga.*
 TERAPEUTA: «Quiero ser su amiga». Oh, ¿pero no hay diferencia? Si tú dices, «Necesito ser su amiga» y ella no quiere, ¿cómo te sentirías?
 CLIENTE: ¿Y ella no quisiese?
 TERAPEUTA: Y ella no quisiese. Y tú dijese, «Tengo que conseguir su amistad —lo necesito para vivir— y ella no quisiese ser tu amiga».
 CLIENTE: Triste.
 TERAPEUTA: Estarías muy triste. Vamos a ver si te dijese en vez de eso, esto otro, «Me gustaría caer bien a Kate. Quiero ser su amiga, pero si ella no quiere ser mi amiga, puedo vivir sin ello». ¿Estarías muy triste o poco?
 CLIENTE: Un poco triste.

El segundo concepto irracional que es sujeto a debate es el de «horrible». La tendencia de hinchar las cosas de proporción, hacer montañas de granos de arena, es característico del pensamiento de las personas de todas las edades. Al hacer consciente a los adolescentes que están «horrorizando», y que se requiere un pensamiento más sensato y sensible, Young (1983) sugiere lo siguiente:

1. Sustitución de las palabras desastre, catástrofe o tragedia por tremendo, terrible u horrible. Las palabras tremendo, terrible u horrible están en la mayor parte del promedio del vocabulario usado por los adolescentes, y he tenido dificultades para convencer a los adolescentes de que el significado profundo de tales palabras es la causa de su sufrimiento. Al adolescente angustiado emocionalmente que insiste en que su problema es horrible se le pregunta, «¿Es un desastre?» o «¿Es realmente una tragedia?» Estas palabras tienen un significado más preciso y pueden ser sometidas al cuestionamiento y razonamiento más fácilmente que «horrible».
2. Usando la frase «fin del mundo» se muestra al cliente que está «horrorizando». De nuevo encuentro que el preguntar, «¿Sería el fin del mundo?» generalmente elicitaba un rotundo «Desde luego que no» en la mayoría de los adolescentes y permite plantear la siguiente cuestión. «¿Entonces exactamente que sería?» La respuesta, casi siempre en la esfera de la desventaja realista, empieza a persuadir al cliente para corregir su evaluación exagerada del problema.
3. Usando la frase «es peor que la muerte». Una vez más el uso de un término familiar pero obviamente magnificado a veces ayuda a los adolescentes a empezar a entender que sus pensamientos perturbados, excesivos proceden de ideas exageradas, no realistas de sus mentes.
4. Preguntando, «¿Podría ser algo peor?». A menudo los clientes exageran, considerando una situación totalmente mala. Animándoles a pensar en algo que pudiera hacer a su problema incluso peor, a veces les permite ver que es altamente improbable que cualquier desventaja (especialmente las propias) sean un 100 % malas. Esta táctica puede a veces usarse en un tono de humor añadiendo toda clase de ridículas dimensiones a la situación del problema. Encuentro este enfoque útil para que los clientes comprendan que los problemas no son siempre tan malos como piensan que son; observando las situaciones en términos menos exagerados y más realistas, aprenden a sentirse mucho menos perturbados.

5. Preguntando, «¿Qué es lo peor que podría pasar realmente?» Muestro a los quinceañeros con ansiedad elevada que son catastrofistas sus quejas, animándoles a centrarse sobre el resultado más realista pero peor que puedan imaginar. Esto les fuerza a ausentarse de las posibilidades y concentrarse en las realidades. En esencia, aprenden a tratar con lo manejable y no con el horror del problema. (p. 95)

Trabajando con clientes jóvenes, frecuentemente es útil para ayudarles a situar el problema en perspectiva emplear un mecanismo llamado una lista catastrófica desarrollada por DiGiuseppe y Waters (en Walen et al., 1980). Esta técnica, la cual puede emplearse con clientes de todas las edades, se ha descrito en Walen et al. (1980) como sigue:

Sobre una pizarra o una hoja de papel grande, tiene el niño una lista de las catástrofes que se le ocurren (dado el reciente torrente de films catastróficos y de series de TV, esto se realiza fácilmente). Después de listar los grandes infiernos, los maremotos, las invasiones de otros espacios, los terremotos y los bombardeos, el terapeuta «recuerda» uno más, la queja del niño (ej. «Tommy se sentó en mi silla»). Probablemente no será necesario señalar que un ítem no corresponde a la lista. (p. 126).

Un concepto irracional que está relacionado con «horrorizar» y lleva a una variedad de efectos conductuales (baja realización, adicción a la droga) asociado con baja tolerancia a la frustración y ansiedad perturbadora es a lo que nosotros referimos como «No puedo soportarlo». Trabajando con adolescentes que creen fuertemente que no pueden resistir ningún inconveniente o perturbación, Young (1983) recomienda lo siguiente:

1. Sustituir «inaguantable» por «no puedo soportarlo». A menudo puedo ayudar a un joven cliente a darse cuenta de lo pernicioso que es el concepto de «no puedo aguantarlo» igualándolo con el término «inaguantable». Al escuchar las cosas puestas de esta forma, muchos quinceañeros concluyen, «Bien, no es eso *tan* malo. Quiero decir que puedo *aguantarlo*».
2. Explicar «difícil» versus «imposible». A menudo el concepto de «no puedo soportarlo» puede ser mejor entendido investigando si una situación problema particular es imposible, o es meramente difícil de tolerar. Incluso alguno de los quinceañeros más resistentes comprenden este punto, puede darse cuenta de que porque algo es un dolor en el cuello no significa que no pueda vivir con ello.
3. Sustituir «no quiero» por «no puedo». Frecuentemente, cuando oigo la palabra «no puedo», rápidamente la sustituyo por «no quiero». Esta es una forma eficaz de mostrar que la situación está gobernada por la actitud de uno, lo cual está bajo el control individual. Es la actitud, no la situación, la que es aplastante.
4. Sugerir al cliente que él *está* tolerando el conflicto en cuestión. A pesar de las quejas y las protestas, le recuerdo, que *está* tolerando el problema. Esta táctica es especialmente útil con clientes que experimentan problemas

de larga duración con padres, profesores, o hermanos. Por ejemplo, el quinceañero que amenaza dejar la escuela en el último curso porque dice que no puede tragar más tiempo el trabajo, se le informa que está, de hecho, tragando cosas. Puede ser desgraciado pero, no obstante, ha estado aguantando la escuela durante doce años, y esto le cualifica como ¡un tragador destacado de este trabajo!

5. Explicar que una situación genuina de «no puedo aguantarlo» terminaría o bien la vida del cliente o bien rindiendo su inconsciencia. Frecuentemente sugiero que si su problema fuese verdaderamente imposible de soportar, le costaría su vida o probablemente saldría de la abrumadora agonía implicada. En este punto, sugiero, que el cliente está aguantando la adversidad de la perturbación; puede que no le guste, pero está aguantándolo. (pp. 96-97).

Otro concepto irracional importante, subyacente en gran parte del pensamiento irracional infantil y adolescente que puede ser debatido directamente es el de «auto-derrota» («Soy malo si cometo errores»; «No debería cometer errores sociales»). Este es un concepto especialmente difícil de enseñar, cuando muchos niños no pueden haber logrado suficiente madurez cognitiva para preservar un concepto positivo del yo ante la evidencia negativa y contradictoria. Por otra parte, los adolescentes frecuentemente se juzgan a sí mismos únicamente sobre la base de la opinión de los iguales (Young, 1983). Como la auto-estima puede subyacer a una variedad de problemas conductuales y emocionales, es más importante que el practicante de la RET dedique cuantas más sesiones posibles a enseñar al joven cliente la noción básica de que tiene poco sentido juzgarse como «bueno» o «malo» sobre la base de un pequeño aspecto de su conducta. Haciéndolo así puede llevarle solo a la infelicidad y a la conducta contraproducente. Los practicantes de la RET extreman proporcionar a los jóvenes con un esquema cognitivo multidimensional para ver sus «Yos». Las ideas básicas que utilizamos para enseñar el principio de «auto-aceptación» son:

1. Cada persona es compleja, no simple.
2. Soy complejo, no simple.
3. Cada persona se compone de muchas cualidades positivas y negativas.
4. Estoy compuesto por muchas cualidades positivas y negativas.
5. Una persona no es toda buena o mala debido a alguna de sus características.
6. No soy totalmente bueno o totalmente malo.
7. Cuando me centro sólo sobre las características negativas de una persona, me siento peor acerca de esa persona.
8. Cuando me centro sobre mis cualidades negativas, me siento peor conmigo mismo.
9. Centrarse sólo sobre mis cualidades negativas es irracional. Tengo otras cualidades positivas.
10. Cuando pienso pensamientos negativos, irracionales sobre mi mismo, consigo más perturbación conmigo que si creo pensamientos negativos racionales.

La solución más elegante para la auto-derrota es que el cliente acepte el principio básico de la RET de que los seres humanos no son razonables hasta el punto de que no hay un acuerdo común y una definición exhaustiva de persona «buena» o «mala». No intentamos esta solución con los clientes más jóvenes, cuando su nivel de abstracción está demasiado alejada de su contexto de vida y de sus intereses diarios. En vez de eso, optamos por enseñar a los más jóvenes a no usar las cualidades negativas que ellos y otros perciben de sí mismos como único criterio para decidir si son «guays» o «no guays». De una forma tan persuasiva y enérgica como sea posible intentamos cambiar sus actitudes hacia y creencias acerca de sus errores cometidos e imperfecciones y conseguir que adopten un auto-concepto que incorpore tanto lo bueno como lo malo. Por ejemplo, frecuentemente usamos una *rueda como auto-concepto* para ilustrar varias de estas ideas básicas (Knaus, 1974). Se invita al cliente a insertar una gama de sus características, rasgos y conductas personales positivas y negativas en círculos pequeños que aparecen dentro de la rueda de auto-concepto. Los «positivos» se usan para debatir con el cliente la creencia de que es malo porque puede hacer cosas malas o romper las reglas. Desafiar los sentimientos de inferioridad es la tarea central a la hora de ayudar a los jóvenes a vencer los sentimientos de frustración, ira, culpa y envidia, así como resolver problemas de indecisión, conducta a corto plazo (sensación de búsqueda), hurto y violencia física.

Young (1983) demuestra su creativa aplicación de la RET sugiriendo los caminos siguientes de combatir la «auto-derrota»:

1. Usando una ayuda visual. Dibuja un círculo y lo etiqueto «yo». Después dibujo una serie de círculos más pequeños dentro del círculo «yo». Estos representan los diversos rasgos, características y ejecuciones del cliente individual. Intento demostrar que evaluar un rasgo o distintivo como malo no hace a todos los otros círculos malos. En esencia, intento mostrar a los adolescentes que son una colección de cualidades, algunas buenas y algunas malas, ninguna de las cuales iguala al yo completo.
2. Usando una analogía. Aunque muchos ejemplos pueden ilustrar lo ilógico de la sobregeneralización de actuar personificando, he encontrado que el ejemplo de una rueda desinflada funciona bien con los quinceañeros. Les pregunto si tirarían a la chatarra un coche porque tuviese una rueda desinflada. La palabra clave es tirar a la chatarra. Una vez que el cliente adquiere esta palabra-imagen, la uso después cuando sobregeneralizan sobre los errores o las críticas. «Allí vas de nuevo», les digo, «a tirarte a la chatarra porque hiciste tal y tal cosa».
3. Ayudar al cliente a entender que aunque uno es responsable de lo que hace, uno no es lo mismo que lo que hace. Esto es a veces espinoso para que lo entiendan los adolescentes. Frecuentemente arguyen que si hacen algo mal, son demasiado malos. Contesto sugiriendo, «¿Si tu mugieses como una vaca, eso te hace ser una vaca?». Generalmente recibo una respuesta negativa. Entonces digo, «Pero si estás mugiendo». ¿Que haces para no transformarte en una vaca? Unos pocos ejemplos como este, y los clientes generalmente empiezan a separar lo que hacen de lo que son.
4. Explicar la diferencia entre una persona-con-menos y menos-que-una-persona. Los jóvenes sufren sentimientos de vergüenza, turbación o inferioridad cuando son víctimas de derrotarse o degradarse a sí mismos. Al

cliente que se critica o comete errores le señalo que tales problemas sólo prueban que es una persona con menos de lo que quieren (éxito o aprobación) en vez de menos que una persona. A veces ilustro este principio cogiendo algo suyo (un zapato, un reloj, etc.) y entonces les pregunto, «¿Qué eres ahora? ¿Eres menos que una persona o una persona con menos de lo que quiere?».

5. Mostrar que culpase uno mismo es como ser castigado dos veces por el mismo crimen. Con aquellos adolescentes que se condenan a sí mismos y se sienten excesivamente culpables, generalmente intento ilustrar que los errores y fallos han provocado ya castigos. Siempre que nos equivocamos, señalo, no sólo desilusionamos y fallamos en vivir de acuerdo a nuestros estándares, sino que probablemente toleramos alguna clase de consecuencia adversa. A través de ejemplos ayudo a los clientes a ver que vivir con los desacuerdos o consecuencias de sus acciones es bastante castigo. Añadir condena, sólo agrega insulto o injuria y hace los asuntos peores de lo que necesitan ser. (pp. 97-98)

El siguiente extracto de una conversación con una chica de 17 años ilustra cómo la envidia de la chica de su amiga puede tratarse enseñando a la cliente una visión más auto-aceptadora.

- TERAPEUTA: Pareces bastante preocupada. ¿Cuáles son tus sentimientos ahora?
- CLIENTE: Bien, no sé realmente. No está bien, eso es todo.
- TERAPEUTA: ¿Qué quieres decir con no está bien? ¿Qué no está bien?
- CLIENTE: Porque los otros hacen la pelota al profesor, nunca están preocupados o tienen que repetir sus deberes. Consiguen todas las cosas buenas. ¡Al profesor le caen bien y yo no!
- TERAPEUTA: Bien, Jane, puedo ver que hay algunas cosas allí que te perturban. Pero como hemos discutido previamente, son tus pensamientos acerca de la situación los que están causando esto, qué estás haciendo para sentirte sin valía y celosa de tus amigos.
- CLIENTE: ¿Así que estoy celosa? ¿Cómo se produce el cambio?
- TERAPEUTA: Pueden cambiar tus sentimientos porque son tus pensamientos acerca de la situación los que controlan tus emociones. Ahora, ¿quién te dice que tenías que gustar al profesor tanto o más que los otros? ¿Hay algo que diga que un profesor no es humano y no puedan caerle bien algunas personas mejor que otras? ¿Es absolutamente «horrible» al 100 % que no les gustes al profesor?
- CLIENTE: No, pero...
- TERAPEUTA: E incluso si tu profesor no piensa gran cosa de tí, y tus amigos son mejores, eso podría no ser divertido, pero no es el fin del mundo. No significa que seas menos que una persona o que tengas menos valía. Haces otras cosas bien y puedes aprender a aceptarte por lo que eres.
- CLIENTE: Eso es verdad, pero no hace las cosas más fáciles para mí.
- TERAPEUTA: Si continúas pensando irracionalmente entonces no será nada fácil para ti. Si vas a juzgarte sobre a cuantas personas caes bien y cuantos de tus amigos son mejores que tú, entonces despilfarras tanta energía estando preocupada que no serás capaz de hacer nada por cambiar tu situación. Míralo objetivamente y te sentirás menos preocupada.

- CLIENTE: Supongo que tiene razón. No es tan malo no caer bien a este profesor. Otras personas no me gustan a mí. Y mis amigos no son siempre mejores que yo —¡y no importaría si lo fuesen!
- TERAPEUTA: ¿Por qué no importaría?
- CLIENTE: Porque no soy una persona sin valía porque alguien tenga más que yo, o porque alguien no me atiende cuando quiero que lo haga.
- TERAPEUTA: Eso está bien. No importa cuanta atención y aprobación consigas, no va a importar si tú te gustas a tí misma. Y las cosas no van a ser de la forma que quieres siempre, de modo que intenta cambiarlas o aceptar su existencia.
- CLIENTE: De acuerdo, lo entiendo. Déjame continuar. Sería agradable hacerlo mejor, y si intento hacer mis deberes, podría tener un rato más agradable en esa clase. Y sería mejor para mí concentrarme sobre lo que me gusta más en vez de intentar conseguir la atención del profesor. ¿Cómo cambia eso mis pensamientos irracionales?

Existen diversas creencias irracionales en los niños de edad escolar que contienen el componente de cometer errores (por ejemplo, «Soy malo si cometo un error»; «Los adultos deberían ser perfectos»; «No debería cometer errores, especialmente errores sociales»). Es frecuente el caso de un joven que cree que las otras personas que están en posiciones de autoridad (padres, profesores) no deberían cometer nunca errores (actuar injustamente). Para conseguir que el cliente renuncie a la demanda de perfección para los otros, es a veces necesario educar al cliente en la naturaleza y razones subyacentes de cometer errores. Algunas de las ideas que incluimos en una mini-lectura son:

1. Cualquiera persona cometerá errores siempre.
2. Nadie es perfecto.
3. Los errores no cambian las buenas cualidades de una persona.
4. Una persona no es lo mismo que su ejecución.
5. Las personas no son malas porque cometan errores.
6. Las personas que cometen errores no merecen ser culpadas y castigadas.
7. Las razones por las que las personas cometen errores son (a) falta de habilidad, (b) descuido o juicio pobre, (c) no tener bastante información, (d) falsas asunciones, (e) cansancio o enfermedad, (f) opinión diferente e (g) irracionalidad (adaptado de Knaus, 1974).

La actitud racional que se espera será adoptada por el joven cliente después de la discusión es que no vale la pena preocuparse hasta el punto de que la propia conducta comprometa sus metas simplemente porque alguien haya cometido un error como no tratar a uno bien. Algunos ejemplos de auto-afirmaciones racionales que hemos empleado con un cliente que se trastornaba indebidamente acerca de la conducta de un profesor son, «Oh bien, allí está mi profesor actuando estúpidamente de nuevo. Desearía que fuese más justo. Me irrita que no me crea cuando le digo que me he olvidado mis deberes en casa. Probablemente está teniendo un mal día. No vale la pena enfadarse demasiado».

Para los niños y adolescentes que se degradan o se enfadan cuando cometen errores, puede emplearse el siguiente tipo de diálogo: «No puedo lograr entender

esto. No vale la pena perturbarse demasiado. Permeneceré tranquilo e intentaré mejorar; los errores están para que aprendas de ellos».

Otro concepto irracional que impregna la irracionalidad infantil es ese de la justicia («Los padres deberían ser justos»; «La escuela y los profesores deberían ser justos siempre»). La justicia puede ser discutida a dos niveles. En la etapa de interpretación, es posible a veces que el joven examine su visión de justicia para determinar si otros estarían de acuerdo en que su visión de «justicia» es objetiva y lógica. Por ejemplo, Robert, de 12 años, fue remitido por agresividad en general y bajo rendimiento. Durante el período que le vi, estaba suspendido por tres días porque se negó a ir a la dirección después de la escuela para tratar un arresto que había tenido al comienzo del día por pelearse. Robert pensaba que era injusto que el director le impusiese un arresto cuando realmente no tenía la culpa de meterse en la pelea. Tuvo lugar la siguiente discusión:

- TERAPEUTA: ¿Qué ha pasado?
 CLIENTE: Me he metido en un lío por pelearme.
 TERAPEUTA: Descríbeme lo que sucedió.
 CLIENTE: Estaba luchando con un amigo. Le tenía cogido con una llave por la cabeza. Apareció otro chaval y saltó sobre mi espalda. Me di la vuelta y le pegué.
 TERAPEUTA: ¿Y entonces qué sucedió?
 CLIENTE: Se me dijo que viesse al director, pero no fui.
 TERAPEUTA: ¿Por qué no?
 CLIENTE: No era mi culpa.
 TERAPEUTA: ¿Cómo fue?
 CLIENTE: El no debería habernos molestado. Nosotros estábamos jugando y él no debería haber intervenido.
 TERAPEUTA: ¿Pero tú le asestaste el primer golpe?
 CLIENTE: (Asiente con la cabeza). Sí, pero no hice que saltase sobre mí y me molestase.
 TERAPEUTA: ¿Seguro?
 CLIENTE: Uh-huh.
 TERAPEUTA: Mira, Robert. Yo estoy de tu parte, ¿de acuerdo?
 CLIENTE: Uh-huh.
 TERAPEUTA: ¿Cómo lo sabes?
 CLIENTE: Quieres ayudarme.
 TERAPEUTA: Eso está bien. Ahora voy a discrepar contigo sobre que lo que sucedió fue injusto, pero recuerda, estoy de tu lado, ¿De acuerdo?
 CLIENTE: Sí.
 TERAPEUTA: Bien, lo primero de todo, me suena que tú empezaste. ¿Tú pegaste al otro niño primero?
 CLIENTE: Uh-huh.
 TERAPEUTA: ¿Cuáles son las normas de la escuela respecto a las peleas?
 CLIENTE: No debes supongo.
 TERAPEUTA: ¿Qué sucede si te cogen?
 CLIENTE: Probablemente te ponen en la lista «A» (arresto).
 TERAPEUTA: Bien entonces, ¿era juto que te arrestase el director?
 CLIENTE: No.
 TERAPEUTA: ¿Por qué?
 CLIENTE: Porque no empecé.

- TERAPEUTA: En las reglas del colegio pone «no pelear» y no importa quien empiece, piensa que era justo que te arrestasen porque rompiste la norma. Imagina que estás conduciendo un coche y excedes el límite de velocidad porque estás pensando en algo y tu mente no está en la carretera. Hace un día luminoso, y la carretera está libre de circulación. De repente un oficial de policía te detiene y empieza a hacer una multa por exceso de velocidad. Le dices que no es justo porque no querías excederte. El oficial te multa de todas formas. ¿Quién tiene la razón en esta situación?
 CLIENTE: El oficial de policía.
 TERAPEUTA: ¿Por qué?
 CLIENTE: Porque estaba corriendo.
 TERAPEUTA: ¿Y qué pasaría si no pagases la multa?
 CLIENTE: ¿Iría a la cárcel?
 TERAPEUTA: Bien podrías tener que pagar incluso una multa mayor, como tuviste que cumplir tres días de suspensión por no querer contar el arresto. ¿Ves eso?
 CLIENTE: Sí.
 TERAPEUTA: Ahora cuando estés en el colegio, tienes que obedecer las normas y no puedes decir que es injusto porque no querías hacerlo. Si rompes una regla incluso si no fueses totalmente culpable, es justo que tengas que pagar una multa. ¿Estás de acuerdo?
 CLIENTE: Supongo.
 TERAPEUTA: Así que en el futuro, piensa y recuerda que si rompes una regla, tendrás que pagar el precio.

La solución preferencial, la cual no se intentó con Robert, sería trabajar sobre la valoración de «injusticia». El practicante puede usar las técnicas descritas previamente para debatir «lo horrible» y «el no puedo aguantarlo» para ayudar al cliente a colocar el problema de la injusticia en un continuo y enfatizar que la injusticia es una lucha no una catástrofe. Al debatir la demanda que a menudo se asocia con ideas acerca de justicia, el practicante puede simplemente enseñar que el mundo es un lugar injusto y que uno haría mejor en no sorprenderse o esperar algo injusto de vez en cuando. Se anima a los clientes a permanecer tranquilos ante la injusticia de modo que estén preparados para cambiar las cosas cuando sea posible y aceptarlas cuando no se puedan cambiar. DiGiuseppe y Bernard (1983) ilustran cómo se puede usar la RET para cambiar la valoración de un cliente de un suceso activador injusto en particular:

Thomas era un estudiante de 13 años con una historia de problemas conductuales y académicos. Thomas contaba que su profesora le tenía una gran antipatía y *había* llegado a estar bastante disgustada con él. A medida que la terapia progresaba, Thomas hacía cambios y se comportaba más apropiadamente en la escuela. Llegó a enfadarse menos, y a ser menos destructivo. Sin embargo, al debatir empíricamente sus pensamientos de que la profesora le tenía manía, apareció que tenía razón. Dada la forma en que había estado comportándose era difícil culparla. Aunque Thomas hiciese algunas mejoras o se comportase mejor, frecuentemente no lo reconocía o todavía le acusaba

de comportarse inapropiadamente. Thomas se enfadaba en este punto con la consecuencia potencial de darse por vencido y actuar mal de nuevo. Sus creencias irracionales le llevaban a esta ira a lo largo de frases como esta «las personas deberían ser justas». Mis intentos de debatir esta idea con Thomas no llegaban a ninguna parte. El creía que la gente debería ser justa. Después de todo, cómo sobrevivía el mundo si la gente no era de confianza. La justicia era necesaria para la vida social, decía. Más bien que intentar convencerle de que la injusticia es un hecho de la vida, lo cual es cierto, y que hubiese probablemente millones de personas injustas fuera de allí, nos centramos en un juego de creencias más estrecho. Esto es, que esta profesora particular tuviese que ser justa. Discutimos: las razones particulares por las que podía ser injusta; cómo no podríamos cambiarla incluso aunque pensásemos que la mayoría de las personas deberían ser justas; aunque tuviésemos un mundo ordenado no podríamos exigir que fuese justa y forzarla a serlo. Aunque Thomas no estaba dispuesto a aceptar el hecho de que la injusticia sobreviviría en el universo, estaba deseando admitir que este individuo en particular permaneciera siendo injusto y poder tolerar ese pequeño grado de injusticia. De este modo, aunque no alcanzamos una solución elegante para cambiar su valoración de un espacio abierto de estímulos, le enseñamos a valorar este estímulo particular de forma muy diferente. Su ira se redujo y continuó adquiriendo ganancias conductuales a través del año escolar. (p. 73).

Hay otra idea irracional que aparece diariamente al trabajar con niños y adolescentes, es la de evitar a toda costa el trabajo duro y la incomodidad. La incapacidad para tolerar los sentimientos asociados con la ansiedad, la frustración, la ira y cosas por el estilo se revela a través de muchas creencias irracionales del período infantil («Las cosas deberían surgirme fácilmente»; «No debería tener que esperar para nada»; «Todas las cosas deberían ser entretenidas y/o disfrutables sin ningún displacer»). Las personas parecen tener diferentes niveles de tolerancia para tratar con la frustración y el estrés, y estas propensiones subyacen a muchos desórdenes diferentes. La baja tolerancia a la frustración es una de las tendencias más difíciles de vencer. Mientras que es relativamente fácil debatir las creencias irracionales subyacentes, lo más difícil es quizá que los clientes lleven los pensamientos a la acción. El instinto de buscar el placer y evitar el dolor parece pesar más que el poder de la racionalidad.

Al debatir las ideas que subyacen a la baja tolerancia a la frustración, lo más importante es que el practicante combine los métodos cognitivo y conductual. Un breve examen de un caso ilustrará este enfoque. Darren de 12 años, estuvo viéndose durante un período de tres meses por bajo rendimiento. El problema principal de Darren parecía ser una incapacidad para sentarse a estudiar y una tendencia a aburrirse y darse por vencido rápidamente. Se cuestionaba que tuviese que repetir séptimo curso, las notas de Darren estaban generalmente en el rango C. Quedaba claro al hablar con Darren que había desarrollado la mala costumbre de evitar el trabajo siempre que empezaba a pensar acerca de hacer sus deberes. Pensamientos relacionados con los deberes tales como, «Este va a ser un trabajo duro, me perderé mi programa favorito de televisión; no puedo fastidiarme realmente con todo esto» le llevaban a ligeros sentimientos de ansiedad perturbadora, lo que Darren ampliaba

a intenso displacer y excitación etiquetando su ansiedad inicial como extremadamente dolorosa e intolerable. En esta etapa, Darren buscaba alguna forma de salir.

Para ayudar a Darren a vencer su ansiedad perturbadora, se usó el siguiente razonamiento: «No existen dudas de que el trabajo duro puede ser desagradable. Sin embargo, como estarás de acuerdo, seguramente, una de las partes más duras del trabajo es conseguir empezar. Conseguir empezar es como superar una cuesta, o un obstáculo mental. Una vez que has superado el obstáculo, estarás bien. Ahora, lo que podemos hacer hoy y durante las próximas semanas es ayudarte a desarrollar habilidades mentales de modo que puedas vencer esta cuesta mental con la menor exigencia posible. Hay dos habilidades mentales básicas que necesitarás aprender. Primero, es mejor que te concentres para no distraerte con pensamientos que te aparten de tu meta. Segundo, tendrás que aprender a aceptar que a veces sentirás desagrado y que eso está bien —es un hecho de la vida—. Lo que esperamos conseguir es que te encuentres en una condición en la que estés menos distraído e inquieto cuando empieces a estudiar».

Se combinaron la inoculación de estrés y la RET para ayudar a Darren a prepararse y tratar con los sentimientos de ansiedad y adquirir una forma más racional de mirar y describir los aspectos diferentes de las reacciones emocionales respecto al tiempo empleado en estudiar. También se le pidió a Darren que controlase la cantidad de tiempo dedicado a estudiar cada noche, lo cual se representaba en una gráfica con base semanal y proporcionaba la línea base para la consecución de las metas. Se le mostró como en su caso era mejor empezar con asuntos fáciles de los deberes en vez de comenzar con lo más difícil, como sugería su guía de estudio escolar. Sus profesores fueron informados del programa y estuvieron de acuerdo en hacer esfuerzos extra para alabar los esfuerzos de Darren. En conjunto, se hizo un intento para conseguir que Darren cambiase los momentos decisivos de evitar el trabajo por la satisfacción aplazada de la aprobación del profesor de mejorar las notas. Sin recibir ninguna ayuda o apoyo en casa por parte de su madre (el padre de Darren había abandonado el hogar), Darren logró una sólida ejecución B al término de su trabajo, y la duda de si Darren debería repetir séptimo se contestó negativamente.

Imaginación Racional-Emotiva (IRE). La IRE es un procedimiento para aprender a cambiar las emociones a través del cambio de las cogniciones. Ha sido descrito por Ellis como un «procedimiento de debate emocional», estando su foco inicialmente más sobre el cambio emotivo que cognitivo. Nuestra experiencia con jóvenes clientes es que es un procedimiento más eficaz y menos amenazante después de que el cliente ha conseguido algún insight intelectual dentro de los ABC de la RET y, como consecuencia, algunas habilidades de enfrentamiento. Si al comienzo de la terapia se le pide a un joven que se imagine una escena que evoque sensaciones extremas de dolor, el cliente puede perder la confianza en el practicante y, como se ha verificado, terminar la terapia. De este modo es importante estar seguro de que el cliente esté preparado para una potencial experiencia inquietante. Maultsby (1971) ha indicado, y nosotros estamos de acuerdo, que la IRE es tanto mejor para los clientes que parecen haber aceptado el punto de vista de la RET, que para quienes carecen de fuerza emocional para ponerla en práctica.

Presentamos una parte de la transcripción de Virginia Waters (1982b) para ilustrar cómo la IRE se puede combinar con auto-afirmaciones racionales para producir el cambio emocional en una joven cliente.

- TERAPEUTA: Ahora imaginemos una escena. Primero yo te representaré a tí y tú puedes representar la parte de tu amiga. Fingiremos que es la hora de acostarte y te mostraré cómo puedes decirte cosas confortables para sentirte tranquila. Después te daré una oportunidad para practicar.
- CLIENTE: De acuerdo.
- TERAPEUTA: Tú empiezas y me dices que es la hora de irse a la cama y yo saldré.
- CLIENTE: Bien, es la hora de acostarse. Buenas noches.
- TERAPEUTA: Bien, es la hora de acostarse. Estoy empezando a sentirme intranquila, pero no *demasiado*. Ahora vamos a ver lo que puedo decirme para hacer que me sienta mejor. Estoy muy segura aquí. Mi amiga está cerca de mí y sus padres están en la habitación contigua. No tengo que intranquilizarme con pensamientos y con «que pasaría si». Haré que Snoopy me hable y veo lo que me tiene que decir. Incluso se está bien tumbada. Sé que puedo ver a mi madre mañana y estará bien y mi padre también y me siento bastante cómoda y creo que me estoy quedando dormida (ronca).
- CLIENTE: (con entusiasmo). Y nada te inquietará si te sientas y piensas en ello.
- TERAPEUTA: Correcto. No hay absolutamente nada inquietante sobre ello ahora.
- CLIENTE: Y voy a ver a mi madre al día siguiente. Sólo voy a estar aquí durante seis horas, justo durante la noche.
- TERAPEUTA: Eso está bien. ¿Quieres intentarlo?
- CLIENTE: No creo que pudiese decir todas esas cosas.
- TERAPEUTA: Está bien. No tienes que decirlo como yo lo he dicho. Dices lo que venga a tu mente y después si necesitas ayuda podemos escribirla para que te acuerdes. ¿De acuerdo?
- CLIENTE: De acuerdo.
- TERAPEUTA: Oh, es la hora de ir a la cama.
- CLIENTE: ¡Oh no! De acuerdo... Bien, ¿qué hago para preocuparme? ¡Nada! Tengo a todos mis animales de trapo conmigo. Estoy cómoda. Voy a ver a mi madre mañana. No hay nada de que preocuparse. Así que lo intentaré y me quedaré dormida antes de decirme esas cosas de «que pasaría si». Así que lo intentaré y me quedaré dormida y si pasa algo, los padres de mi amiga están allí, y mi amiga en la cama de al lado. Así que lo peor sería si la despertase y eso no es tan malo. Y estoy sólo aquí por un pequeño rato y por una noche puedo permitirme no dormir en mi propia casa. Esto es real, no fingido, me siento mejor ahora. Incluso si tuviese que pasar la noche aquí, esta noche contigo, me sentiría bien.
- TERAPEUTA: ¿Observas diferencia en cómo te sientes, diciéndote cosas confortables?
- CLIENTE: Sí. Mucho, incluso ahora.
- TERAPEUTA: Bueno, y si practicas pensando estas cosas confortables, serás capaz de hacerlo mejor y mejor cada vez. (pp. 17-19)

Resolviendo Problemas Prácticos

El resolver problemas prácticos puede emplearse tanto para problemas prácticos y emocionales, aunque se designó en principio para resolver los primeros. Los niños a menudo se angustian, o se siente infelices, porque no tienen las habilidades para manejar una situación. Si alguien les molesta, pueden no saber

otra forma de manejar la situación que pelearse. Pueden no estar particularmente intranquilos en el momento. A muchos niños les gustaría tener más amigos pero no saben cómo conseguirlos. Estas retiradas sociales de los niños pueden o no causarles niveles debilitantes de ansiedad interpersonal que les provenga de encontrarse con otros. La RET evalúa los déficits en las habilidades prácticas de los jóvenes que pueden estar teniendo que ver y creando alguna angustia en el cliente y en los demás.

Cuando los problemas emocionales acompañan a los prácticos, la resolución de los problemas prácticos puede funcionar como una forma de *debate conductual*. Por ejemplo, una joven cliente podría decirse, «Nunca seré capaz de acabar todos mis deberes; estoy desesperada», y se siente deprimida. Enseñándole habilidades prácticas para pensar cómo organizarse mejor y ser más eficiente y forzándole a esforzarse realmente acabará sus deberes, sus recientemente adquiridas habilidades conductuales proporcionan evidencia para rechazar la creencia contraproducente y llegar a reducir el estrés emocional.

Al enseñar habilidades prácticas, la RET intenta, siempre que puede, proporcionar instrucciones tanto sobre cómo *pensar acerca de* un problema práctico así como la forma de ir resolviéndolo. Aunque los practicantes de la RET a veces simplemente tienen que decir al cliente cómo manejar mejor una situación sin entrar en lo que debería estar pensando y diciendo, la mayoría de los problemas prácticos incluyen el uso de auto-afirmaciones racionales o estrategias cognitivas más generales (ejemplo, pensar en las consecuencias y pensamiento medios-fines) se combinan con ensayo de habilidades conductuales.

Un número de practicantes de la RET (por ejemplo, DiGiuseppe y Bernard, 1983; Waters, 1982a, 1982b) han llegado a un formato de resolver problemas prácticos que puede emplearse fácilmente, incluso con niños muy pequeños, e incluye los siguientes pasos (Waters, 1982a):

1. Define el problema en términos concretos, conductuales.
2. Genera tantas soluciones alternativas como puedas sin evaluarlas. Recuerda, la cantidad es más importante que la calidad; cuantas más soluciones mejor.
3. Retrocede y evalúa cada solución alternativa, pensando tanto en las consecuencias positivas como negativas y elimina las soluciones absurdas.
4. Elige una o dos de las mejores soluciones y planea los procedimientos paso por paso.
5. Pon tu plan en acción y evalúa los resultados. (p. 576)

Una ilustración de los dos primeros pasos de este método se contiene en la siguiente transcripción de Waters (1982):

- TERAPEUTA: La otra clase de problemas que la gente puede tener es un problema práctico, y tiene que ver con querer cambiar algo de su vida que le provoca sentimientos perjudiciales, como...
- CLIENTE: Yo ya hice eso.
- TERAPEUTA: ¿Qué hiciste?
- CLIENTE: Cambié mi conducta y escuché más a mi madre. Eso era un problema que cambié.

- TERAPEUTA: Bien. Sí, apuesto que habrás resuelto ya algún problema práctico.
- CLIENTE: Lo hice.
- TERAPEUTA: Me gustaría que eligieses algo más en tu vida que sea un problema que te gustaría resolver, y te mostraré una buena forma de intentar resolverlo.
- CLIENTE: Me gustaría cambiar el no ver a mi amiga P demasiado.
- TERAPEUTA: De acuerdo, ese es un buen problema realmente para trabajar, pero déjame evaluar algo contigo antes de empezar. ¿Cómo te sientes por no ver a tu amiga P tanto como te gustaría?
- CLIENTE: No demasiado bien. Triste, supongo. Me gustaría verla más. Me gusta y quiero verla más.
- TERAPEUTA: Sentir tristeza es ciertamente desagradable, pero está bien sentir tristeza si no consigues lo que quieres. ¿Siempre te sientes enfadado y deprimido por esto?
- CLIENTE: Bueno, a veces lo sentía pero no ahora.
- TERAPEUTA: Porque cuando la gente siente sentimientos perjudiciales, como la ira y la depresión, crean como una niebla emocional de sentimientos, lo cual atasca su cerebro y hace muy difícil ver claramente y pensar claramente acerca de cómo resolver el problema. Pienso que el sentimiento de tristeza es apropiado y no obstaculiza la solución de este problema. ¿Qué piensas?
- CLIENTE: Pienso que si estuviese sintiéndome trastornado y llorase, estaría demasiado dolido para pensar. No me siento de esa forma ahora.
- TERAPEUTA: De acuerdo, vamos a empezar. (Saca una hoja de resolver problemas, revisa las instrucciones una vez). El primer paso es exponer el problema.
- CLIENTE: No ver a P bastante.
- TERAPEUTA: De acuerdo. (El terapeuta apunta). El segundo paso es proponer cuantas más ideas como puedas, de cómo verla más a menudo. Y mientras abordamos las ideas, no vamos a decir si son buenas o malas, ahora vamos a conseguir tantas ideas como podamos.
- CLIENTE: Bien, que mi madre viese más a la madre de P. ¿Puedo escribirlo? (El cliente apunta las alternativas y luego recorre la lista, observando las que son posibles).
- +1 Mi madre viese a la madre de P más a menudo.
 - +2 Me encontraré en X con ella.
 - 3 Hacer otras actividades juntos.
 - +4 Pedirle a su madre que la traiga más a menudo.
 - +5 Pedir a mi madre que me lleve a su casa más a menudo.
 - +6 Encontrarnos en alguna parte entre nuestras dos casas.
 - +7 Coger un taxi para que nos lleve a cada uno a nuestra casa.
 - 8 Mi abuelo podría llevarme allí.
 - 9 Conducir una bicicleta hasta la casa de P.
 - +10 Ir al Parque juntos.
- (+ = Posible)
- TERAPEUTA: ¡Estupendo! Aquí hay siete posibilidades. Eso está bastante bien. Podríamos repararlas, si tuviésemos tiempo, y sugerir incluso más alternativas.
- CLIENTE: Caramba. Hay una cantidad de cosas que podría hacer de las que me he dado cuenta. ¿Cuál es el siguiente paso?
- TERAPEUTA: El siguiente paso es mirar cada una de estas posibles alternativas y pensar en algo positivo y algo negativo que conllevarían cada una de ellas.

- CLIENTE: En la primera algo positivo sería que nuestras madres son amigas y les gustaría verse más, lo cual significa que mi amiga y yo nos veríamos más, y algo negativo sería que pudieran no tener el tiempo para verse más.
- TERAPEUTA: Bien. Eso es un buen pensamiento. Para casa podrías coger esta lista y pensar algo positivo y algo negativo para cada posibilidad y continuaremos esto la próxima semana.
- CLIENTE: De acuerdo. Puedo escribirlas debajo y así no las olvidaré. (pp. 30-34)

En el siguiente apartado proporcionaremos ilustración extensa sobre cómo los procedimientos cognitivos pueden usarse para enseñar habilidades para resolver los problemas prácticos.

PRACTICA Y APLICACION

La etapa final de la RET incluye ayudar al joven cliente a aplicar las habilidades del pensamiento racional fuera del despacho del practicante en las situaciones de la vida real. «Mientras que generalmente puede llevarse a cabo la tarea de enseñar las bases de la RET, otra cosa es ver a los jóvenes clientes aplicando la RET espontáneamente; por lo tanto, la RET acentúa la importancia de practicar las habilidades en una variedad de situaciones y de asignar tareas específicas». (Waters, 1982a). Sonando a observación pesimista, Young (1983) indica que

la resolución de problemas, la meta básica de la RET, se lleva a cabo generalmente persuadiendo a los clientes de poner los conocimientos de terapia en práctica en situaciones concretas. Esto generalmente requiere esfuerzo consciente y trabajo duro, rasgos que desgraciadamente no destacan en la lista de virtudes de los adolescentes. Los jóvenes clientes están poco dispuestos a esforzarse en ninguna tarea que no prometa resultados inmediatos. Es importante, por lo tanto, no abrigar expectativas irrealistas acerca del counseling con adolescentes. La experiencia clínica ha mostrado que los quinceañeros generalmente no experimentan cambios de personalidad profundos o dramáticos, viviendo felizmente después como resultado de sus esfuerzos terapéuticos. La mayoría vienen relativamente a pocas entrevistas; si estos clientes manejan todas las habilidades a lo largo de los puntos que he sugerido, generalmente consiguen una mejoría moderada (p. 99)

La forma principal en que la RET lleva a cabo las metas en la etapa final de la terapia es a través de las *tareas*. Una vez que el joven cliente acepta la posibilidad y deseabilidad de cambiar, el practicante tiene la suficiente fuerza de «pedir» que el cliente «haga una o dos cosas entre las sesiones». Por ejemplo puede pedir al cliente: «Eso estuvo bien, Steven». Realmente tuviste algunos buenos pensamientos. Para la próxima semana, hay unas cuantas cosas que me gustaría que practicases sobre las que hemos discutido hoy. Primero, no hagas montañas de granos de arena. Si algo malo sucede como que tu hermana se niega a jugar contigo, recuerda decirte las cosas que hemos escrito y que te llevas a casa (por ejemplo, no es tan malo, no tengo que enfadarme). Segundo, sobre un pedazo de papel, quiero que

me mantengas al tanto de cuantas veces te has enfadado. Escríbelo cuando te enfades en una escala de 1 a 10, lo que estaba sucediendo, y lo que hicistes. Y recuerda, date una palmadita en la espalda cuando controles tu genio.

A los niños y adolescentes se les acostumbra mandar por la gente y en la escuela hacer ciertas cosas en casa. Aunque evitamos la palabra «deberes», los comunicamos una actitud firme desde el principio de que se espera que hagan el trabajo fuera de las sesiones. La fase de las tareas es realmente la que más esfuerzo exige de los recursos personales del practicante. Es en esta ocasión que el joven cliente empieza a darse cuenta de que el practicante que hasta entonces había percibido como alguien que le entendía y como un amigo, va a pedirle que haga cosas que frecuentemente no quiere hacer, a menudo porque lo que implica es trabajar duro. Esto pone al practicante dentro del mismo rol que los padres y profesores del cliente. Este punto es el que el practicante empieza a pedir al joven cambiar, a veces rompe la relación. El cliente puede rápidamente reinterpretar el valor y la confianza puestos en el practicante. Al ser consciente de esto, el practicante puede debatir con el joven cliente la idea de que «Porque está diciéndome que haga algo que no quiero hacer, no es bueno» y que «Es injusto para él pedirme hacer eso».

Otro aspecto que permanece en mente es que los clientes que tienden a completar sus deberes escolares tenderán a hacer lo que les pidamos, mientras que aquellos que tienen una historia de no entregar sus deberes en la escuela tenderán a no seguirlos contigo. Recuerda, los problemas a los que te enfrentas al conseguir que un cliente coopere contigo serán los mismos que aquellos con los que se enfrentan los padres y los profesores del joven cliente. Por lo tanto, asegúrate de preparar tanto al cliente, a los padres, a los profesores, y a tí mismo antes de asignar tareas. Si sabes que el cliente no es probable que haga lo que pidas, o no se lo pidas o estate seguro de que el cliente está, debido a la relación que ha desarrollado contigo, preparado para cambiar la conducta pasada. No es infrecuente que establezcamos un sistema de refuerzo simbólico con los jóvenes clientes, para asegurar niveles apropiados de motivación. La comunicación y la cooperación con los padres es obviamente esencial.

Existen numerosas formas en las que el cliente puede practicar y aplicar las habilidades adquiridas durante las sesiones. Waters (1982a) indica las siguientes como típicas asignaciones de tareas: (1) auto-registro de sentimientos; (2) hacer una lista de demandas personales; (3) IRE; (4) practicar el cambio de sentimientos y pensamientos en una situación real; (5) tomar un riesgo responsable; y (6) auto reforzarse con auto-conversación positiva.

Young (1983) recomienda las siguientes tácticas para ayudar a los quinceañeros a aprender lo que es la terapia, lo que se espera de sus esfuerzos, y cómo poner el insight en acción:

1. Explicar los problemas psicológicos y emocionales como hábitos. A veces puedo animar el esfuerzo de los adolescentes etiquetando sus problemas como hábitos... Lo que hago generalmente es preguntar en cada sesión acerca de los programas. Cuando se narra una falta de mejoría puede atribuirse a un fracaso del cliente en poner en práctica lo que hemos estado discutiendo, sugiero que el problema del cliente, no importa lo complicado o doloroso que sea, es meramente un hábito. Después de algunas expli-

caciones y clarificaciones, señalo al cliente que puede esperar mejoría si pone el trabajo necesario para cambiar el hábito...

2. Chequear las expectativas del cliente acerca de la terapia. A menudo los adolescentes tienen una idea errónea de lo que esperar del counseling. Al menos que se corrijan estas concepciones erróneas, los clientes perderán probablemente la confianza en la terapia porque no les dará lo que quieren...
3. Copiar un esquema ABC para ellos. Aunque tengo frecuentemente éxito en ayudar a los adolescentes a entender por qué su pensamiento es irracional, encuentro difícil que consigan practicar el cambio y corregir sus ideas irracionales fuera de las sesiones de terapia... Por esta razón, intento delinear sus problemas en una pizarra u hoja de papel, usando el modelo ABC. En cada sesión, intento llevar al cliente a través del modelo, y también sugiero que se lleve mis esfuerzos escritos a casa y los mire si el problema aparece durante la semana.
4. Persistir en los insights aceptados. Una vez que un insight particular se ha presentado, entendido y aceptado por un quinceañero, sugiero con fuerza que esta información se repita sin ninguna modificación significativa. En otras palabras, persisto en lo que parece grabar el cliente sobre el origen cognitivo de su angustia y el uso de las mismas palabras, analogías, ejemplos visuales, y cosas por el estilo para reforzar el mensaje...
5. Decir al adolescente lo que pensar. He encontrado, a pesar de esfuerzos heroicos, que algunos adolescentes no van a aprender cómo razonar las cosas fuera, de acuerdo al dogma prescrito de la RET. En tales casos simplemente les doy sentencias correctas para pensar...
6. Organizar tareas. Generalmente intento designar algunas clases de tareas apropiadas para el cliente entre las sesiones... Por ejemplo, podría ayudar a un adolescente tímido a entender los orígenes cognitivos de su timidez, pero también quiero conseguir que haga algo asertivo, tal como ir a una fiesta, pedir a una chica que salga con él, o quizá decir no a alguien que generalmente complace con un sí. He encontrado que los jóvenes es probable que acepten las ideas de pensar racional después de que han puesto a prueba fuera experiencias que provocan emocionalidad. (pp. 99-101)

Hemos encontrado algunas de las siguientes actividades útiles para reforzar algunas de las ideas RET señaladas en las sesiones. A veces pedimos al joven que rellene un diagrama de «suceso-pensamiento-sentimiento-conducta» tal como se ha presentado con anterioridad en este capítulo. Se pide al joven que escriba debajo de los pensamientos que tiene en una situación problemática, su sentimiento sobre una escala de 1 a 10 puntos, sus reacciones y si su pensamiento era racional o irracional. Si el pensamiento era irracional, hay espacio para un nuevo pensamiento replanteado para escribir, así como para evaluar de nuevo los sentimientos y una descripción de una reacción nueva. Esta información se utiliza después como centro de atención para la siguiente sesión.

También frecuentemente ideamos materiales que enfatizan ciertos conceptos RET. Se proporcionan dos ejemplos en la Tablas 21-2 y 21-3. En la Tabla 21-2 se pide a un joven que describa ciertas cualidades positivas y negativas acerca de sí mismo en un esfuerzo por ensanchar su auto-concepto. En la Tabla 21-3 se ofrece práctica al cliente en aplicar su conocimiento acerca de por qué la gente

TABLA 21-2 Mis Características

<i>Cosas Positivas acerca de Mí</i>	
Cosas que hago:	1. 2. 3. 4. 5.
Cosas que hago para otra persona:	1. 2. 3. 4. 5.
Cosas que siento:	1. 2. 3. 4. 5.
Cosas personales:	1. 2. 3. 4. 5.
<i>Cosas Negativas acerca de Mí</i> (A veces yo...)	
Cosas que no hago:	1. 2. 3. 4. 5.
Cosas que no hago para otras personas:	1. 2. 3. 4. 5.
Cosas que pienso:	1. 2. 3. 4. 5.

TABLA 21-3 Cometer Errores

Causas de los Errores	1. Falta de habilidad 2. Descuidos o juicio pobre 3. No estudiar o estudio pobre 4. No tener bastante información, suposiciones erróneas 5. Cansancio o enfermedad 6. Opinión diferente
-----------------------	--

Instrucciones: Rellenar el cuadro

Error	Causa	Tus pensamientos acerca del que comete el error
1. Un bebé derrama leche sobre una bonita alfombra.		
2. El Sr. Smith no ve una señal de Stop y choca contra otro coche. Ambos conductores se lesionan.		
3. Ian fracasa en un examen importante.		
4. Mary pensaba que Damián era un chico interesante. Salió con él y pasó una tarde aburrida.		
5. La Sr. Dow grita a Doug por no entregar sus deberes a tiempo. El padre de Doug olvidó devolvérselos después de leerlos.		

comete errores. Estos tipos de tablas son recursos instruccionales útiles para manejar el material enseñado y son fáciles de desarrollar.

A través de estos ejemplos se verá que muchas de las tareas de la RET enfatizan no sólo la cognición sino también las dimensiones emotivas y conductuales de la

experiencia humana. Permite esforzarse para reunir el cambio cognitivo con el emotivo y conductual a través del uso de ejercicios experienciales e imaginativos.

Otra técnica que hemos encontrado valiosa para promover el entendimiento y aplicación completa de las técnicas de la RET es la del *intercambio de roles racional* (Kassinove y DiGiuseppe, 1975). Después de que el joven entienda las ideas racionales que subyacen a su problema, el practicante asume el rol del joven y el joven toma el rol del practicante racional que explica al cliente las causas de su problema. «El terapeuta pregunta cuestiones clarificantes y produce sólidos puntos que permiten al cliente ensayar con fuerza el pensamiento racional» (Grieger y Boyd, 1980, p. 180).

Una técnica relacionada con el intercambio de roles racional que un niño mayor puede emplear con éxito es el llamado *proselitismo racional* (Bard, 1973). Hemos visto esta técnica empleada por muchos jóvenes clientes que nos cuentan que han explicado las ideas a sus padres para ayudarles a entender lo que ellos estaban haciendo en las sesiones con el practicante. Esto frecuentemente ayuda a activar el ritmo en el que los jóvenes adquieren las bases de la RET, y puede tener el efecto de mejorar la relación del cliente con su familia. Los padres empiezan a ver que su niño está haciendo un intento honesto para cambiar.

Otras actividades cognitivas y conductuales que empleamos como tareas incluyen:

1. Práctica de representar las conductas y ensayar con el practicante, tales como aserción y extinción verbal.
2. Apuntar los pensamientos inquietantes que los clientes tienen durante la semana.
3. Poner a prueba fuera las alternativas generadas durante la resolución de problemas prácticos.
4. Pedir a otra gente que escriba cosas positivas acerca del joven cliente. Esto es especialmente útil para clientes negativistas.

La etapa final de la terapia es completada cuando el practicante evalúa que las metas de la terapia se han logrado. Waters (1982a) sugiere que los practicantes de la RET pregunten las siguientes cuestiones:

- ¿Es el niño capaz de resolver las perturbaciones emocionales?
- ¿Es el niño capaz de resolver los problemas prácticos?
- ¿Toma el niño la responsabilidad de sus propias emociones?
- ¿Están los niños y los padres satisfechos con los progresos? (p. 576)

Nosotros siempre informamos a los padres y al niño, que si desearan reanudar el tratamiento en el futuro, estamos siempre disponibles. Algunos practicantes envían unos formularios de seguimiento a los padres seis u ocho semanas después de que las sesiones de tratamiento se han terminado.

SESIONES DE ENTREVISTA CENTRALES

La siguiente es una breve lista de tópicos y contenidos de las sesiones de entrevistas intermedias:

1. *Revisión y discusión de los problemas presentes y análisis del problema.* Los padres y los niños frecuentemente traen problemas diferentes de aquellos que presentaron en las sesiones iniciales. Es importante para el practicante ser consciente de cómo los clientes están viendo sus problemas actualmente. Si los clientes están cambiando continuamente sus problemas cada semana, puede ser que ellos mismos no sean totalmente conscientes de su problema. Valorar la clarificación así como los ejercicios de conocimiento cognitivo y emotivo puede tener que emplearse en estas ocasiones.

2. *Tratar las tareas.* Si los clientes realizan sus actividades para casa, sabes que es más probable que te apoyen y estén motivados para cambiar. Los datos de las tareas relativos a los pensamientos, sentimientos y conductas permiten al practicante desenmarañar totalmente las dinámicas del problema. Si las tareas no se completan, debería situarse el énfasis en la naturaleza colaboradora de la relación de counseling.

3. *Manejar la resistencia a las tareas.* No es inusual durante los primeros días de la terapia que los clientes fallen al realizar fuera las tareas asignadas. Los practicantes no deberían llegar a desanimarse mucho, porque, como Nina Woulff, terapeuta RET, ha señalado, «es esta gran resistencia el camino principal de las creencias irracionales, la cual está perpetuando el ciclo de interacciones alrededor del síntoma» (1983, p. 379). Frecuentemente se coge a los padres un número de sesiones antes de que ellos sean totalmente complacientes con las directrices a seguir, por ejemplo, firmes y estrictos. Esto puede ser debido a dificultades emocionales («Un niño debe amar a sus padres siempre»). Es tarea del practicante identificar y desafiar las creencias irracionales de los padres y de los niños que están interfiriendo con el progreso.

4. *Decidir sobre la forma de tratamiento.* Como expone esta terapia es tarea del practicante decidir si un problema particular justifica que todos los miembros de la familia se vean juntos o separados. DiGiuseppe (1983) sugiere que, si un niño presenta conducta manipulativa, los padres y los niños deberían verse separadamente. Algunos practicantes de familia RET emplean un formato «mixto» de tratamiento donde se ve al niño sólo primero durante la primera parte de la sesión, después a los padres, y todos los miembros de la familia se ven en lo que queda de sesión.

5. *Reforzar los progresos del cliente.* Los abundantes elogios por los esfuerzos, así como para algún progreso, *aunque sea pequeño*, son importantes. Elogios a la conducta, no al cliente.

6. *Elicitar nuevos problemas.* Es útil preguntar a los clientes si hay algún nuevo problema que deseen discutir. Los nuevos problemas ayudan a definir adicionalmente las filosofías, creencias, estilo de vida y metas de los clientes.

7. *Comunicar la interpretación resumen de los problemas de los clientes.* Asegúrate de comprobar que tus inferencias relativas a los ABC de un problema se relacionan con el del cliente. Si el cliente no acepta tu análisis, conseguirás ver si estás equivocado en algún dato importante o si los clientes están resistiéndose. En cada caso, los clientes han de alcanzar un punto de vista cognitivo de sus problemas antes de que la RET pueda comenzar (Este es el caso especial cuando se van a utilizar los procedimientos cognitivos disputacionales).

8. *Seleccionar un problema para la sesión.* Los jóvenes clientes, especialmente los menos expresivos, necesitarán ser guiados en este proceso de selección.

Intenta centrar tu discusión alrededor de un problema en vez de moverte de uno a otro. Los problemas seleccionados deberían ser consistentes con los diferentes cambios cognitivos, emotivos y conductuales acordados por el cliente (padres y/o niño).

9. *Discutir las metas y principios de la RET en términos del problema seleccionado.* Esta etapa agrupa enseñar los insights básicos y los ABC de la RET.

10. *Resumir a los clientes en su propio lenguaje lo que se está cambiando y cómo se está cambiando.* Los clientes deberían tener una idea bastante buena de cómo sus emociones, conductas y cogniciones influyen en la consecución de sus metas a corto y a largo plazo. Con los niños mayores, adolescentes y padres debería reconocerse el rol de auto-conversación racional y de desafío del debate.

11. *Emplear los procedimientos de resolver los problemas emocionales y prácticos.* Estos procedimientos concuerdan con el nivel de desarrollo de los clientes e incluye los descritos en la sección de construir habilidades de este capítulo.

12. *Repetición y ensayo de los procedimientos, incluyendo aquellos requeridos para las tareas.* Como hemos enfatizado, la práctica del pensamiento racional y otras habilidades emotivas y conductuales es crucial si los clientes están manteniendo las habilidades en las situaciones de la vida real. Por consiguiente, se proporciona el tiempo suficiente durante las sesiones para que los clientes practiquen los procedimientos de cambio cognitivo básico. También, es muy importante que los clientes entiendan exactamente lo que necesitarán para hacer las tareas (por ejemplo, cómo rellenar un auto-informe o llevar a cabo un ejercicio de asertividad conductual):

13. *Concertar las próximas citas.* Sigue siendo una buena idea continuar viendo a los clientes semanalmente (o más a menudo si es necesario) para asegurar los progresos hechos por los clientes al resolver sus propios problemas emocionales y prácticos.

SESIONES DE ENTREVISTAS ULTIMAS Y FINALES

1. *Discutir las tareas y revisar los progresos y los problemas de las semanas anteriores.* Las tareas experimentan un incremento importante si revelan que tienen lugar cambios significativos en los clientes. Se utiliza cada vez más tiempo en analizar los progresos y contratiempos en las situaciones de la vida real. Se pide a los clientes que cuenten los éxitos y fracasos significativos de las experiencias cuidadosamente. Tal feedback permite al practicante designar nuevas experiencias que aborden la responsabilidad idiosincrásica de los clientes.

2. *Repetir, modificar, o emplear nuevos procedimientos cognitivo-emotivo-conductuales.* Pueden pasar muchas sesiones hasta que los problemas difíciles muestren mejoría. Para estos problemas, a veces es posible introducir diferentes procedimientos durante las sesiones (ejemplo, relajación, entrenamiento en asertividad y auto-afirmaciones racionales). Al hacerlo así, llega a ser más fácil determinar qué métodos de la RET funcionan mejor y si los cambios que tienen lugar más rápidamente están dando en el blanco de los cambios cognitivos, emotivos y/o conductuales.

3. *Ayudar a los clientes a identificar los progresos.* Durante las últimas sesiones, es importante señalar tanto a los padres como a los niños las diferentes

formas en las que ves las mejorías. Elogiar los esfuerzos del individuo para cambiar puede funcionar creando un incremento de auto-estima y un locus of control interno. A veces los padres están tan enredados con los problemas de sus hijos que fracasan en observar o apreciar los cambios significativos que ocurren con sus hijos. Los niños, también, vigilan los cambios en las conductas de sus padres.

4. *Los clientes ensayan su enfoque ante la reaparición del problema.* Una forma simple pero efectiva para preparar a los clientes para una recurrencia de los problemas es prepararles para esa eventualidad. Indicando a los clientes que es posible que los viejos problemas puedan aparecer de vez en cuando y ahora tienen las habilidades de tratar con ellos para ayudarse a estar seguros que no les cogerán de improviso la reaparición de los problemas y, como consecuencia, serán más capaces de manejarlos. Se pide a los clientes que imaginen que reocurren los problemas y describan cómo pueden pensar racionalmente su forma de salir de ellos.

5. *Discutir las formas de mantener y generalizar los progresos.* Como Ellis ha escrito y ha dicho en conferencias a lo largo de muchos años, los cambios requieren *continuo* trabajo duro y algunas personas necesitan siempre un tiempo durante la vida para romper los modelos de pensamiento contraproducentes. Por lo tanto, apuntar a los clientes que para que los progresos terapéuticos se mantengan, es importante continuar practicando la reformulación racional de los conceptos y de las creencias de modo que su sistema de creencias global esté permanentemente modificándose. Es extremadamente educativo para el practicante pedir a los clientes cómo tratarían con las situaciones nuevas que el practicante puede anticipar serían perturbadoras. Las respuestas de los clientes indican cuando es probable que generalicen las ganancias que han mostrado al tratar con los problemas específicos. Otras cuestiones para preguntar podrían incluir (a) ¿Cómo explicar los cambios que han ocurrido? (b) ¿Cómo podrías deslizarte en los viejos modelos? (c) Específicamente, cómo tendrías que pensar y reaccionar para volver a la vieja rutina? (Woulff, 1983).

6. *Disponer de posteriores contactos si se requiere.* Nuestra práctica es indicar a todos los clientes que estamos disponibles en el futuro si quieren volver a vernos. Esta opción permite a algunos clientes enfrentarse con problemas subsecuentes con más seguridad, sabiendo que puede estar en contacto con nosotros si surgen dificultades. No animamos una relación dependiente. En vez de esto, comunicamos una actitud de interés más allá de las fronteras de las sesiones de counseling.

TRANSCRIPCION DE UN CASO

Terminamos este capítulo con una extensa transcripción de una sesión de entrevista final con un chico de 14 años, Craig. El mayor problema que expresaron tanto él como sus padres era su frecuente enfermedad (glándulas inflamadas, garganta dolorida, fiebre, debilidad) que ocurría todos los meses y le mantenía en casa de tres a cinco días. El brote de estos ataques de enfermedad parecían estar asociados con el estrés de la escuela y especialmente con los deberes y con estudiar para los exámenes. El cliente era extremadamente brillante (CI 130). Su principal dificultad emocional se encontraba en la «ansiedad» asociada con sus actitudes de «exigencia» y «perfeccionismo». En esta última sesión, se revisaron los conceptos

de la RET extensamente, de modo que el cliente pudiera escucharlas durante el verano. (Se grababa cada sesión). Por esta razón, el terapeuta tendió a tomar la palabra la mayor parte del tiempo.

- TERAPEUTA: ¿Sobre qué hablaremos hoy? ¿Qué tipo de cosas te gustaría revisar?
- CLIENTE: Uh, sobre todo una posible recaída. Necesito concentrarme más para no caer, de modo que no esté estudiando demasiado duro, demasiado tiempo, demasiado.
- TERAPEUTA: De acuerdo. Bien ¿cómo sabes cuando al principio de todo podías estar estudiando demasiado tiempo, demasiado duro? ¿Cuál es la señal para tener pensamientos positivos? No se van a materializar de repente: a veces has conseguido recordarte tener pensamientos positivos y generalmente ese es el problema cuando comienza a aparecer, ¿qué es lo que pasa en tu caso?
- CLIENTE: Um, empiezo a sentirme bastante rendido al decir, 8:30, un cuarto de hora para las nueve, pero todavía tengo bastantes cosas que hacer, porque a veces no consigo empezar hasta decir, las 7:30.
- TERAPEUTA: Uh-uh.
- CLIENTE: Así.
- TERAPEUTA: De acuerdo. Nos paramos aquí un minuto. Esas son las señales del cuerpo, ya hablamos sobre ellas anteriormente.
- CLIENTE: Sí.
- TERAPEUTA: Esas son tus señales para empezar a pensar.
- CLIENTE: Sí.
- TERAPEUTA: Bien. Ahora te dices pensamientos positivos y dirías sí, pensamientos positivos, pero son también señales para que pienses en no empujarte demasiado duro. Ese es el primer mensaje. Cuando te sientes cansado —sabes— me siento cansado, probablemente voy a caer enfermo, por tanto, haría mejor en empezar a trabajar. O planeo que puedo tener más descanso o planeo ir a la cama antes y olvidarme del trabajo que no he conseguido hacer.
- CLIENTE: Sí.
- TERAPEUTA: De modo que tus síntomas físicos de cansancio, fatiga, e irritabilidad, serán señales para que empieces a tener pensamientos. Bien y para que tuviese aquellos pensamientos sería mejor que pensase en relajarme y no empujarme demasiado duro, si no lo hago así voy a caer enfermo. ¿Tiene eso sentido para tí?
- CLIENTE: Sí.
- TERAPEUTA: De acuerdo. Ahora tengo una pregunta para tí. Hay dos formas de empezar a cambiar la excesiva preocupación, y yo todavía creo que tiendes a preocuparte excesivamente por tu rendimiento escolar. Una forma es bajar el listón, y la otra es mantener el listón sin esperar, no esperando menos, pero si no logras ese nivel no te machaques inmerecidamente. ¿Qué pasa a la larga? ¿Cuál de éstos es un problema para tí, y cuál proporcionaría quizá una solución parcial para reducir tu preocupación?
- CLIENTE: Um, pienso que la segunda sería una idea mejor para mí, en vez de bajar el listón, porque eso realmente es lo que no quiero hacer.
- TERAPEUTA: De acuerdo. Eso segundo se llama *exigencia* —y puede que sea un viejo amigo nuestro porque pienso que ha surgido antes—. Tú te exiges lograr un alto nivel y si no lo logras no te machaques y eso es lo que a tí te

- preocupa, tú te preocupas acerca de lo que sucedería si no vives con arreglo a ese alto nivel. Eso es de lo que hablamos hace varias semanas, y tu preocupación era de algún modo tu valor... como cuando una persona se rebaja. Creo que estábamos de acuerdo en que eso era irracional, que eso no era una cosa sensata y estabas de acuerdo si bien decías «No tengo que hundirme realmente».
- CLIENTE: Sí.
- TERAPEUTA: De modo que esa sería una forma que tendrías que practicar a la larga. El hecho es que si incluso no consigues una A en Inglés no te hará una persona sin valía; fuéstrate a tí mismo a creer eso. No te obligues. Te adhieres a las viejas ideas mientras alabas las nuevas sin hacer nada. Para renunciar a aquellas viejas ideas vas a tener que obligarlas a salir de tu cabeza. Cada vez que incluso pienses que podías estar pensando en ellas debes debatirlas. Debes decirte esas no son ciertas, el Dr. Wise me ha dicho esto, debo creerle. De modo que esa es una idea que creo aguanta la repetición y que a la larga prevendrá las recaídas, porque creo que probablemente todavía pelearás y te empujarás, demasiado duro. La razón por la que haces eso es porque necesitas desesperadamente conseguir ese nivel y tienes miedo de no conseguirlo. Voy a decirte, que a la larga, te arriesgas y si no lo consigues mira los efectos que se han producido. No te das realmente una oportunidad todavía para verlo. ¿Entiendes lo que estoy diciendo? No te permites fracasar. Te esfuerzas y te empujas tan duro para no fallar, y lo que yo te digo es, cuando surja la oportunidad como a mitad de año, date una oportunidad y si es una cuestión de tu salud o la diferencia entre una B+ o una A- pensaría que tu salud querría ponerse primero; y también evalúa tu yo, evalúa lo fuerte que eres como persona capaz de apoyar una ejecución menos que perfecta, porque tu no vas a estar fracasando en todo y a la larga, tu no estarás haciéndolo tan bien, porque te colocas un alto estándar, ¿no es eso?
- CLIENTE: Sí, es así.
- TERAPEUTA: De acuerdo. ¿Qué significa todo esto en tus palabras? (Risas). El 10 palabras o menos.
- CLIENTE: (Risas). Um, no debería colocarme los listones altos y esperar alcanzarlos. Redactaré esto. No debería ponerme listones altos y trabajar y trabajar de modo que los consiga y después caer enfermo.
- TERAPEUTA: Bien, ese es un buen argumento.
- CLIENTE: De modo, que o bajo mi listón o lo sigo manteniendo alto y me doy cuenta de que quizá no llegaré allí si no me obligo a mí mismo a trabajar tan duro.
- TERAPEUTA: ¿Cómo lo llamamos cuando te fuerzas a alcanzar ese nivel alto? Eso es lo que tú haces con tus amigos cuando no logran sus estándares, y lo mismo haces contigo. Tú exiges, así que podemos cambiar las demandas por preferencias, de modo que cuando tú sientes que están demandándote la obtención de ese alto nivel, podrías debatir esa exigencia diciendo, «Me gustaría. Lo preferiría, pero no lo exigiré». Porque si exiges, te empujarás demasiado duro, de modo que se llamaría cambiar una exigencia por una preferencia o por algo que te gusta o por un deseo, sabes, sería agradable si eso sucediese, pero no tengo que. ¿Tiene eso sentido?
- CLIENTE: Sí.
- TERAPEUTA: Puedes ver cómo aplicar eso a tus amigos.

- CLIENTE: Sí.
- TERAPEUTA: De acuerdo. Ahora me dijiste la última semana que no ibas a exigir que ellos sean perfectos —porque tú haces alguna de las cosas que ellos hacen—. Eso es cambiar tu listón, lo cual está muy bien. ¿Ves eso? Tú dices, yo quiero... ser perfecto. Ya que me doy cuenta de que soy imperfecto, ¿Por qué debería esperar eso de ellos? No hay ninguna razón. De modo, que eso es cambiar un estándar, lo cual está bien; pero otra cosa con la que pienso que no tratas exitosamente con tus amigos es la exigencia, dejar de demandar cualquier nivel que tú podrías colocarles. Tú lo has bajado, pero ¿qué sucede cuando ellos no? Somos todos culpables de eso, nos sentimos muy defraudados cuando la gente no logra los niveles mínimos, ¿de acuerdo? Pienso que todos podríamos beneficiarnos de aceptar a la gente como es y desear que sea diferente, pero no exigirlo. ¿Piensas que todavía has exigido un poco en tu propio beneficio?
- CLIENTE: Sí, probablemente.
- TERAPEUTA: ¿Cómo exiges de tí mismo?
- CLIENTE: Mm.
- TERAPEUTA: Yo creo que tienes una creencia predominante y es tu exigencia sobre tí mismo y el mundo. Exiges ser perfecto o tener un éxito casi absoluto en tu trabajo, lo mismo que exiges de tus amigos, que vivan de acuerdo a tus normas. Ahora has cambiado tus normas, y esa es la mitad de la solución. Pero ¿por qué exiges? ¿Cuál sería un punto de vista más saludable hacia tus amigos, en lugar de exigirles que sean de la forma que tú quieres que sean, ¿qué podrías decirte a tí mismo?
- CLIENTE: Algo así como que ellos no están haciendo lo que yo espero de ellos, pero incluso así son todavía buena gente.
- TERAPEUTA: De acuerdo, pero te *preocupa* que estén viviendo de acuerdo a una cierta norma porque tú la posees como importante, así que más bien que decir ellos *tienen que* ... ¿ellos tiene qué? Nombra alguno de los valores de tus amigos.
- CLIENTE: Tienen que ser generosos.
- TERAPEUTA: De acuerdo, y supón que coges a uno siendo egoísta en un momento donde piensas que debería ser generoso, ¿de acuerdo? Este es el problema. Bien, entonces podrías decir más bien, que *no tiene que* ser egoísta y él no es un buen compañero porque es egoísta, podrías decir que yo deseo que no fuese tan egoísta en ese momento como ha sido. Yo deseo. Ahora, cuál piensas que es la consecuencia de desear que fuese menos egoísta en ese momento de lo que fue?
- CLIENTE: No tendría que exigir.
- TERAPEUTA: De acuerdo. ¿Cuáles serían tus emociones entonces?
- CLIENTE: No llegaría a estar tan excitado por eso.
- TERAPEUTA: Tanto.
- CLIENTE: Tanto.
- TERAPEUTA: De modo, que todavía estarías irritado, pero no estarías tan excitado, y ¿qué sucedería si te excitases?
- CLIENTE: Caería enfermo.
- TERAPEUTA: De acuerdo, bien, y ¿con tus amigos? No elegirías tenerlos.
- CLIENTE: Sí.

- TERAPEUTA: Recuerda que dijiste que te gustaría tener algunos amigos más, pero debido a que te decepcionan consigues deprimerte un poco. Pero si tú adoptases una actitud más aceptante hacia tus amigos y la gente que encuentras, entonces cuando te decepcionen podrían aceptarlo y no conseguir de este modo trastornarte emocionalmente por sentirte herido, de este modo evitas aquellos tipos de encuentros. ¿Ves la cualidad de esa actitud exigente y cómo influyen tus emociones y conducta hacia los otros? Esa misma actitud caracteriza tu relación contigo mismo. Tratemos de nuevo tu mundo de trabajo, tus deberes. ¿Qué tiene que ver la exigencia con tus sentimientos y tu conducta, y que podrías hacer para cambiar la exigencia?
- CLIENTE: Para cambiar, me diría que me gustaría conseguir un A- y B+ en estas asignaturas, pero que no tengo que hacerlo así ...
- TERAPEUTA: Bien.
- CLIENTE: Eso no va a hacerme una mala persona, significa que en vez de conseguir una A- consigo una B+ y quizá debido a eso no enfermaré.
- TERAPEUTA: Bien, y ¿cómo tus emociones se relacionan con la exigencia? Si dices que deseo poder conseguir una A- más bien que una B+ pero que no es el fin del mundo ¿cuál crees que sería tu nivel de depresión?
- CLIENTE: No sería tan alto.
- TERAPEUTA: ¿Cómo lo consigues?
- CLIENTE: Si pienso que me exijo conseguir una A- más bien que una B+.
- TERAPEUTA: Bien. De modo que en términos de tu pregunta para prevenir la recaída a largo plazo, todavía razonaría que podrías hacer más ejercicios de cara a recambiar tus pensamientos. Cuando estés abiertamente estresado tenderás a ponerte enfermo. Parte de ese estrés es tu expectativa muy alta de tí mismo. Otras personas estarían menos estresadas porque no exigirían la perfección como haces tú. Así parte de tu estrés es producido por lo que tú traes a la situación. Así puedes tener uno de tus amigos en una situación similar a la tuya en los exámenes y esperar hacerlo bien, pero ya que no se exige la perfección va a tener menos estrés que tú. Alguno de tus amigos son menos exigentes; supongo que todos tus amigos se exigen menos que lo que tú haces.
- CLIENTE: Sí.
- TERAPEUTA: Y no reaccionan de la misma forma que tú. Tu único problema es que al conseguirlo tienes este pequeño talón de Aquiles que te hace caer enfermo. De otra manera tú serías sólo una persona preocupada y sabes que eso es desagradable. Todo el mundo vive con preocupación pero tu preocupación es una reacción de estrés y eso lleva a que caigas enfermo. Diría, en términos de prevenir la recaída, que des algún pensamiento formal para ser menos exigente y aplícalo primero a tus amigos y mira cómo funciona. Como digo, has cambiado tus actitudes sobre lo que esperas de ellos, pero ahora intenta cambiar la exigencia y cambia tus exigencias a preferencias. Luego fuéstrate a cambiar tus exigencias de tí mismo. Tú puedes renunciar al perfeccionismo y aceptar el hecho de que a veces fracasará. Eso no significa que seas inútil como tú dijiste, y que el mundo va a terminarse. Yo (risas); yo he fracasado bastantes veces para probarlo. Así, entonces, te sentirás menos estresado. Es sólo cuando tú estás asustado de fracasar, asustado de cometer una equivocación, cuando cualquier cosa es estresante, especialmente en la es-

cuela, la cual valoras cantidad. Así si aceptas el hecho de que incluso en tus deberes está bien fracasar, eso a la larga no importará, de modo que te relajarás un poco más y ¡no caerás enfermo! Yo valoro mi trabajo, no tanto como tú lo haces, pero creo que mis estándares para mi trabajo son probablemente casi tan altos como los tuyos. Si no lo fuesen me harían tan disparatado como a tí (ambos se ríen). Quiero decir que son bastante altos pero no exige la perfección. Tengo reacciones de estrés. ¿Tienes tú reacciones de estrés? Yo tengo reacciones de estrés, pero no son tan graves como las tuyas, porque yo acepto el hecho de que, lo primero de todo, si yo fracaso todavía viviré y otros me aceptarán. Esa es una lección que aprenderás, con ilusión, a través de la experiencia, que cuando fracasas en cosas, que puedes aceptarte y que otros pueden aceptarte. Porque tú eres simpático. No hay nada erróneo en tí, ¿No es así? Yo te encuentro razonablemente agradable e inteligente; así que tendrás tus amigos a pesar de que fracasas una o dos veces. Recuerda, dijiste que si fallabas en tu examen de música o en otra cosa tus amigos se reirían de tí, y dijiste que eso te molestaría. Ellos no tomarían eso contra tí; eso podría mostrar que eres humano. Así que todavía pienso que podrías trabajar más en tu pensamiento aunque pienso desde luego que has progresado mucho en tu forma de pensar desde que hablé contigo la primera vez —lo que sería hace seis u ocho semanas o algo así—. ¿Pensas que en este tiempo has podido pensar en alguna de estas ideas algo más?

CLIENTE: Sí.

TERAPEUTA: Cuando te ví la primera vez, tenías los fundamentos ¿no es así? Pero creo que ahora has estado martilleando por mí una y otra vez, de modo que está comenzando a calar?

CLIENTE: Sí.

TERAPEUTA: Bien. Ahora que has registrado mi saber, puedes también hacerlo contigo. Para el próximo año ¿estarás aquí el próximo año? Yo estaré aquí. Bien. De modo que si sientes la urgencia de venir y repetir alguna de estas cosas, las ensayaremos de nuevo, eso estaría bien, refrescará tu memoria ... Bien, mi discurso termina por hoy, ¿hay algo más que te gustaría sacar a colación?

REFERENCIAS

- Bard, J. A. Rational proselytizing. *Rational Living*, 1973, 8, 1315.
- Bernard, M. E. The effects of advance organizers and within-text questions on the learning of a taxonomy of concepts. *Technical Report No. 357*. Wisconsin Research and Development Center for Cognitive Learning, 1975.
- Bernard, M. E. The effects of advance organizer, sequence of instruction, and postorganizer on the learning and retention of a taxonomy of concepts. *The Australian Journal of Education*, 1977, 21, 2533.
- Bernard, M. E., Kratochwill, T. R., & Keefauver, L. W. The effects of rationalemotivetherapy and self-instructional training on chronic hairpulling. *Cognitive Therapy and Research*, 1983, 7, 273-280.
- De Voge, C. A. behavioral approach to RET with children. *Rational Living*, 1974, 9, 23-26.
- DiGiuseppe, R. A. The use of behavioral modification to establish rational self-staments in children. *Rational Living*, 1975, 10, 1820.

- DiGiuseppe, R. A. Cognitive therapy with children. In G. Emery, S. D. Hollon & R. C. Bedrosian (Eds.), *New directions in cognitive therapy*. New York: Guilford, 1981.
- DiGiuseppe, R. A., & Bernard, M. E. Principles of assessment and methods of treatment with children. In A. Ellis & M. E. Bernard (Eds.), *Rational-emotive approaches to the problems of childhood*. New York: Plenum Press, 1983.
- DiGiuseppe, R. A., & Kassinove, H. Effects of a rational-emotive school mental health program on children's emotional adjustment. *Journal of Community Psychology*, 1976, 4, 382-387.
- Ellis, A. Rejoinder: Elegant and inelegant RET. *The Counseling Psychologist*, 1977, 7, 73-82.
- Ellis, A., & Bernard, M. E. (Eds.), *Rationalemotive approaches to the problems of childhood*. New York: Plenum, 1983.
- Grieger, R. M., & Boyd, J. D. *Rational-emotive therapy: A skills-based approach*. New York: Van Nostrand Reinhold, 1980.
- Grieger, R. M., & Boyd, J. D. Childhood anxieties, fears and phobias: A cognitive-behavioral psychosituational approach. In A. Ellis & M. E. Bernard (Eds.), *Rational-emotive approaches to problems of childhood*. New York: Plenum, 1983.
- Harris, S. R. Rational-emotive education and the human development program: A guidance study. *Elementary School Guidance and Counseling*, 1976, 11, 113-123.
- Kanfer, F. H., Karoly, P., & Newman, A. Reduction of children's fear of the dark by competence-related and situational thought-related, verbal cues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1975, 43, 251-258.
- Kassinove, H., & DiGiuseppe, R. A. Rational role reversal. *Rational Living*, 1975, 10, 44-45.
- Kendall, P. C., & Hollon, S. D. (Eds.), *assessment strategies for cognitive-behavioral interventions*. New York: Academic Press, 1981.
- Knaus, W. J. *Rational emotive education: A manual for elementary school teachers*. New York: Institute for Rational Living, 1974.
- Spivack, G., Shure, M. B. *Social adjustment of young children: A cognitive approach to solving real life problems*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1974.
- Sutton-Simon, K. Assessing belief systems: Concepts and strategies. In P. C. Kendall and S. D. Hollon (Eds.), *Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions*. New York: Academic Press, 1981.
- Walen, S. R., DiGiuseppe, R., & Wessler, R. L. *A practitioner's guide to rational-emotive therapy*. New York: Oxford University Press, 1980.
- Waters, V. The living school. *RETwork*, 1981, 1, 1.
- Waters, V. Therapies for children: Rational emotive therapy. In C. R. Reynolds & T. B. Gutkin (Eds.), *Handbook of school psychology*. New York: Wiley and Sons, 1982a.
- Waters, V. RET with a child client. Unpublished manuscript, 1982b.
- Woulff, N. Involving the family in the treatment of the child: A model for rational-emotive therapists. In A. Ellis & M. E. Bernard (Eds.), *Rational-emotive approaches to the problems of childhood*. New York: Plenum, 1983.
- Young, H. S. A framework for working with adolescents. *Rational Living*, 1974, 9, 2-7.
- Young, H. S. Principles of assessment and methods of treatment with adolescents: Special considerations. In A. Ellis & M. E. Bernard (Eds.), *Rational-emotive approaches to the problems of childhood*. New York: Plenum Press, 1983.

RET y Temas de Mujeres*

Janet Wolfe

Las mujeres han sido durante mucho tiempo las principales consumidoras de los servicios psicoterapéuticos, excediendo a los hombres, a razón de dos a uno (Chesler, 1972; Worrell, 1980). El cambio natural de los roles de hombres y mujeres en los pasados 15 años, junto con un emergente conocimiento por parte de la salud mental comunitaria de la sobre-representación de las mujeres en ciertos trastornos emocionales, ha indicado la necesidad de una terapia más concordante en ayudar a las mujeres con los problemas prácticos y emocionales a los que se enfrentan cuando emprenden la excitante pero difícil transición a roles más extensos. La terapia racional-emotiva, combinada con un examen crítico de los mensajes de socialización de los roles-sexuales de las mujeres como «caldo esencial» en el que abundan las creencias irracionales, se percibe como enfoque particularmente eficaz para ayudar a esta población.

TEMAS DE MUJERES: PUESTA AL DIA

Las mujeres, como hemos indicado, han estado tradicionalmente sobrerrepresentadas en la población de terapia (Rothblum, 1983). Nosotros conocemos bien a estas mujeres. Vienen a los despachos y clínicas de terapia con perturbaciones psicológicas vinculadas, en su mayor parte a impotencia —sentimientos de inadecuación, baja auto-estima crónica, culpa, pasividad, depresión y ansiedad—. Estos síntomas son un subproducto natural del que las mujeres son impregnadas desde la infancia en la idea de que su valía y felicidad deberían derivarse de vivir por y hacia los otros (Heriot, 1983). Entre los desórdenes femeninos predominantes están la depresión (Weissman y Ierman, 1977), la agorafobia (Fodor, 1974), la obesidad (Fodor, 1982; Stuart, 1979), y la anorexia (Wooley y Wooley, 1980). A pesar de la significativa sobrerrepresentación de las mujeres en estos desórdenes

* Este capítulo se publicó originalmente en Albert Ellis y Michael Bernard (Eds.), *Applications of rational-emotive therapy* (New York: Plenum Press, 1985).

(por ejemplo, entre las anorexias hay del 75 al 85 % de mujeres), pocos clínicos han intentado esforzarse para entender la importancia del aprendizaje del rol sexual cuando tratamos con mujeres con estos tipos de trastornos (Berzins, 1975).

Además de tratar con estos trastornos más «tradicionales», los terapeutas están tratando con clientes femeninos cuyos conflictos están relacionados con cambios significativos que han ocurrido en las áreas económica, política y legal durante los últimos 15 años. El movimiento feminista, el cambio de la composición de las familias americanas y la Enmienda del Título IX del Acta de Derechos Civiles de 1979 son fuentes de cambio cultural que ha motivado a los individuos a alterar sus actividades, expectativas y sistemas de valores en su estilo de vida (Worell, 1980).

Las mujeres ahora forman familias mono-parentales más frecuentemente, se casan más tarde, tienen menos hijos y están integrándose en las filas del personal laboral en una proporción muy alta (Block, 1979). Los conflictos típicos con los que luchan son entre otros:

- «¿Tengo que ser una supermujer?»
- «¿Me equivocaré en la vida si no tengo hijos?»
- «¿Cómo puedo ser feliz y disfrutar si no tengo una relación con un hombre?»
- «¿Cómo puedo conseguir que mi compañero comparta más responsabilidad en casa?»
- «¿Cómo puedo romper las posiciones de poder en mi esfera de hombres dominantes?»
- «¿Dónde puedo encontrar un modelo de rol si no quiero ser como mi madre o como un ejecutivo hombre dirigente?»
- «¿Puedo arriesgarme a casarme sin perderlo todo?»
- «¿Puedo ser realmente yo misma con un hombre? ¿El quiere realmente un igual?».

CAMBIO DE INSTRUCCIONES EN TERAPIA PARA MUJERES

La discriminación de la sociedad contra las mujeres se refleja en la forma en que se han tratado tradicionalmente en terapia las perturbaciones de las mujeres. En la terapia de orientación psicoanalítica, por ejemplo, esforzarse por la autonomía o salirse totalmente de los roles tradicionales de mujer y madre se ha interpretado como envidia del pene o protesta masculina. Los datos de los clientes y terapeutas incluidos en casi todos los tipos de terapia muestran que existe tratamiento diferencial de hombres y mujeres. Por ejemplo, cuando hombres y mujeres neurótico-depresivos que están igualmente trastornados se comparan con respecto a la duración del tratamiento y a la prescripción de medicamentos, las mujeres asisten a un mayor número de sesiones de terapia y se les da una medicación más potente que a los hombres (Stein, Del Gaudio y Ansley, 1976). En estudios, comparando los terapeutas tradicionales y feministas, la mayoría de las mujeres pensaban de sus terapeutas no feministas como manipulándolas dentro del rol de mujeres «dependientes» y como ser impersonal y paternalista (Levine et al, 1974).

Estimulado por escritos del movimiento feminista criticando el tratamiento terapéutico tradicional de las mujeres (Chesler, 1972; Wyckoff, 1977), ha habido un crecimiento en la literatura terapéutica sobre la etiología del estrés emocional

en las mujeres y sobre los procedimientos terapéuticos potencialmente eficaces (Franks, 1979; Brodsky y Hare-Mustin, 1980; Robbins y Siegel, 1983). La importancia de desarrollar habilidades y conocimientos especializados en el tratamiento de las mujeres fue subrayado por un Comité de Estudio de la Asociación Americana de Psicología, que recomendaba que los profesionales de salud mental desarrollaran mayor sensibilidad para los problemas mentales y las realidades socio-económicas de las mujeres, y desarrollaran modelos de distribución de servicio psicológico especial adaptado a ellas (APA, 1975, 1978).

A pesar de estas recomendaciones, la atención a temas de rol sexual parece estar restringido a un grupo pequeño de profesionales de salud mental (principalmente mujeres con una orientación feminista que típicamente constituye el 95 % o más del público en los paneles de las convecciones que tratan «temas de mujeres»). La formación de psicología clínica tradicional refuerza las visiones estereotipadas de las mujeres (Weisstein, 1971), y el sexismo continúa metiendo la cabeza en la salud mental comunitaria. Por ejemplo, las recomendaciones de la «abuela» en diversos estudios sobre estereotipos de rol sexual y problemas de salud mental demuestran un doble criterio de salud mental (Broverman et al, 1970). Los clínicos clasifican a las mujeres sanas como más sumisas, menos independientes, menos competitivas, más excitables y emocionales, y menos objetivas que los hombres. Esta evaluación negativa, que refleja criterios sociales sexuales estereotipados de conducta, pone a las mujeres en una doble atadura. Si ellas adoptan lo más saludable, las conductas más socialmente deseables del «adulto competente y maduro», se arriesgan a la censura por ser poco femeninas. Si adoptan conductas «propias de una mujer» menos saludables y menos deseables socialmente, son vistas como «incompetentes» e «inmaduras» (Franks, 1982; Kelly et al, 1980).

Las recomendaciones feministas para la terapia con mujeres son que los terapeutas incitarán la salud mental si ayudan tanto a los hombres como a las mujeres a realizar el potencial individual más bien que la modificación de los roles sexuales restrictivos existentes. Esto ha sido apoyado por un pequeño pero creciente cuerpo de literatura que apoya la vinculación entre el andrógino psicológico (tener un repertorio de conductas tanto «masculinas» como «femeninas») y la salud mental positiva. El andrógino psicológico se ha encontrado asociado con una gran madurez en nuestros juicios morales (Block 1973) y un alto nivel de auto-estima, mientras que la feminidad extrema se correlaciona con alta ansiedad, alto necroticismo y baja auto-aceptación (Spence, Helmreich y Stapp, 1975). Bem y Lenney (1976) encontraron que las personas psicológicamente andróginas se encontraban cómodas en un campo más amplio de actividades, mientras que los hombres masculinos y las mujeres femeninas estaban incómodos cuando se integraban en actividades que percibían como «pertenecientes» al sexo opuesto.

Los terapeutas feministas han enfatizado el conflicto entre las mujeres que son tempranamente enseñadas a llegar a ser como niñas, desvalidas, sumisas, hermanas, mujeres y madres obedientes, y sus esperanzas y expectativas corrientes de llegar a ser auto-suficientes, autónomas, de pleno rendimiento, valoradas como miembros adultos de la sociedad (Robbins y Siegel, 1983). Señalan que el apoyo activo de la «desviación» —la libertad de reelegir estilos de vida alternativos— puede ser precisamente lo que se necesita para efectuar un modelo conductual más saludable y una identidad social para las mujeres de hoy (Rice y Rice, 1973; Barret, Berg, Eaton y Pomeroy, 1974).

SU HISTORIA

Los últimos 12 años han presenciado el desarrollo en el Instituto de Terapia Racional-Emotiva de Nueva York de uno de los programas de terapia de base más amplia en el país dirigido a temas de mujeres (Wolfe, 1980). Este incluye seis sesiones de asertividad, eficacia y grupos de sexualidad de mujeres; grupos de terapia continuos de mujeres; y talleres que trabajan con el cambio en el ciclo de vida y acceso a carreras, control de hábitos (peso, manejo de estrés) y comunicaciones madre-hija. El personal del instituto también ha desarrollado talleres para profesionales de temas de rol-sexual en terapia y toma parte en proyectos de colaboración con varias organizaciones de mujeres, incluyendo la Organización Nacional de Mujeres (NOW) y un programa para entrenar a mujeres minoritarias en la creación de negocios. Los terapeutas racional-emotivos destacados que se han especializado en escribir sobre temas de rol-sexual son entre otros las Drs. Ingrid Zachary (1980), Penelope Russanoff (1982), Susan Walen (1983), Rose Oliver (1977) y Janet Wolfe (1975).

APROXIMACION ENTRE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA Y LA TERAPIA FEMINISTA

La meta de la terapia de acuerdo con los terapeutas más feministas es el desarrollo de los individuos autónomos con fuerza personal, independencia y confianza en sí mismas y en otras mujeres (Brodsky y Hare-Mustin, 1980; Loeffler y Fiedler, (1979). Los terapeutas feministas también ven al terapeuta como un agente de cambio societal, incrementando el conocimiento del cliente de las presiones sociopolíticas y ayudándole a reconocer sus preferencias y cambiando el contexto en su vida (Hare, Mustin, 1983).

La terapia racional-emotiva proporciona un sistema eficaz y bien definido de auto-ayuda para facilitar el crecimiento personal y el bienestar emocional en las mujeres (Ellis, 1957, 1962, 1973, 1974, 1979; Ellis y Becker, 1982; Ellis y Harper, 1975). Aquellos que hacen «RET feminista» no apoyan un estándar de salud mental para las mujeres que sea diferente de la de los hombres. Ven a la RET como un vehículo humanista, no sexista de ayudar a las mujeres a trabajar de principio a fin sus problemas emocionales y prácticos por vía de un examen realista, lógico de sus creencias y filosofías (Ellis, 1974; Zachay, 1982). Enseñan a una mujer a definir sus problemas, a identificar las variables que influyen en sus sentimientos y acciones presentes, y a alterar tanto su conducta y su ambiente en formas positivas.

Más que cualquier otra escuela de terapia, la RET parece hallarse más cerca de encontrar el criterio para una terapia feminista eficaz. Primero, trata con los deberías, tienes que, auto-evaluación, y sujeto de amor inherente en los mensajes de rol sexual, y proporciona un método concreto de debatirlos. Segundo, ayuda a las mujeres a dejar de condenarse por sus perturbaciones emocionales y sus conductas ineficaces. Tercero, anima a la autonomía a través del compromiso de la cliente a fijar la meta y a hacer auto-terapia y por el camino de su componente conductual, lo que enseña conductas más eficaces. Cuarto, no etiqueta la asertividad como lucha masculina; y quinto, muestra a las mujeres cómo dejar de deprimirse a sí mismas por las frustraciones de una sociedad que no es imparcial en el sexo,

y de las personas que actúan de formas sexistas, pero luchan determinadamente por «cambios en A» (alteraciones en su ambiente). Esto último es esencial, para, independientemente del éxito con que las mujeres anti-horroricen o reduzcan su auto-abatimiento, sigan siendo un cero a la izquierda a menos que trabajen también en mejorar sus oportunidades de incrementar el poder, los recursos económicos, y otros elementos incluidos en la auto actualización (Wolfe, 1980).

GRUPOS DE TERAPIA EXCLUSIVAMENTE DE MUJERES: FUNDAMENTOS

Ser incluida con otras que confirman su éxito terapéutico es especialmente importante para las mujeres, que pueden recibir considerable refuerzo negativo por desviaciones de conductas «femeninas» de otros significativos como amantes, maridos o padres (Krumboltz y Shapiro, 1979). La dependencia de la aprobación de otros y la auto-aceptación pobre puede hacer extremadamente difícil para las mujeres aceptarse a sí mismas y persistir en las nuevas conductas en presencia de ataques fuertes. Por consiguiente, cuando un miembro de un grupo de mujeres recibe aplausos de otros miembros por moverse hacia la autonomía, esto proporciona una importante evolución desde la dependencia de la validación masculina, al auto-refuerzo.

Reconocer el contexto ambiental de sus problemas está también facilitando el cambio. Una mujer que ve su desamparo y dependencia como causa de algún fracaso personal puede decirse a sí misma, «No tengo habilidades. Dependo totalmente de otros. Soy una persona débil, enferma». Pero cuando descubre los aspectos culturales del desamparo, esta misma mujer puede hacer un juego totalmente diferente de auto-afirmaciones: «Estos sentimientos de desamparo que tengo son muy normales. No soy una persona sin valía, sino que mi sociedad me ha enseñado a desempeñar el rol de desamparo» (Gormick y Morán, 1971; Krumboltz y Shapiro, 1979).

INGREDIENTES CLAVE EN LOS GRUPOS DE MUJERES RET

¿Qué es lo más extendido en el método RET al trabajar con mujeres en el Instituto de Terapia Racional-Emotiva? Tanto, hecho individualmente, como en grupos de mujeres, los ingredientes son esencialmente los mismos:

1. *Provocar el Conocimiento.* Las mujeres descubren, a través de la discusión, cómo la cultura ha ayudado a formar y mantener su sistema de creencias defectuoso. Para ayudar en este proceso, de cuando en cuando se remite a los miembros a la literatura feminista sobre matrimonio, sexualidad y otros temas.

2. *Fijar Metas.* Como se hace normalmente, las clientes de la RET, en colaboración con sus terapeutas, aprenden a fijar sus propias metas. Por lo tanto, reciben práctica para contrarrestar la pasividad y la dependencia, al definir sus propios planes de vida en vez de esperar que el príncipe azul venga y planee por ellas. Se pide a las mujeres que establezcan y analicen los planes de tres meses y se les anima a hacer proyecciones en el tiempo hasta la edad de 90 años.

3. *RET*. Esto incluye trabajar «en el fortalecimiento de la psique», a saber, ayudar a las mujeres a cambiar su sistema de creencias de «soy infeliz» por uno de optimismo y auto-aceptación. Esta fase también incluye ayudar a las mujeres a desarrollar mejores respuestas de enfrentamiento al «mundo real» enseñándolas a fortalecer la tolerancia a la frustración y especialmente a manejar su ansiedad y rabia.

4. *Modelado del rol del terapeuta*. Debido a la falta de modelos de rol femenino de auto-aceptación y logro en las vidas de las mujeres, el modelado y la auto-revelación por parte de la terapeuta puede proporcionar un importante modelo de enfrentamiento. Por ejemplo, una cliente que se esfuerza para lograr una mayor autonomía e independencia de su marido puede beneficiarse de una descripción de cómo la terapeuta y su esposo manejan las finanzas.

5. *Los participantes como modelos de rol*. Se suministra el modelo de rol adicional animando a los miembros del grupo a compartir cómo lograron el dominio en las áreas del problema que padecieron previamente. Esto ofrece una fuente adicional de modelado de rol eficaz y también ayuda a los miembros del grupo a creerse sus éxitos como antídoto a su usual focalización en sus defectos.

6. *Entrenamiento en Asertividad*. Este constituye un remedio importante para las conductas pasivas y dependientes de las mujeres. Las asignaciones cognitivas y conductuales se dan para ayudar a las mujeres a combatir sus miedos, a tomar riesgos y de ser desaprobadas por otros, sustituir sus hábitos de infelicidad aprendida por aquellos designados a incrementar la eficacia personal. Una parte importante del entrenamiento en asertividad es ayudar a las mujeres a evaluar y enfrentarse con las posibles consecuencias negativas que pueden ocurrir como resultado de sus afirmaciones.

7. *Auto-mensajes Positivos*. Un gran porcentaje de mujeres han desarrollado especialmente bien «la habilidad de detectar los defectos» y son prácticamente adictas a la auto-condena (Russianoff, 1982). Se mandan tareas regularmente a las mujeres para escribir, o recitar ante el espejo, tres conductas o rasgos positivos cada día, o «jactarse» en voz alta, primero al terapeuta y a otros miembros del grupo y después hacerlo así a otros en su ambiente exterior.

8. *Tareas de auto-placer*. Estas son designadas para combatir cognitiva y conductualmente los mensajes del rol-sexual de «poner a otros primero» y «no debo ser egoísta». Las asignaciones de tareas, tales como tomar plácidamente un gran baño de espuma, comprarse flores a sí misma, darse un masaje, o tomar caviar y coñac delante de la chimenea, son medios útiles para reforzar la idea de que «Tengo derecho a hacer cosas agradables para mí misma». Al mismo tiempo, los miembros del grupo de mujeres aprenden a darse a sí mismas los tipos de caricias, a menudo esperadas, sólo de los hombres.

9. *Fomento de amistades femeninas*. Las mujeres frecuentemente usan el término *relación* como sinónimo de relaciones heterosexuales de amor-sexual (por ejemplo, «¡No he tenido una relación durante años!»). Al hacerlo así, niegan o minimizan el valor e importancia de las amistades femeninas. Se anima las amistades con mujeres como formas buenas para ellas de conseguir amor, cariño, poder compartir, apoyo, intimidad y educación que necesitan en sus vidas, independientemente de que estén inmersas o no en una relación primaria de amor-sexual.

10. *Centrarse en los recursos ambientales y cambio de la sociedad*. Los grupos de mujeres *RET* van más allá de las fronteras tradicionales de terapia e

incluyen todos los esfuerzos y recursos que nosotros podemos reunir para proporcionar a las mujeres experiencias y herramientas de socialización correctiva para el cambio ambiental. Al resolver su ira paralizante en la discriminación en el trabajo, por ejemplo, una mujer puede animarse a contactar con una organización que maneja problemas de discriminación sexual. Los terapeutas racional-emotivos/feministas reúnen una lista de recursos extensa, incluyendo albergues de mujeres maltratadas, organizaciones profesionales de mujeres, y ginecólogos no sexistas para ayudar a las mujeres a trabajar en cambiar algunas de las condiciones sociales que tienen éxito anti-horrorizante.

El resto de este capítulo tratará con dos grupos diferentes de problemas para los cuales la terapia racional-emotiva/feminista parece que proporciona ayuda. El primero es, los desórdenes de alta prevalencia, los cuales incluyen las consecuencias más aparentes de la socialización del rol-sexual: depresión, fobias y trastornos de peso. El segundo grupo pertenece a los temas de relación y trabajo, incluyendo matrimonio, sexualidad, maternidad y carrera. En ambas áreas, la *RET* promueve las competencias emocional y conductual que ayuda a las mujeres a superar su temprana programación del rol-sexual.

DESORDENES DE ALTA-PREVALENCIA COMO CONSECUENCIA DE LA SOCIALIZACION DEL ROL-SEXUAL

Depresión y Baja Confianza

Las mujeres tienen dos veces más desórdenes depresivos que los hombres (Weissman y Klerman, 1977), Seligman (1979) señala que la proporción entre depresión masculina y femenina puede ser tan alta como de 1 a 10. Se incrementan los números de investigadores que han encontrado que la depresión está asociada con el estrés que las mujeres experimentan de bajo estatus social, discriminación legal y económica, e indefensión aprendida (Guttentag y Salasin, 1976; Hare-Mustin, 1983).

Las estadísticas NIMH (Organización Nacional de Salud Mental) (Radloff, 1975) indican que la depresión es más alta entre las mujeres casadas (Franks, 1982). En un intento para evaluar las altas tasas de depresión, los investigadores se han centrado en el rol de las mujeres casadas. Las amas de casa hacen un trabajo considerablemente duro pero raramente se les reconoce o recompensa por su trabajo. Cuando las amas de casa también trabajan fuera de ella, todavía obtienen menos refuerzos en cada área.

Aunque el proceso cognitivo es el mismo tanto para las mujeres como para los hombres deprimidos, la sociedad tiende en especial a reforzar los mensajes negativos que las mujeres se dicen a sí mismas. Entender la ecología de la depresión en términos de roles sexuales es importante al tratar la depresión (Franks, 1982). Con su entrenamiento de ser sumisas, dependientes y pasivas, las mujeres pueden encontrar que tienen menos control sobre su ambiente, de tal modo que la percepción de la relación entre sus esfuerzos y cualquier resultado significativo en sus vidas podría desembocar en aprender sentimientos de indefensión (Seligman, 1975). Al creerse ellas mismas indefensas, fracasan en el intento de las cosas que podrían

ayudarlas a lograr algún éxito y dominio sobre su ambiente. Entonces se mandan todavía más mensajes acerca de su indefensión e inutilidad, de este modo se perpetúa el círculo vicioso (Ellis, 1962, 1974). Estos temas tempranos de indefensión consiguen expresar más y más creencias de las clientes de que son estúpidas, inútiles, inadecuadas, e incompetentes, y en su habilidad limitada de centrarse en lo que *pueden* hacer debido a su sobrefocalización en lo que *no pueden* hacer.

La meta del terapeuta racional-emotivo es ayudar a una mujer a escoger las cogniciones de desesperanza/indefensión y la consecuencia de auto-condena para debatirlas vigorosamente, aunque en un mundo donde ella tiene de hecho un bajo estatus y donde las personas que logran más que ella refuerzan vigorosamente la idea de su indefensión e inutilidad. Es, por lo tanto, especialmente útil que las raíces sociales de las prescripciones de los roles de las mujeres sean descubiertos y analizados. Al ayudar a una madre depresiva de familia monoparental a debatir sus ideas de que «soy una madre despreciable» y «soy una persona rechazada porque no tengo un marido», el terapeuta le ayuda a desafiar no sólo su propia visión, sino la de la sociedad.

El entrenamiento en el dominio ambiental llega a ser un importante accesorio para la RET al trabajar con las mujeres depresivas. El terapeuta puede informar a la cliente de los recursos de la comunidad y de otros lugares, incluyendo formación vocacional, organizaciones de negocios de mujeres, ayuda financiera y centros de acogida de día (Grieger, 1982).

Fobias

La investigación teórica reciente y los escritos clínicos han caracterizado las fobias clínicas como desórdenes fundamentalmente femeninos (Brehony, 1983; Fodor, 1974). A pesar de la preponderancia de las mujeres en la literatura de las fobias, ha habido pocos intentos de explorar las variables relevantes a esta diferencia sexual.

La ansiedad es un producto natural de las personas cuyo sentido del valor depende en gran medida de agradar a otros (Ellis, 1962, 1974, 1979). La agorafobia, generalmente la más incapacitante de las fobias, se caracteriza por el miedo y pánico extremo en situaciones abiertas que requieren una conducta independiente. Esto lleva generalmente a un estilo de vida dentro de los límites de la casa, sentimientos de indefensión, y sentimientos de estar atrapado. La agorafobia es mucho más común entre las mujeres (Fodor, 1982); más de un millón de Americanas encuentran sus vidas restringidas por síndromes agorafóbicos (Agras, Sylkvester y Oliveau, 1969). Como Fodor (1974) sugiere, las mujeres agorafóbicas son, a menudo, mujeres tradicionales y de rígidos estereotipos sexuales. Con pocas metas en sí mismas, esperan pasivamente que otros las cuiden o las dirijan. Frecuentemente se sigue el resentimiento, la depresión, la actividad restringida, no asertividad y baja auto-estima (Jasin, 1983). Estas conductas temerosas son después reforzadas por otros significativos en la vida de la mujer (por ejemplo, sus maridos) como consonante con su rol sexual (Goldstein y Chambles, 1980).

El miedo del mundo exterior tiene sentido cuando comprendemos que las mujeres han tenido sistemáticamente negada la entrada (y se han negado el acceso a sí mismas) a habilidades que les permitirían enfrentarse con situaciones adultas

comunes; viajar solas, comprar un coche, solicitar un crédito, o presentarse a un trabajo (Heriot, 1983). Ellas carecen especialmente de habilidades de asertividad adecuadas, un déficit conductual que se correlaciona y está significativamente incluido en la agorafobia.

Otras fobias también tienden a reflejar la tendencia de las mujeres a verse a sí mismas como incapaces e impotentes. Su mitigación puede significar la eliminación de los bloques importantes para el crecimiento personal y el éxito educacional o vocacional. La ansiedad ante los exámenes, por ejemplo, más alta en las mujeres que en los hombres. Si se requiere la evaluación para entrar en una profesión, para cambiar de carrera, o subir a un nivel más alto en un trabajo, la ambición de una mujer puede estar minada por el miedo. La ansiedad a hablar en público ha sido también mostrada por ser más alta entre las mujeres (Moulton, 1977) y puede ser uno de los factores más importantes que limita el ascenso profesional de las mujeres.

Las mujeres también exceden a los hombres en las fobias sociales, las cuales les preserva de metas tales como encontrar nuevos hombres, mezclarse en negocios, y tener nuevas amigas. Su tarea llega a ser entonces más difícil que la de su oponente masculino. Además de los miedos generales de rechazo, las mujeres se enfrentan con el prejuicio social de que una mujer es anormal o «necesitada» si inicia un contacto social con un hombre. En términos de mezclarse en negocios, puede ser más difícil acercarse a un contacto de hombre potencial porque la mayoría de los tratos de negocios ocurren principalmente entre los hombres (la esfera de «los hombres de negocios»).

Trastornos de Peso

Un billón de dólares de la industria médica, farmacéutica y publicitaria centrada en la reducción de peso, se sustenta por veinte millones de mujeres con exceso de peso, o aproximadamente de una cuarta a una tercera parte de la población femenina americana (Fodor, 1982). Los roles sexuales y los estereotipos de los roles sexuales se correlacionan con problemas de peso (Stuart, 1979). En nuestra cultura, la auto-valor de la mujer se ve dependiente de su imagen corporal y nuestra delgadez característica media, las niñas prepuberales como reflejo de lo que se considera sexy. Este es un ideal difícil de alcanzar para las mujeres adultas; es biológicamente realista para las mujeres tener un cuerpo más grueso que los hombres o que las quinceañeras. El peso de las mujeres Victorianas, que incluía pechos exuberantes, y muslos rellenos y voluptuosos, está mucho más acorde con el tipo de cuerpo natural de las mujeres.

En contraste están los estándares para los hombres: El hombre gordo, fumador de cigarrillos, es visto como atractivo, seguramente menos estigmatizado que una mujer gorda comparativamente, a pesar del hecho de que tener un exceso de peso supone un riesgo mayor para los hombres que para las mujeres.

Tan distorsionada llega a ser la imagen corporal de las mujeres que los terapeutas de conducta informan que casi una tercera parte de las aplicaciones de los programas de control de peso conductual es para las mujeres de peso normal (Fodor, 1982). Las prescripciones culturales para el peso ideal tienen una naturaleza

obsesiva que ha animado a muchas mujeres a ser desgraciadas cada vez que pasaban por un espejo, o se sentían tan incómodas mientras tenían una relación sexual que ocultaban sus muslos. Sería mejor que los terapeutas intentasen comprender el papel que juegan los estereotipos de rol-sexual en la perturbación de las clientes anoréxicas o bulímicas que están extremadamente obsesionadas con la comida y permanecen delgadas y están confusas acerca de su imagen corporal. La incidencia de estos desórdenes es espantosamente alta: Las estimaciones de la proporción de la anorexia en las quinceañeras oscilan ente el 0.4 % al 4 %. En un programa de bulimia llevado a cabo en la Universidad de Cornell, un anuncio en un periódico estudiantil atrajo 65 respuestas en dos semanas (Boskind-White y White, 1983).

Un programa racional-emotivo eficaz para trabajar con mujeres con problemas de peso consiste en ayudar a las clientes a subrayar algunas de las creencias culturales irracionales acerca de tener exceso de peso y reconocer cómo se han convertido en creencias irracionales personales (Fodor, 1982).

Mensaje Cultural

La mujer ideal debería parecerse a Brooke Shiels (modelo quinceañero)

Las personas gordas son perezosas e indisciplinadas.

Las mujeres delgadas son más valiosas.

Creencia Irracional Personal

Si mi cuerpo no se parece al de una modelo, entonces estoy gorda y repugnante. Es horrible estar gorda.

Debería ser capaz de perder peso por mí misma y si no lo hago, soy una persona perezosa, sin valía.

No puedo, posiblemente tener una relación sexual amorosa, auto-aceptarme, o disfrutar de la vida hasta que esté delgada.

Muchos profesionales de la salud también mantienen prejuicios de la sociedad contra las mujeres con sobrepeso y establecen programas conductuales y cognitivos diseñados para dar forma a la mujer dentro del modelo de delgadez deificado en nuestra cultura, raramente considerando otras alternativas. Tales terapeutas harían bien en desafiar las suposiciones de que hay un peso estándar para cada persona, que el sobre peso moderado no es insano y mortal; que el auto-control es fácil, y que las mujeres no son inatractivas e indeseables cuando tienen un sobrepeso moderado. Al elevar el conocimiento de las clientes, el terapeuta puede señalar que los prejuicios contra las mujeres obesas pueden verse como «gordismo» o «pesismo», semejante a sexismo o racismo. Puede animarse a las clientes a presentar sus propios ejemplos, de experiencias en revistas, Tv y de compras, de los mensajes sociales relevantes a la delgadez, a la deseabilidad sexual, a la salud, y al auto-control. Pueden recomendarse lecturas tales como *Fat Is a Feminist Issue* de Orback (1978). El centro está en ayudar a las clientes a aceptarse a sí mismas incondicionalmente, no importando el tamaño de su cuerpo.

El debate incluye «¿Dónde está la evidencia de que no merezco disfrutar de la vida por ser una persona gorda?» «¿Por qué no pueden ser felices las personas gordas?». A la larga las clientes empiezan a entender que el «sobrepeso» no es el problema; más bien, son sus evaluaciones negativas acerca de eso y de ellas mismas. («No puedo aguantar estar obesa» o «Soy una persona horrible por estar obesa»). Estas irracionales perpetúan el sufrimiento y la preocupación por la dieta.

LOS TEMAS DE RELACION Y DE TRABAJO PARA LAS MUJERES

Matrimonio, Divorcio y Problemas de Relación

Los estudios sugieren que la institución social del matrimonio plantea el riesgo de trastorno para las mujeres, pero, ofrece protección para los hombres (Bernard, 1972). Las mujeres casadas que no están trabajando fuera de la casa tienen un riesgo más alto de trastorno psicológico. Tienen proporciones más altas de entrar en tratamiento psiquiátrico en algún grupo ocupacional; ellas solicitan (y reciben) la mayor cantidad de drogas prescritas para modificar el ánimo (New York Narcotic Addiction Control Commission, 1971); y narran una incidencia más alta de síntomas psicógenos tales como nerviosismo, pesadillas, vértigo, dolores de cabeza, y síntomas relacionados (Lief, 1975).

La RET se especializa, en particular, en ayudar a las mujeres (y a los hombres) con problemas maritales y de relación (Ellis, 1957, 1977, 1979a, 1982; Ellis y Harper, 1961, 1975) mostrando a las personas sus creencias irracionales acerca de la relación y cómo debatir estas creencias. Las creencias irracionales típicas de las mujeres en conflicto matrimonial son «Si la relación termina, soy culpable»; «No fui bastante agradable, bastante interesante»; «Era demasiado pulcra, demasiado sosa, demandaba demasiado, inadecuada, perezosa, no bastante sexy, exigía demasiado sexualmente». Las mujeres con problemas maritales se condenan a sí mismas si lo hacen y se condenan a sí mismas si no lo hacen, reflejando las reglas sociales de que la mujer es reponsable del éxito o fracaso de la relación. Lleva una buena cantidad de reestructuración racional ayudarle a ver que hay dos personas implicadas.

Las siguientes son algunas advertencias que los terapeutas RET hacen a las parejas en counseling, que deberían conservar siempre en mente:

1. Creencias acerca de los roles de las mujeres:
 - a. ¿Cres que una mujer debe permanecer en casa y cuidar de los niños?
 - b. ¿Crees que las parejas que trabajan deben dividir del mismo modo el trabajo de la casa y las tareas relacionadas?
 - c. Ayudar a las parejas con una lluvia de ideas, ¿sacaré a colación la posibilidad de que el hombre llegue a ser ama de casa mientras la mujer vuelve a la escuela o asciende en su profesión?
2. Actitudes generales hacia la terapia:
 - a. ¿Tienes a ver al trastornado más públicamente (generalmente la mujer, ya que está bien que las mujeres lloren) como estando más perturbada que el más calmado, tranquilo y posiblemente emocionalmente estreñado compañero? ¿Ves el exceso emocional como un grado más alto de perturbación que el estreñimiento emocional?
 - b. ¿Estás confabulado con el marido, porque simpatizas más con su visión (por ejemplo, que las mujeres deberían hacer la mayoría de las tareas de la casa) o porque puede que tengas (o seas) una mujer «regañona»?
 - c. ¿Estás utilizando energía extra para animar al compañero masculino a una alianza, quizá porque sientes su desgana a venir? ¿O porque aceptas al compañero masculino como la persona que tiene el poder de la relación, y el poder de conservar la pareja en la terapia?

- d. ¿Estás colaborando con el marido para curar la pasividad, neurosis, falta de asertividad y sobredependencia de la mujer?
 - e. ¿Estás sobreemfatizando la ira de la mujer y pasando por alto la del marido? Es común, especialmente entre los terapeutas masculinos, ser reactivos a las mujeres «de mal genio» en la que ven a la mujer activa como enfadada y al hombre activo como reaccionando apropiadamente a la ira de su mujer (Haan y Livson, 1973).
3. Actitudes de los terapeutas feministas hacia la terapia:
- a. ¿Estás demasiado confabulado con la mujer, quizás ves su pasividad y esperas ayudarla apoyándola y, por lo tanto, refuerzas su pasividad y dependencia?
 - b. ¿Te enfadas con los maridos y pierdes contacto con tu destreza por ser un reflector susceptible de lo que está sucediendo cuando los hombres llegan a ser evasivos y niegan los sentimientos?

Tener algunos hechos a mano puede a menudo ayudar a elevar la consciencia y desarrollar nuevas opciones. Una pareja puede ser informada, por ejemplo, de que los hombres generalmente hacen un tercio de las tareas de la casa que hacen sus mujeres, tanto si las mujeres trabajan como si no (Baruch y Barnett, 1983), y que las mujeres que trabajan fuera hacen casi tanto trabajo diario en la casa como lo hacen las amas de casa, mientras sólo un 23 % de los hombres casados empleados relatan una actividad similar (Radloff, 1975).

Pocas áreas son tan patéticas como la situación de una mujer maltratada. Contemplando cómo queda después de ser golpeada por cuarta vez por su marido alcohólico, una cliente (que era realmente la principal mantenedora de la familia) decía, «Si él me trata de esta forma, debo ser una persona terrible. Los chavales le necesitan, y yo también». Esta mujer es un ejemplo particularmente triste de la falta de auto-confianza y de habilidades de solución de problemas y de fijarse metas comunes en las mujeres que se han resignado a vivir hasta el fin de sus matrimonios. El pensamiento de tales mujeres puede estar directamente derivado de los estereotipos limitados reforzados por nuestra cultura. Ella puede ser totalmente incapaz de imaginarse a sí misma en otro rol (Martin, 1976). Con su marido, ella está maltratada y magullada, pero casada; sin él, ella se ve a sí misma como si no fuese nada.

El grupo de la mujer divorciada o viuda es igualmente inflexible. La mujer que considera el divorcio puede sufrir de una acumulación de desventajas que limita severamente las opciones que tiene para el resto de su vida. Su capacidad económica es generalmente mucho más baja que la de sus maridos. Ella no ha tenido las mismas oportunidades educativas y vocacionales y su carrera, si tiene alguna, ha sido generalmente secundaria e interrumpida por necesidades familiares.

Uno de los problemas mayores a los que se enfrenta de nuevo la mujer sola es el de sacar adelante a los niños solos. El Censo de los Estados Unidos de 1970 señala que más del 85 % de los padres únicos son mujeres. Las madres solas se enfrentan a la soledad, y a fondos insuficientes, y a temas legales, así como a los problemas de desarrollar nuevas relaciones, dependencia y autonomía.

El trabajo del terapeuta racional-emotivo en tales casos es monumental: (1) ¿Cómo podemos contrarrestar la auto-culpa en una sociedad que nos enseña que es la mujer quien es responsable primariamente del éxito de su matrimonio y de

la salud mental de sus hijos? (2) ¿Cómo podemos construir la auto-aceptación cuando cualquier cosa que una mujer tiende a comparar con ser valiosa (matrimonio, una casa feliz, éxito profesional) no lo tiene? (3) ¿Cómo podemos ayudarla con las tareas miríadas de apoyarse a sí mismas y reconstruir su vida, cuando ha tenido mensajes cebándola de indefensión desde su infancia temprana en adelante?

Maternidad

Para muchas mujeres, independientemente de sus otros intereses, relaciones y logros, la maternidad es la función central a sus percepciones (Oliver, 1977). Todavía en el proceso de emprender esta tarea enormemente difícil del crecimiento de un niño, ellas están a menudo prendidas entre dos difíciles alternativas. Si tienen los medios económicos para no trabajar fuera de casa, entran potencialmente en la categoría del grupo con una proporción más alta de depresión: las mujeres con niños pequeños que son a tiempo total amas de casa. Sin embargo, la opción de ser amas de casa y madres a tiempo total es un «privilegio» asequible a menos y menos mujeres. Hoy, el 37 % de las mujeres con niños menores de 5 años trabajan, en comparación con el sólo 13 % de 1948. Muchas mujeres que trabajan deben tratar con los prejuicios de la sociedad y de ellas mismas, por ejemplo, que están perjudicando a sus hijos permanentemente por trabajar y que si deciden trabajar, deben ser supermujeres —manteniéndose en su puesto, atendiendo las necesidades físicas y emocionales de sus hijos, y haciendo todas estas cosas perfectamente, hasta el punto del agotamiento físico y psicológico (Zachary, 1980).

La opción de permanecer sin niños está también llena de dificultades. Hay todavía un estigma atacando a las mujeres sin niños. Tiende a estar etiquetada de desviada, infantil, o poco dispuesta a aceptar el «rol femenino».

La siguiente es una lista de advertencias para trabajar con mujeres en temas de maternidad:

1. Al ayudar a la mujer a debatir la creencia irracional de que es una persona fracasada o despreciable si es imperfecta como madre, como trabajadora, o como limpiadora de la casa, hay algunos datos adicionales que se pueden manejar para contrarrestar los mitos de la sociedad. Por ejemplo, los estudios demuestran que si una madre trabaja o no, no parece ser un factor determinante en el origen de la delincuencia juvenil. Es la calidad de los cuidados de una madre más bien que el tiempo consumido en tales cuidados lo que es de mayor importancia (Women's Bureau, 1972).
2. Recomendar algunas lecturas de liberación de las mujeres (por ejemplo los capítulos sobre matrimonio y maternidad) de las antologías *Woman in Sexist Society* (Gornick y Moran, 1972) o *Sisterhood Is Powerful* (Morgan, 1970).
3. Colocar al cliente en una terapia y/o grupo de apoyo de mujeres ayudará a ver que no está sola con sus problemas y le ayudará de forma práctica a tratar los problemas de la maternidad.

Sexualidad

Aproximadamente el 10 % de las mujeres Americanas nunca han experimentado un orgasmo y muchas más de la mitad de las mujeres sexualmente activas no

alcanzan regularmente el orgasmo en sus experiencias de coito (Kinsey, Pomeroy, Martin y Gebhard, 1953; Hurt, 1974; Hite, 1976). Numerosas mujeres tienen problemas de excitación y de bajo interés sexual.

Se está ampliamente de acuerdo que los sentimientos y creencias son la causa de muchas disfunciones sexuales (Barbach, 1980; Lieblum, 1980). Un buen número de estas creencias se derivan de los «deberías» del rol-sexual. La mujer crece con mensajes altamente conflictivos acerca de su sexualidad. Son adoctrinadas para reservarse para el verdadero amor, aunque al mismo tiempo para vestir, andar y hablar de forma seductiva. El romanticismo lleva a un énfasis sobre la belleza; el sexo llega a ser una manera de trueque; los cuerpos son productos para ser mejorados por el gran mercado, con el énfasis sobre la atracción y el cortejo, más que sobre la consumación. La belleza y la capacidad de atracción llegan a compararse con la sexualidad, muchas mujeres sólo «se sienten como una mujer» cuando un hombre está alrededor. La incapacidad de algunas mujeres para ver que tienen otros sentimientos y deseos sexuales que aquellos que resultan de la iniciación masculina, hace difícil para ellas llegar a ser iniciadoras o incluso participantes activas en el acto sexual.

Ambos sexos son víctimas de la ignorancia sexual, pero en nuestra cultura es la mujer a quien se le ha prohibido aceptarse a sí misma como un ser sexual. Demasiado a menudo, tanto la excitación como la no excitación se ven como «malas» o «erróneas» y animan la ansiedad. En las relaciones heterosexuales, el sexo termina antes que las mujeres incluso lleguen a estar excitadas. Centrándose en su apariencia, comparándose a mujeres más jóvenes, y preocupándose del placer de sus hombres, las mujeres se cierran en un círculo de frustración que además exagera su incapacidad para llegar a estar excitadas y disfrutar del sexo.

El siguiente ejercicio de elevar la consciencia, «Nombres Obscenos», se usa tanto en grupos de mujeres como sexualmente mixtos, para ilustrar las actitudes sexuales hacia las mujeres. Se pide a los clientes que digan en voz alta todos los nombres que puedan pensar para las mujeres sexualmente activas (*marrana, puta, fulana*); para las mujeres sexualmente selectivas (*frías, ansiosas, mujeres liberadas*); y para los hombres activos sexualmente (*viva la vida, Don Juan, playboy*). Finalmente, se pide a los clientes una tormenta de ideas de los nombres más obscenos con los que se puede llamar a un hombre (*cabronazo, calzonazos, bastardo, hijo de perra, afeminado*). El ejercicio demuestra dramáticamente (1) cómo las mujeres son etiquetadas globalmente por sus conductas sexuales; (2) cómo son condenadas si lo hacen y condenadas si no lo hacen; (3) cómo hay un doble estándar para la actividad sexual de las mujeres y de los hombres; y (4) cómo perpetuamos una misoginia tan penetrante que la cosa peor que se le puede llamar a un hombre es algo que le desprecia en comparación con una mujer. Las mujeres tienden a hacerse a sí mismas ansiosas sobre estas palabras y se comportan de tal forma que evitan estas «horribles» etiquetas. Si no se descubren, estas actitudes, permanecen como esquema a través del cual las mujeres se perciben a sí mismas y son percibidas, interfiriendo con cantidad de otras cosas, entre ellas el placer sexual.

Una modalidad altamente eficaz de tratar a las mujeres con disfunciones sexuales se ha encontrado que son los grupos compuestos sólo por mujeres (Barbach, 1980; Kurjansky, Sharpe, y O'Connor, 1976; Walen y Wolfe, 1983). En los grupos de sexualidad RET de mujeres, la enseñanza de un enfoque de auto-

ayuda cognitivo general que combata la perturbación a menudo lleva a una completa eliminación rápida del problema central (del 90 al 100 % aprenden a alcanzar el orgasmo después de sólo seis sesiones de dos horas). También lleva a la generalización de otras áreas de las vidas de las mujeres (Walen y Wolfe, 1983). Además de la re-educación sexual y las tareas conductuales, otra fuerza cognitiva en los grupos de sexualidad RET de mujeres (y en la terapia individual) incluye descubrir y demoler la programación de los mitos sexuales y de los roles-sexuales erróneos que interfieren con la autonomía y la auto-determinación de las áreas sexuales y no sexuales (Walen y Wolfe, 1983). La siguiente lista ilustra estas actividades.

Mensajes Culturales

Creencias Irracionales Personales

Sólo Freud y los hombres saben cómo funciona el cuerpo de una mujer.

Debería ser capaz de tener un orgasmo en el coito, y soy un fracaso sexual si no puedo.

Sexy: bonita y joven.

Tengo que tener un cuerpo bueno y firme para disfrutar del sexo. Sería horrible si él me viese mi celulitis. La menopausia y la histerectomía acaban con mi capacidad para disfrutar sexualmente.

Si estás enamorada, el sexo debería ser automáticamente perfecto.

Si él me ama, debería saber lo que me excita sin tener que decírselo. Si yo le quiero, debería querer tener relaciones sexuales tan a menudo como él, disfrutar tragándome su semen, etc.

La mujer es responsable para hacer que funcione la relación.

Si él tiene dificultades en tener erecciones, yo soy la culpable, no debería herir sus sentimientos, hacerle sentir mutilado. El sexo es mi obligación si estoy casada.

Es erróneo y egoísta poner mis intereses primero, o ser sexualmente asertiva.

No debería tardar demasiado tiempo en llegar. Es egoísta o no femenino pedir 20 minutos de estimulación clitoral; él nunca tiene que sentirse incómodo o molesto.

Las mujeres liberadas deberían ser sexualmente activas y sexualmente asertivas.

No debería decir que no a tener una relación sexual en la primera cita. Debería iniciar más relaciones sexuales, disfrutar de alguna manera, y si no es así, soy una remilgada. Debería tener múltiples orgasmos.

Entre la biblioterapia para los problemas sexuales se encuentran los siguientes títulos: *Intelligent Woman's Guide to Dating and Mating* (Ellis, 1979); *The Great Orgasm Robbery* (Tepper, 1977); *Our Bodies, Ourselves* (Boston Women's Health Collectivem 1976); *El informe Hite sobre la sexualidad femenina* (Hite, 1976); y *How to Be Sexually Assertive* (Wofe, 1976).

Abuso Sexual: Acoso sexual, Incesto y Violación

Dado que una de cada tres mujeres que viven ahora en los Estados Unidos será violada al menos una vez en el transcurso de su vida, y que una de cada cuatro

niñas en los Estados Unidos será objeto de abusos sexuales de algún tipo antes de alcanzar los 18 años (Weber, 1980), el tema del ataque sexual es uno de los de mayor urgencia para alguien que trabaja con mujeres o niños.

Los efectos de la victimización sexual pueden no llegar a aparecer hasta meses o años después del suceso. A veces el sexo puede ser suprimido; esto es muy común en el incesto. En otros casos, puede haber ira contra el abusador o el sistema judicial, así como culpa, vergüenza, e inhibición o disfunción sexual (Zachary, 1980). Debido a la tremenda vergüenza y reserva circundante al tema, los profesionales, a menudo, fracasan en hacer lo necesario para sacar a la luz el tema con las clientes que no lo plantean como una demanda en terapia.

Un mejor entendimiento de los procesos culturales implicados en el abuso sexual puede lograrse mediante la visión del ataque sexual como la representación extrema de los roles «masculino» y «femenino» tal y como se aprenden en esta cultura (Colao, 1983; O'Hare, 1983). Por ejemplo, una víctima de una violación está probablemente centrada en las percepciones exageradas de su inadecuación, impotencia e incompetencia y sobre pensamientos tales como «Fui violada por mi propia culpa» o «No tengo valía ahora que he sido violada».

Los profesionales, como miembros de esta sociedad, pueden haber internalizado alguno de estos mitos y perpetuarlos inconscientemente en su trabajo con las clientes. Entre estos mitos o creencias irracionales se encuentran los siguientes:

1. Incesto:
 - a. Generalmente se debe a la fantasía infantil.
 - b. Sólo sucede entre los proscritos de la sociedad o los perturbados psiquiátricamente.
 - c. Una mala madre es la responsable del abuso.
 - d. Puede estar bien porque el niño está al menos consiguiendo educación sexual en casa y recibiendo afecto.
2. Violación:
 - a. Las mujeres provocan o incitan el ataque (por ejemplo, «soy culpable por estar en el sitio erróneo o por llevar ropa sexy»).
 - b. Las mujeres nunca son violadas por los hombres que conocen.
 - c. Las mujeres inventan historias de violación para conseguir hombres difíciles.
 - d. Las mujeres secretamente desean la violación, ellas sólo dicen que no porque están jugando a hacerse las duras.
 - e. «Estoy desvalorizada, sucia; sería horrible si la gente supiese que he sido violada; no puedo soportar enfrentarme a ellos».
 - f. «Nunca seré capaz de disfrutar de nuevo del sexo».

La RET está particularmente bien adaptada al tratamiento de las clientes que han sufrido un abuso sexual. Les muestra cómo aceptarse incondicionalmente, no importando lo que ocurriese. Proporciona un método de enfrentamiento que puede usar para controlar sus sentimientos y acciones y que puede tener un poderoso efecto terapéutico. Las siguientes son algunas advertencias para los terapeutas cuando traten a las víctimas de abusos sexuales:

1. Al ayudar a debatir las cogniciones de ira del cliente, no correr demasiado; primero empatizar con sus sentimientos trastornados. Si no lo haces, el cliente puede continuar auto-culpándose, o puede abandonar la terapia.
2. No reforzar (incluso inadvertidamente) la idea de que la mujer víctima del abuso hizo algo para provocarlo.
3. Conocer los grupos de auto-ayuda en tu comunidad para víctimas de incesto y violación, así como las direcciones de cualquier organización que trate de acosos sexuales en el trabajo.

Temas relacionados con el Trabajo

Vivimos en una época en que el 52 % de las mujeres de este país trabajan fuera de casa, donde una de cada seis familias está siendo mantenida por las mujeres, y donde un gran número de familias jóvenes depende de dos sueldos para sobrevivir. En orden a trabajar con los sentimientos de las mujeres cuando intentan enfrentarse con roles nuevos y a menudo desconocidos, miramos las actitudes de la sociedad hacia el trabajo de las mujeres y de las consecuencias de estas actitudes sobre los modelos ocupacionales de las mujeres.

Este es el advenimiento de la era de la mujer trabajadora, pero ¿qué encuentran las mujeres? Encuentran que el abismo entre los ingresos de los salarios de hombres y mujeres ha aumentado realmente en la última generación, y que las mujeres todavía ganan 60 centavos por cada dólar que los hombres ganan (Reskin, 1984). Encuentran que el estereotipo sexual en los trabajos está extendido y que las mujeres todavía desempeñan trabajos en unas pocas categorías familiares de los mismos (trabajo de oficina, servicios y trabajadoras del hogar), mientras que los hombres trabajan en todo tipo. En 1958, el 53 % de todas las mujeres que trabajaban lo hacían en estas tres categorías dominadas por las mujeres. En 1975, ascendía al 58 %. En 1958, el 30 % de todas las mujeres que trabajaban lo hacían como dependientas y secretarias. En 1975, esta tasa había aumentado al 35 % (Norton, 1981).

Abundan los prejuicios sociales contra la mujer trabajadora. La competencia de las mujeres se ve como una desviación de las normas sociales de los estereotipos femeninos. Si las mujeres intentan tener éxito o ejercitar el poder, todo el mundo, incluso ellas mismas, menosprecian sus logros. La carrera orientada masculinamente se considera ambiciosa, asertiva y ser un hacha. Su contrapartida femenina se llama ataque, un balón-fuera, o dique y es frecuentemente ignorada o penalizada por su conducta asertiva. En la estructura jerárquica tradicional de la mayoría de los puestos de trabajo, las mujeres, en los puestos más bajos, raramente se les da el derecho o el poder de preguntar, criticar o sugerir a los hombres que tienen autoridad sobre ellas.

La realidad de una proporción del 40 % de divorcios, la cual ha ampliado el miedo a buscar seguridad en el matrimonio y terminar sola y desesperada, ha hecho que muchas mujeres jóvenes hoy, casadas o solteras, busquen seguridad en las carreras. Haciéndolo así, esperan encontrar normas de ejecución en el lugar de trabajo, en el pasado y para los hombres que tenían mujeres que se dedicaban a los detalles de la casa. Al mismo tiempo, se espera que lo hagan bien en casa y con los niños como las mujeres que son amas de casa y madres a tiempo total. Su

esfuerzo para hacerlo así se exagera por la falta de buenos modelos de roles de doble-dedicación; mediante artículos en revistas sobre super mujeres que equilibran maravillosamente las actividades de casa, carrera, maternidad y sociales; por un sentido bajo de competencia; por miedos tanto del fracaso como del éxito (Horner, 1969); y por una tendencia a acometer series de trabajos más bien que una carrera planeada.

Las siguientes frases son típicos auto-mensajes que llevan a una baja aspiración profesional:

- «Si soy buena, alguien vendrá y me cuidará».
- «No debo ser demasiado lista o asertiva, para que no me vean como una mujer castrante».
- «No debo hablar demasiado afirmativamente de mis habilidades, para no ser considerada como "poco femenina" y "fanfarrona"».
- «Está bien tener compromisos con otras personas, pero no conmigo misma».

Los siguientes son auto-mensajes típicos que llevan a la falta de asertividad y al mínimo esfuerzo en el ascenso profesional:

- «Es inútil acercarse a mi jefe. ¿Por qué molestarse —es excesivamente sexista» (depresión, ira).
- «Las cosas son injustas; no deberían serlo. No puedo aguantarlo» (baja tolerancia a la frustración).
- «Es demasiado tarde para cambiar de trabajo, para conseguir lo que yo quiero, para ser readaptada profesionalmente» (depresión, baja tolerancia a la frustración).

Los siguientes son típicos auto-mensajes negativos de la doble-dedicación y el reingreso profesional de las mujeres:

- «Yo debería ser joven y bonita (o más habilidosa) para conseguir este trabajo; y es horrible si no puedo conseguirlo».
- «Debo ser aprobada por otros (los que me critican por descuidar a mis chiquillos), y si no, soy una persona mala, fracasada».
- «No debería tener que comenzar por el nivel más bajo; Debería estar más allá de esta etapa ya» (baja tolerancia a la frustración).

Las siguientes son auto-afirmaciones negativas típicas perpetuadas por el éxito ocupacional de las mujeres:

- «Entré en este trabajo por chiripa. Algún día descubrirán que soy una farsante incompetente» (auto-condena, catastrofismo).
- «Incluso aunque trabaje 10 horas al día sin parar tan siquiera para comer, me siento inadecuada, debería estar haciendo más» (perfeccionismo, auto-condena).

La siguiente es una lista de sugerencias para tratar con temas laborales en la terapia de mujeres:

1. Animar a las mujeres a:
 - a. Buscar buenos modelos de rol y juntarse posiblemente con una organización profesional.
 - b. Concentrarse en la ilusión (y no en las dificultades) de «abrir nuevos caminos».
 - c. Desarrollar una red de apoyo.
2. Animar a las mujeres de doble-dedicación a:
 - a. Adoptar normas diferentes (por ejemplo, menos esmero para la casa y los niños, menos tiempo con el marido).
 - b. Ver que los niños no están abandonados por que ella trabaje, sino que más bien pueden verlo como una experiencia educacional válida y útil para aprender la independencia.
3. Tener disponible una lista de recursos para ayudar a las mujeres a combatir alguna de las injusticias del mundo laboral. Una lista tal podría incluir el Título VII del Acta de Empleo Igualitario de 1972, los nombres de las agencias que tratan con la discriminación sexual, las fuentes de las opciones educativas y vocacionales no estereotipadas, y los nombres de las organizaciones profesionales de mujeres.
4. Estar alerta a las expectativas reducidas que las mujeres tienen de sí mismas, y aportar otras opciones que su meta establecida de conseguir un aumento de 15 dólares a la semana en su trabajo de secretaria. Por ejemplo, preguntarle si ha pensado en aplicar las posiciones del nivel directivo.
5. Hacer cantidad de entrenamiento en asertividad para ayudar a cambiar los hábitos (por ejemplo, fracasando al responder de forma eficaz a degradaciones o a insinuaciones sexuales, o reticencia a desarrollar la competitividad). No es infrecuente para una ejecutiva de 50.000 dólares al año romper a llorar cuando su jefe critica algo que ha hecho, o actuar astuta y seductiva cuando su plan es rechazado, o estar de mal humor porque se le ha dado una pobre tarea. Es crucial que las mujeres aprendan cómo pedir y conseguir cosas sin ser manipulativas o indirectas.
6. Animar a construir la confianza, secreta y abierta. Las clientes tienen fuerte auto-fracaso y hay que reemplazarlo por comentarios como «Hice eso realmente bien» «Manejé esta crítica mucho mejor de lo que lo hice la última vez». Estimular la confianza y ayudar a incrementar sus habilidades auto-ejecutoras, pedir a las clientes que escriban una carta de recomendación de sí mismas.
7. Animar a las mujeres a desarrollar habilidades que pueden en algún momento haber dicho que no pueden comprenderlo» (ejemplo, sugerir que hagan un curso de manejo de finanzas).

ESTUDIO DE UN CASO

Nancy era una enfermera de 28 años que presentaba problemas de depresión, baja auto-aceptación y dificultades en su relación con un médico casado. La terapia se centró en ayudarla a cambiar sus sobrereacciones emocionales, así como las formas de tratar con un sistema social que hacía su trabajo diario difícil y le ofrecía oportunidades limitadas para avanzar profesionalmente (Tabla 22-1). Sus problemas

TABLA 22-1 La RET y la Terapia Accesorio con Nancy

Problemas	Trabajo de la RET	Terapia Accesorio y Recursos
Ira y dolor por la conducta desconsiderada del amante.	Anti-horrorizar sobre la conducta de él.	<i>Educación de elevar la conciencia:</i> Leer artículos sobre mujeres en el lugar de trabajo. Ir a conferencias de NOW (Organización Nacional de Mujeres). Registrar ejemplos de sexismo en el trabajo. Contactar con organizaciones de acoso sexual para información sobre cómo presentar quejas. <i>Construir habilidades:</i> Asistir a un taller de entrenamiento en asertividad. Leer artículos sobre asertividad para enfermeras (Herman, 1977). Practicar la asertividad con amigos. Hacer proyectos de vida hasta los 90 años. <i>Apoyo social:</i> Buscar nuevas amigas no preocupadas por los hombres. Observar y hablar a buenos modelos de rol femenino. <i>Apoyo económico:</i> Investigar las oportunidades de un préstamo para reemplazar la dependencia económica del amante. Considerar el trabajo a tiempo parcial. Considerar la posibilidad de prepararse para llegar a ser enfermera anestesista.
Ira y dolor por la murmuración de las enfermeras.	Anti-horrorizar sobre las conductas de ellas.	
Habilidades de asertividad pobre con el amante y con la gente del trabajo.	Debatir la idea de que «no puedo responder eficazmente» y «soy una persona débil, poco convincente».	
Baja auto-aceptación, indefensión, desesperación, ira consigo misma por su dependencia económica de su amante.	Debatir la idea de que «Debo ser una persona sin valía si las personas me tratan tan mal»; «No hay nada que pueda hacer sobre mi situación»; «Soy una mala persona por haberme metido en esta situación». Darme 3 auto-mensajes positivos al día.	

en el trabajo incluían tratar con otras enfermeras que estaban en salvaje competición por los doctores masculinos y enfrentarse a la conducta sexista de los doctores (Durante una operación a corazón abierto, por ejemplo, un cirujano la sustituyó en contra suya).

CONCLUSION

El Comité de Estudio de la Asociación Psicológica Americana (1975, 1978) ha instado a que los psicólogos fomenten los conceptos de igualdad sexual como parte de su práctica y ha concluido que los psicólogos tienen una responsabilidad para examinar sus roles personales al perpetuar el sesgo sexual y los estereotipos del rol-sexual que pueden ser tan destructivos para la salud mental de sus clientes mujeres. La RET dentro de la estructura de examinar el contexto social de las mujeres y los deberías acerca de los roles sociales, ofrece una herramienta práctica para ayudar a las mujeres a hacer cambios conductuales y cognitivos amplios y a desarrollar su potencial como seres humanos plenos.

REFERENCIAS

- Agras, S., Sylvester, D., & Oliveau, D. (1969). The epidemiology of common fears and phobias. *Comprehensive Psychiatry*, 10, 151-156.
- American Psychological Association Task Force. (1975). Report of the ask Force on Sex Role Stereotyping in Psychotherapeutic Practice. *American Psychologist*, 30, 1169-1175.
- American Psychological Association Task Force. (1978). Report of the Task Force on Sex Bias and Sex Role Stereotyping in Psychotherapeutic Practice: Guidelines for therapy with women. *American Psychologist*, 33, 1122-1133.
- Barbarch, L. G. (1980). *Women discover orgasms: A therapist's guide to a new treatment approach*. New York: Free Press/Macmillan.
- Barret, C. J., Berg., P. I., Eaton, E. M., & Pomeroy, E. L. (1974). Implications of Women's liberation and the future of psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 11 (1), 11-15.
- Baruch, G., & Barnett, R. (1983). *Correlates of fathers' participation in family work: A technical report*. Wellesley, Mass.: Wellesley College Center for Research on Women.
- Bem, S. L., Lenneym E. (1976). Sex-typing and the avoidance of cross-sex behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33, 48-54.
- Bernard, J. (1972). *The future of marriage*. New York: World.
- Berzins, J. I. (1975, June). *Sex roles and psychotherapy: New directions for theory and research*. Paper presented at the 6th Annual Meeting, Society for Psychotherapy Research, Boston, Mass.
- Block, J. (1973). Conceptions of sex role: Some cross-cultural and longitudinal perspectives. *American Psychologist*, 28 (6), 512-526.
- Block, J. (1979, March). *The changing American parent: Implications for child development*. Paper presented at meeting of the Society for Research in Child Development, San Francisco.

- Boskind-White, M., & White, W. (1983). *Bulimarexia: The binge-purge cycle*. New York: Norton.
- Boston Women's Health Collective. (1976). *Our bodies, ourselves*. New York: Simon and Schuster.
- Brehony, K. (1983). Women and agoraphobia: A case for the etiological significance of feminine sex-role stereotype. In V. Francks & E. Rothblum (Eds.), *Sex role stereotypes and women's mental health*. New York: Springer.
- Brodsky, A. M., & Hare-Mustin, R. T. (Eds.), (1980a). *Women and psychotherapy: An assessment of research and practice*. New York: Guilford Press.
- Brodsky, A. M., & Hare-Mustin, R. T. (1980b). Psychotherapy and women: Priorities for research. In A. Brodsky & R. Hare-Mustin (Eds.), *Women and psychotherapy: An assessment of research and practice*. New York: Guilford Press.
- Broverman, C., Broverman, D., Clarkson, F., Rosenkrantz, P., & Vogel, S. (1970). Sex role stereotypes and clinical judgments of mental health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 34*, 1-7.
- Chesler, P. (1972). *Women and madness*. Garden City, N.Y.: Doubleday.
- Colao, F. (1983). Therapists coping with sexual assault. In J. Robbins & R. Siegel (Eds.), *Women changing therapy*. New York: Haworth Press.
- Ellis, A. (1957). *How to live with a «neurotic»*. New York: Crown. [Rev. ed. (1975) North Hollywood, Calif.: Wilshire Books.]
- Ellis, A. (1962). Razon y emoción en psicoterapia. Bilbao. Desclée De Brouwer, 1975.
- Ellis, A. (1973). *Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach*. New York: McGraw-Hill.
- Ellis, A. (1974). Treatment of sex and love problems in women. In V. Franks & V. Burtie (Eds.), *Women in therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Ellis, A. (1977). *How to live with-and without-anger*. Secaucus, N.J.: Citadel Press.
- Ellis, A. (1979). *The intelligent woman's guide to dating and mating*. New York: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1982). Rational-emotive family therapy. In A. M. Horne & M. H. Ohlsen (Eds.), *Family counseling and therapy*. Itasca, Ill.: Peacock.
- Ellis, A., & Becker, I. (1982). *A guide to personal happiness*. North Hollywood, Calif.: Wilshire Books.
- Ellis, A., & Harper, R. A. (1961). *A guide to successful marriage*. North Hollywood, Calif.: Wilshire Books.
- Ellis, A., & Harper, R. A. (1975). *A new guide to rational living*. North Hollywood, Calif.: Wilshire Books.
- Fodor, I. (1974). The phobias syndrome in women: Implications for treatment. In V. Franks & V. Burtie (Eds.), *Women in therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Fodor, I. (1982). Toward an understanding of male/female differences in phobic anxiety disorders. In I. Al-Issa (Eds.), *Gender and psychopathology*. New York: Academic Press.
- Fodor, I. (1983). Behavior therapy for the overweight woman. In M. Rosenbaum & C. Franks (Eds.), *Perspectives on behavior therapy in the eighties*. New York: Springer.
- Franks, V. (1979). Gender and psychotherapy. In E. Gomberg & V. Franks (Eds.), *Gender and disordered behavior: Sex differences in psychopathology*. New York: Brunner/Mazel.
- Franks, V. (1982, April). *Psychotherapy and women*. Letter NO. 79. Belle Mead, N.J.: Carrier Foundation.
- Glaser, K. (1976). Women's self-help groups as an alternative to therapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 13*, 77-81.
- Goldstein, A. J., & Chambless, D. L. (1980). The treatment of agoraphobia. In A. J. Goldstein and E. G. Foa (Eds.), *Handbook of behavioral interventions*. New York: John Wiley.

- Gornick, V., & Moran, B. (1971). *Woman in sexist society*. New York: Basic Books.
- Gornick, V., & Moran, B. (Eds.). (1972). *Woman in sexist society*. New York: Signet.
- Grieger, I. Z. (1982). The cognitive basis of women's problems. In R. Grieger & I. Z. Grieger (Eds.), *Cognition and emotional disturbance*. New York: Human Sciences Press.
- Guttentag, M., & Salasin, S. (1976). Women, men and mental health. In G. Cates, M. Scott, & R. Martyna (Eds.), *Women and men: Changing roles and perceptions*. Aspen, Colo.: Aspen Institute for Humanistic Studies.
- Haan, N., & Livson, N. (1973). Sex differences in the eyes of expert personality assessors: Blind Spots? *Journal of Personality Assessment, 37*, 486-492.
- Hare-Mustin, R. (1983). An appraisal of the relationship between women and psychotherapy: 80 years after the case of Dora. *American Psychologist, 38*, 593-602.
- Heriot, J. (1983). The double bind: Healing the split. In J. Robbins & R. Siegel (Eds.), *Women changing therapy*. New York: Haworth Press.
- Herman, S. (1977). Assertiveness: One answer to job dissatisfaction for nurses. In R. Alberti (Ed.), *Assertiveness: Innovations, applications, issues*. San Luis Obispo, CA: Impact.
- Hite, S. (1976). *The Hite report*. New York: Macmillan.
- Horner, M. (1969). Women's motive to avoid success. *Psychology Today, 62*, 36-38.
- Hunt, M. *Sexual behavior in the 1970's*. (1974). Chicago: Playboy Press.
- Jasin, S. (1983). Cognitive-behavioral treatment of agoraphobia in groups. In A. Freeman (Ed.), *Cognitive therapy in couples and groups*. New York: Plenum.
- Kelly, J. A., Kern, J. M., Kirkley, B. G., Patterson, J. N., & Keane, M. (1980). Reactions to assertive versus nonassertive behavior effects for males females, and implications for assertive training. *Behavior Therapy, 11*, 670-682.
- Kinsey, A. C. Pomeroy, W. B., Martin, C. E., & Gebhard, P. H. (1953). *Sexual behavior in the human female*. New York: Simon & Schuster, Pocket Books.
- Krumboltz, H. B., & Shapiro, J. (1979). Counseling women in behavioral self-direction. *Personnel & Guidance Journal, 4*, 415-418.
- Kuriansky, J., Sharpe, L., & O'Connor, D. (1976, October). *Group treatment for women: The quest for orgasms*. Paper presented at the Public Health Association of Washington, D.C.
- Levine, S. V., Camin, L. E., & Levine, E. L. (1974). Sexism and psychiatry. *American Journal of Orthopsychiatry, 44*, 327-336.
- Lieblum, S. (Speaker). *Sexual problems of women*. Cassette recording. New York: SMA Audio Cassettes.
- Lief, H. (1975). Sexual counseling. In Romney, S., *The health care of women*. New York: McGraw-Hill.
- Loeffler, D., & Fiedler, L. (1979) Woman—a sense of identity: A counseling intervention to facilitate personal growth in women. *Journal of Counseling Psychology, 26* (1), 51-57.
- Martin, D. (1976). *Battered wives*. San Francisco: Glide.
- Metropolitan Life Insurance Company. (1980). Mortality differentials favor women. *Statistical Bulletin, 61*, 2-3.
- Morgan, R., (1970). *Sisterhood is powerful*. New York: Vintage.
- Moulton, R. (1977). Some effects of the new feminism. *American Journal of Psychiatry, 134* (1), 3.
- New York Narcotic Addiction Control Commission. (1971). *Differential drug use within New York State labor force: An assessment of drug use within the general population*. Albany, N. Y.: New York Narcotic Addiction Control Commission.
- Norton, E. (1981). Remarks at First Annual Women in Crisis Conference. In P. Russianoff (Ed.), *Women in crisis*. New York: Human Sciences.
- O'Hare, J., & Taylor, K. (1983). The reality of incest. In J. Robbins & R. Siegel (Eds.), *Women changing therapy*. New York: Haworth Press.

- Oliver, R. (1979). The 'empty nest syndrome' as focus of depression: A cognitive treatment model, based on rational-emotive therapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 14 (1), 87-94.
- Orbach, S. (1978). *Fat is a feminist issue*. New York and London: Paddington Press.
- Radloff, L. (1975). Sex differences in depression: The effects of occupation and marital status. *Sex Roles*, 1, 249-265.
- Reskin, B. (1984). Sex segregation in the work place. In *Gender at work: Perspectives on occupational segregation in comparable worth*. Washington, D.C.: Women's Research and Education Institute of the women's liberation movement for psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 130, 191-196.
- Robbins, J. H., & Siegel, R. J. (Eds.). (1983). *Women changing therapy: New assessment, values and strategies in feminist therapy*. New York: Haworth Press.
- Rothblum, E. (1983). Sex role stereotypes and depression in women. In V. Franks & Rothblum (Eds.), *Sex role stereotypes and women's mental health*. New York: Springer.
- Russianoff, P. (1982). *Why do I think I'm nothing without a man?* New York: Bantam.
- Seligman, M. (1975). *Helplessness*. San Francisco, Calif. W. H. Freeman.
- Seligman, M. (1979, October). Conference on learned helplessness. Charlottesville, Virginia.
- Spence, J., Helmreich, R., & Stapp, J. (1975). Rating of self and peers on sex-role attributes and their relation to self-esteem and conceptions of masculinity and femininity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 29-39.
- Stein, L., DelGaudio, A., & Ansley, M. (1976). A comparison of male and female neurotic depressives. *Journal of Clinical Psychology*, 32, 19-21.
- Stuart, R. B. (1979). Sex differences in psychopathology. New York: Brunner/Mazel.
- Tepper, S. (1977). *The great orgams robbery*. Denver, Colo.: RMPP Publications.
- Walen, S., & Wolfe, J. (1983). Sexual enhancement groups for women. In A. Freeman (Ed.), *Cognitive therapy with couples and groups*. New York: Plenum.
- Weber, E. (1980, June). Sexual abuse begins at home. *Ms Magazine*, 122-131.
- Weissman, M. M., & Klerman, G. L. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 34, 98-111.
- Weisstein, N. (1971). Psychology constructs the female, or the fantasy life of the male psychologist. In M. Garskof (Ed.), *Roles women play: Readings toward women's liberation*. Belmont, Calif.: Brooks-Cole.
- Wisconsin Clearinghouse. (1980). *Shattering female sex-role stereotypes*. Madison, Wis.: Author.
- Wolfe, J. (1975, September). *Rational-emotive therapy as an effective therapy*. Paper presented at the American Psychological Association Convention, Chicago.
- Wolfe, J. (1980a, June). *Helping women change*. Paper presented at the 25th Anniversary Rational-Emotive Therapy Conference, New York.
- Wolfe, J. (1980b, September). *Rational-emotive therapy women's groups: New model for an effective feminist therapy*. Paper presented at the American Psychological Association Annual Convention, Montreal, Canada.
- Wooley, S., & Wooley, O. (1980). Eating disorders: Obesity and anorexia. In A. Brodsky & R. Hare-Mustin (Eds.), *Women and psychotherapy: An assessment of research and practice*. New York: Guilford Press.
- Worell, J. (1980). New directions in counseling women. *Personnel and Guidance Journal*, 58, 477-484.
- Wyckoff, H. (1977). *Solving women's problems*. New York: Grove Press.
- Zachary, I. (1980). RET with women. Some special issues. In R. Grieger & Boyd (Eds.), *Rational-emotive therapy: A skills bases approach*. New York: Van Nostrand Reinhold.

A

Programas de Entrenamiento Profesional en la Terapia Racional-Emotiva

El Instituto de Terapia Racional-Emotiva de Nueva York y sus diversos afiliados en todo el mundo ofrecen programas oficiales de estudios de la RET. Sólo el Instituto matriz de Nueva York ofrece, sin embargo, los cuatro programas, mientras los otros ofrecen sólo algunos de ellos, (ver Apéndice B para los nombres, direcciones y programas ofrecidos por cada afiliado). Los programas de estudio, que concluyen siempre con un certificado, son los siguientes.

PROGRAMA DE CERTIFICADO PRIMARIO

El dominio de la teoría y de la técnica RET empieza con el Programa de Certificado Primario. Los participantes estudian los fundamentos de la RET, junto con la aplicación de sus técnicas.

Elegibilidad

El Programa de Certificado Primario está abierto a Psicólogos, consejeros, trabajadores sociales, médicos, enfermeras y estudiantes graduados de plena dedicación. El requisito mínimo para ser candidato al certificado es el grado de Master en psicología o consejo, un M.S.K., M.D., R.N.

Requisitos del programa

El Certificado Primario puede obtenerse completando una de las dos opciones siguientes. Se exige de los candidatos que eligen cada opción que completen las lecturas señaladas y se examinen oralmente y por escrito, así como que participen en todas las actividades.

1. *Programas prácticos.* Esta opción consta de un programa de cinco días consecutivos que combina la lectura, las demostraciones en cassette y en video, y varias experiencias de desarrollo individual y de grupo. Además, los participantes reciben aproximadamente 14 horas de supervisión de pequeño grupo de sus sesiones de terapia.
2. *Programa de taller.* En esta opción, el participante asiste a cuatro talleres de un día de certificación primaria y recibe cinco sesiones de supervisión individual.

Diploma

Los candidatos que completan todos los requisitos del programa y poseen aquellas habilidades de la RET que el profesorado de la formación juzga que reúnen al menos los criterios mínimos de ejecución recibirán un diploma. La admisión al Programa de Certificación Primaria no garantiza la obtención del diploma.

DIPLOMA DE CERTIFICADO INTERMEDIO

El Programa de Certificado Intermedio proporciona el entrenamiento para los poseedores del Certificado Primario que no reúnen los requisitos o no desean participar en el Programa de Miembro Asociado. Los candidatos fomentarán durante estas sesiones de entrenamientos su conocimiento de los principios de la RET, los fundamentos teóricos, y las aplicaciones clínicas. Figura en el programa la supervisión RET del estudio de los casos difíciles de los profesionales participantes.

Elegibilidad

Los poseedores del Programa de Certificado Primario reúnen los requisitos para el Programa de Certificado Intermedio.

Requisitos del Programa

Se requiere que los candidatos completen o bien (1) cuatro talleres de entrenamiento de un día, además de los requeridos para el Certificado Primario y ocho horas de supervisión individual de casos de terapia además de la supervisión requerida para el Certificado Primario o (2) un período de Entrenamiento como Miembro Asociado de cinco días (ver la exposición siguiente).

Diploma

Los candidatos que completen todos los requisitos del programa y posean aquellas habilidades de la RET que el profesorado juzga que están al menos en los estándares mínimos de ejecución se les concederá el certificado. El trabajo realizado

como parte del Programa Intermedio puede ser válido para los requisitos del Certificado de Miembro Asociado y proporciona al candidato los requisitos de elegibilidad apropiados para ese programa. La admisión al Programa de Certificado Intermedio no garantiza la obtención del diploma.

PROGRAMA DE MIEMBRO ASOCIADO

Este programa extensivo proporciona a los practicantes la oportunidad de ampliar su RET y otras técnicas terapéuticas cognitivo-conductuales. Los candidatos a Miembro Asociado reciben supervisión y seminarios para incrementar su conocimiento filosófico y empírico de la RET.

Elegibilidad

Un prerrequisito para el Programa de Miembro Asociado es el Certificado Primario de la RET. Además de esto, este programa está abierto a los psicólogos titulados (o aquellos que están a punto de completar sus doctorados), médicos, enfermeras colegiadas, poseedores del M.S.W., sacerdotes con formación graduada y experiencia en counseling, y los poseedores del grado de master que lleven casos difíciles de clientes supervisados en marcos institucionales.

Los individuos que no reúnan estos requisitos pero que estén trabajando con clientes (tales como trabajadores de la comunidad, abogados, consejeros de orientación vocacional) podrán asistir a los talleres, pero no pueden recibir el diploma.

Requisitos del Programa

Se requiere que los candidatos a ser Miembros Asociados completen el siguiente programa:

1. Deben hacerse dos prácticas de cinco días cada una y separadas por espacio de un año. Cada práctica consistirá en seminarios y supervisión de casos. En los seminarios se examinarán las bases empírica y filosófica de la terapia racional-emotiva y su aplicación profunda al counseling individual y la psicoterapia. Las áreas para la discusión incluirán tareas psicológicas, imaginación racional-emotiva y otras técnicas de intervención. También se examinarán los métodos de grupo de la RET. Las metas de los seminarios son ayudar al practicante a desarrollar una base firme para la aplicación de los principios racional-emotivos en su trabajo con los clientes. *La supervisión de casos* incluirá counseling con iguales y casos en los que los candidatos están usando actualmente los métodos de la RET.
2. Deben hacerse 24 sesiones de supervisión de casos RET individual en un período de 12 meses. Los candidatos elegirán para tener estas sesiones por correo o con la presencia de un supervisor aprobado por el Instituto.
3. Se tiene que presentar una sesión de terapia RET grabada para ser evaluada por el Comité Internacional de Estándares de Formación y Revisión (ver Apéndice C).

Diploma

Los participantes elegidos para ser Miembros Asociados que completen todos los requisitos del programa y que posean aquellas habilidades de la RET que el profesorado juzga que reúne al menos los estándares mínimos de ejecución, recibirán el diploma de Miembro Asociado. Después pueden apuntarse a programas de entrenamiento que puedan llevarles al estatus de profesor del Instituto de Nueva York. La admisión en el programa de Miembros Asociados no garantiza la obtención del diploma.

PROGRAMA DE MIEMBRO

El Programa de Miembro es el programa más exhaustivo de los estudios ofrecidos. Durante este curso de estudio de dos años, los participantes reciben un entrenamiento en profundidad en las técnicas psicoterapéuticas racional-emotivas y en las técnicas conductual cognitivas asociadas. Durante 11 meses por año, se realiza con trabajo clínico durante dos tardes a la semana, siendo supervisado un día durante toda la tarde. Por acuerdos especiales, las personas que estén disfrutando de un año sabático o que sea de fuera de la ciudad pueden completar el programa en un año. Las personas admitidas al Programa de Miembro reciben un sueldo de 3.600 dólares al año, ó 7.200 dólares si tienen un programa de un año.

Elegibilidad

Se requiere que los candidatos para el Programa de Miembro posean el doctorado en psicología o counseling o una licenciatura en M.S.W. o M.D. Los candidatos tienen que estar colegiados en sus respectivos Colegios Profesionales. Puede aceptarse un número limitado de alumnos predoctorales en el Programa de Miembros, siempre que estén a punto de concluir su tesis doctoral. Los internos predoctorales siguen el mismo programa que los Miembros post-doctorales y reciben el mismo sueldo.

Requisitos del programa

El Programa de Miembro ofrece un entrenamiento altamente diversificado, que incluyen lo siguiente:

1. *Experiencia clínica.* Los candidatos a Miembros dedican nueve horas a la semana a la práctica clínica, codirigiendo un grupo de terapia con Albert Ellis y viendo aproximadamente a ocho clientes por semana en la clínica de coste reducido del Instituto.
2. *Supervisión.* El énfasis se coloca tanto en los aspectos personales como profesionales del trabajo terapéutico. Participan también médicos y otros asesores para proporcionar a los futuros miembros una experiencia de entrenamiento exhaustiva.

3. *Experiencia de terapia personal.* Para maximizar su potencial terapéutico, se requiere que los candidatos participen en un grupo de terapia especial compuesta sólo por candidatos a Miembros.

Diploma

Los candidatos que completen todos los requisitos del programa y aquellos cuyas habilidades en la RET son juzgadas por el profesorado como reuniendo al menos los estándares mínimos de ejecución obtendrán un diploma y llegarán a reunir los requisitos para ser Miembro en calidad de socio del Instituto. Las oportunidades están disponibles para los Miembros graduados afiliados al centro de tratamiento del Instituto como profesorado o psicoterapeutas en plantilla. La admisión al Programa de Miembro no garantiza la obtención del diploma.

B

Afiliados a la Terapia Racional-Emotiva

Ofrecen Formación para el Certificado Primario y para el Certificado de Miembro Asociado

Instituto Atlántico de Terapia Racional-Emotiva

OFRECEN FORMACION PARA EL CERTIFICADO PRIMARIO

- Instituto Australiano de Terapia Racional-Emotiva
- Instituto Británico de Terapia Racional-Emotiva
- Instituto Cleveland de Vida Racional
- Instituto Denver de Terapia Racional-Emotiva
- Instituto de Terapia Racional (Holanda)
- Instituto de Terapia Racional Emotiva de Italia
- Instituto Alemán de Terapia Racional-Emotiva
- Instituto de Terapia Racional (Filadelfia)
- Instituto Mexicano de Terapia Racional-Emotiva

OTROS AFILIADOS

- Instituto de Chicago de Terapia Racional-Emotiva
- Instituto de Vida Racional (Clearwater)
- Instituto de Vida Racional, N.W.

OFRECEN FORMACION PARA EL CERTIFICADO PRIMARIO Y PARA EL CERTIFICADO DE MIEMBRO ASOCIADO

Instituto Atlántico de Terapia Racional-Emotiva
c/o Dr. Russell Grieger
2120 Ivy Rd., Suite B
Charlottesville, Va. 22903
(804) 296-0606, 973-3191

OFRECEN FORMACION PARA EL CERTIFICADO PRIMARIO

Instituto Australiano de Terapia Racional-Emotiva
c/o Dr. Michael E. Bernard
University of Melbourne, Dept. of Education
Parkville, Victoria 3052 Australia
(03) 341-6392

Instituto Británico de Terapia Racional-Emotiva
c/o Dr. Windy Dryden
209 Belchers Lane
Little Bromwich, Birmingham, Gran Bretaña B9 5RT
(021) 772-7948

Instituto Cleveland de Vida Racional
c/o James A. Bard, Ph.D., & Harold R. Fisher, Ph.D.
3659 Green Rd.
Beachwood, Ohio 44122, Estados Unidos
(216) 464-1144

Instituto Denver de Terapia Racional-Emotiva
c/o Laura Knutson
2343 E. Evans Ave.
Denver, Colorado 80210, Estados Unidos
(303) 744-0025

Instituto de Terapia Racional
c/o Rene Diekstra, Ph.D.
St. Annastraat 61
6524 EH Nijmegen, Holanda
080-23-24-36

Instituto de Terapia Racional-Emotiva e Italia
c/o Cesare de Silvestri, M. D., & Carola Schimmelpfenning, Dipl. Psych.
Via Prisciano 28
Roma, Italia 00136
(06) 345-1-482

Instituto Alemán de Terapia Racional-Emotiva
c/o Horst Zimmermann, Dipl. Psych., & Ursula Zimmermann, Dipl. Psych.
Kolner Str. 1, 4048 Grevenbroich 1, Alemania Federal
02181/3027

Instituto de Terapia Racional
c/o Michael Broder, Ph.D.
1315 Walnut Street, Suite 1100
Philadelphia, Pa. 19107, Estados Unidos
(215) 545-7000

Instituto Mexicano de Terapia Racional-Emotiva
c/o Dr. Patricia Leal
Taine 249, 2nd floor
Colonia Polanco, Mexico D.F.

OTROS AFILIADOS

Instituto de Chicago de Terapia Racional-Emotiva
c/o Kenneth Peiser
2045 N. Larrabee, # 7108
Chicago, Illinois 60614, Estados Unidos
(312) 649-9392

Instituto de Vida Racional (Clearwater)
c/o Robert H. Moore, Ph D.
Belcher Executive Center
1437 S. Belcher Rd., Suite 118
Clearwater, Florida 33516, Estados Unidos
(813) 443-2096

Instituto de Vida Racional, N.W.
c/o John Williams, M.A.
3216 N.E. 45th Pl., #105
Seattle, Washington 98105, Estados Unidos
(206) 527-4884

C

Miembros del Comité Internacional de Estándares de Formación y Revisión de la RET

Rene Diekstra, Ph.D.
Hooigracht 15
Leiden, Netherlands

Raymond DiGiuseppe, Ph.D.
230 Gilton Ave.
Hempstead, N.Y. 11550

Albert Ellis, Ph.D.
45 E. 65 St.
New York, N.Y. 10021

Harold Fisher, Ph.D.
3659 Green Rd.
Beachwood, Ohio 44122

Russell Grieger, Ph.D.
2120 Ivy Rd., Suite B
Charlottesville, Va. 22903

Howard Kassinove, Ph.D.
10 Ingold Dr.
Dix Hills, N.Y. 11746

Maxie Maultsby, Jr., M.D.
c/o Provident Hospital
Dept. of Psychiatry
3101 Towanda Ave.
Baltimore, Md. 21215

Ruth Wessler, Ph.D.
4408 Stanley Ave.
Downers Grove, Ill. 60515

Janet L. Wolfe, Ph.D.
45 E. 65 St.
New York, N.Y. 10021